

A. Fernández Rivas¹
M. A. González Torres²
A. Lasa Zulueta³

Diagnóstico psiquiátrico de las tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos

- 1 Centro de Salud Mental de Portugalete (Vizcaya). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 2 Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto (Bilbao). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 3 Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Uribe-Costa (Guecho, Vizcaya). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Correspondencia:

A. Fernández Rivas
Sabino Arana, 6 - 4º izda.
48013 Bilbao

Psychiatric diagnosis of suicide attempts by adolescents and young adults

RESUMEN

Introducción: las tentativas de suicidio en los adolescentes y jóvenes adultos representan una grave patología relativamente frecuente. Por ello planteamos su estudio y, más específicamente, el aspecto del diagnóstico psiquiátrico que estos sujetos presentan.
Metodología: se realiza un estudio del tipo caso-control emparejado entre un grupo de 72 adolescentes y jóvenes adultos (edades: 15-24 años) que acaban de cometer un intento de suicidio y otro de igual número control con las variables sexo, edad y estado civil emparejadas. Mediante la entrevista psiquiátrica se realiza el diagnóstico según DSM-III-R en sus cinco ejes.
Resultados: los aspectos más relevantes del diagnóstico se centran en el eje I, en el cual son el Trastorno del estado de ánimo (siempre con ánimo deprimido) y el Trastorno adaptativo (con ánimo deprimido en la mayoría de los casos) los diagnósticos significativamente más frecuentes en el grupo de los suicidas. El nivel de patología en el eje I es corroborado por la valoración en el eje V, ya que el GAF "actual" refleja la existencia de

síntomas moderados y graves en la actividad psicológica, social y laboral más frecuentemente entre los sujetos que cometieron la tentativa suicida.
Conclusiones: se evidencia el esencial papel que desempeña el estado de ánimo deprimido en las tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos. Los autores destacan el hecho de un posible subdiagnóstico de depresión en estos sujetos siguiendo criterios diagnósticos clásicos (como el DSM-III-R) que no contemplan los diferentes modos de expresión de la clínica depresiva en el adolescente y joven adulto, más atípica que en el adulto.

PALABRAS CLAVE

Tentativa de suicidio; Diagnóstico; Adolescente; Joven adulto.

ABSTRACT

Introduction: *suicide attempts in adolescents and young adults represent a fairly frequent and severe*

32 *pathology. Its study and, more specifically, psychiatric diagnoses these patients show, are proposed by the authors as an area of interest. Methodology: a group of 72 adolescents and young adults (age: 15-24) who had recently attempted suicide is compared to another group of 72 control subjects matched by age, sex and marital status in a case-control design. Following a psychiatric interview a DSM-III-R diagnosis with five axis is reached.*

Results: the more relevant data concern axis I diagnosis. Affective Disorders (always with depressed mood) and Adaptive Disorders (in most cases with depressed mood) are the more frequent diagnoses in suicide attempters' group. Level of pathology in axis I is confirmed through axis V assessment. Current GAF shows moderate and severe symptoms in work, social and psychological activities of individuals who have performed a suicide attempt.

Conclusions: the essential role of depressed mood in suicide attempts by adolescents and young adults is stressed. Authors point out the possibility of a underdiagnosis of depression in these subjects following traditional diagnostic criteria (such as DSM-III-R) which do not consider different ways of expression for the depressive pathology in adolescents and young adults, more "atypical" than in adults.

KEY WORDS

Suicide attempt; Diagnostic; Adolescent; Young adult.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es una patología relativamente frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos. Así, el suicidio es actualmente en España la segunda causa de muerte para varones de 15 a 24 años y la tercera para mujeres de dicha edad⁽¹⁾. Además, las tentativas de suicidio son aún, con respecto al suicidio, mucho más frecuentes que lo que cabría esperar en relación a lo que ocurre

en otras edades de la vida; de este modo se calcula que se producen de 20 a 350 intentos de suicidio por cada suicidio consumado en sujetos de 15 a 24 años⁽²⁻⁶⁾.

Estas cifras ponen en evidencia la extrema importancia de estas conductas, hecho por el cual nosotros hemos desarrollado una exhaustiva investigación encaminada a descubrir los factores de riesgo de cometer un intento de suicidio en los sujetos de 15 a 24 años de nuestro entorno⁽⁷⁾.

En esta publicación nos centramos únicamente en el estudio del diagnóstico psiquiátrico (según DSM-III-R en sus cinco ejes)⁽⁸⁾ de estas tentativas de suicidio, debido a su gran relevancia y no poca controversia suscitada por las opuestas opiniones de diversos autores.

Se ha constatado que es la depresión el diagnóstico psiquiátrico que más frecuentemente presentan los individuos que cometen un intento de suicidio. Sin embargo, en los adolescentes y jóvenes adultos este hecho no parece tener una aceptación unánime por todos los autores, habiendo así dos grandes grupos de opinión: aquellos que defienden que la depresión es el hallazgo más frecuente y los que piensan que ésta aparece en un relativo bajo número de sujetos suicidas en estas edades de la vida.

De entre los defensores de la primera opinión destacamos a autores como Chabrol y Moron⁽⁹⁾ o Brént et al⁽¹⁰⁾ entre otros; quienes destacan la existencia de un cuadro depresivo en prácticamente todo adolescente o joven que comete una tentativa.

A favor de la segunda corriente de opinión están autores como Marcelli⁽¹¹⁾, quien piensa que el diagnóstico de un episodio depresivo, es del todo infrecuente en los intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos.

La razón de opiniones tan diversas y opuestas sobre un mismo tipo de patología puede que se deba a las diferentes concepciones sobre la clínica de la depresión en los adolescentes y jóvenes adultos.

Nosotros, al realizar el diagnóstico en base al DSM-III-R en sus cinco ejes, no solamente nos preocupamos por conocer el diagnóstico psiquiátrico principal (y por lo tanto posicionarnos en este de-

batido tema), sino también otros aspectos que lo complementan: diagnóstico de entidades médicas relevantes, del estrés psicosocial acontecido y el juicio clínico sobre la actividad psicológica, social y laboral del sujeto gracias al empleo de la escala de evaluación global (escala GAF).

METODOLOGÍA

Material

El estudio realizado es del tipo caso-control emparejado. Las variables por las que se emparejó cada caso con su control correspondiente fueron: sexo, edad y estado civil.

La razón de recurrir a un tipo de estudio caso-control se fundamentó en el objetivo de la investigación de analizar las características diferenciadoras de los adolescentes y jóvenes adultos que realizan una tentativa de suicidio frente a los que no lo hacen. Además, el emparejamiento de las variables sirve para aumentar la validez de la comparación de la serie de casos con la de controles.

El criterio de selección de la muestra de casos fue el siguiente: adolescentes y jóvenes adultos de 15 a 24 años y de ambos sexos que acudieran al Servicio de Urgencia del Hospital de Basurto (Bilbao) por haber realizado una tentativa de suicidio. La recogida de la muestra se llevó a cabo de octubre de 1991 a diciembre de 1992 (ambos inclusive).

Los sujetos eran atendidos por el psiquiatra de guardia en el mismo Servicio de Urgencia, quien los remitía tan pronto como era posible a una entrevista posterior tras el alta, la cual se llevó a cabo en la mayoría de los casos en las siguientes 72 horas al intento de suicidio.

Del total de 104 sujetos que realizaron una tentativa a lo largo del tiempo señalado, no se pudo contactar con 32. Es importante destacar que se realizó un estudio comparativo con todas las variables de que se disponía (un total de 18) entre los casos perdidos y los restantes, llegándose a la conclusión de que ambas muestras eran semejantes, por lo que podemos asegurar que la pérdida de estos casos no supuso ningún sesgo a la investigación.

Finalmente, se obtuvieron 72 casos, los cuales fueron emparejados con una muestra control de 72 adolescentes y jóvenes adultos, atendidos durante el mismo intervalo de tiempo y en el mismo Servicio de Urgencia hospitalaria. La causa de la atención urgente de estos sujetos control fue debida a haber sufrido alguna patología traumológica menor. En todos los sujetos control se descartó la existencia de un comportamiento suicida encubierto, así como la ingestión de alcohol o drogas que pudieran sesgar la información referida.

La razón de escoger los sujetos control del mismo servicio hospitalario que los casos y no de otras fuentes de la misma área geográfica se basa, como señalan Ahlbom y Norell ⁽¹²⁾, en el mayor grado de colaboración y una mejor calidad de información que los primeros habitualmente proporcionan.

Las características de las dos muestras (casos y controles) en lo referente a las variables emparejadas fueron las siguientes:

- La edad media fue de 19,75 años (2,82 SD): 21,44 (2,02 SD) para varones y 18,85 (2,79 SD) para mujeres. La distribución por sexos demostró la predominancia del sexo femenino: 25 varones (34,7%) y 47 mujeres (65,3%).
- El grupo de adolescentes (sujetos entre 15 y 19 años) estaba formado por 31 individuos: 4 varones (12,9%) y 27 mujeres (87,1%). Los jóvenes adultos (edades entre 20 y 24 años) conformaban un grupo de 41 sujetos en los que la distribución por sexos fue uniforme: 21 varones (51,22%) y 20 mujeres (48,78%).
- En cuanto al estado civil, la mayoría, 69 casos (95,8%), eran solteros. Dos (2,8%) estaban casados y uno (1,4%) separado-divorciado.

Método

La técnica de obtención de información para las series de casos y de controles fue la entrevista clínica.

Los sujetos suicidas y sus familiares eran citados a la entrevista por el mismo psiquiatra de guardia al darles el alta del Servicio de Urgencia. Dicha entrevista tenía lugar en el mismo hospital 48 ó 72 horas, máximo una semana, después de la tentativa. A ella acudían acompañados de sus fa-

34 miliares, generalmente los padres. Inicialmente se entrevistaba al paciente sólo para en un segundo momento solicitar la presencia de los familiares para completar, de este modo, no solamente la recogida de información sino el mejor entendimiento de lo sucedido e ir planificando, de este modo, el tipo de intervención terapéutica más indicada en cada caso. Como puede observarse, la entrevista se enmarcó en una labor terapéutica de intervención en crisis, además de servirnos para la recogida de información precisada para esta investigación.

Los sujetos control fueron entrevistados (primero paciente, seguido de familiares) después de haber sido atendidos por los médicos traumatólogos de guardia.

Con todos los datos obtenidos en las entrevistas se rellenaba un protocolo de recogida de información, diseñado por nosotros específicamente para el estudio, además de una escala de valoración de acontecimientos vitales recientes [la escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años de Mardomingo y González, para los adolescentes ⁽¹³⁾, y la adaptación española de la escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe realizada por González de Rivera y Morera, para los jóvenes adultos ⁽¹⁴⁾] y la medición de la intencionalidad suicida mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, especialmente traducida y utilizada por primera vez en población española por nosotros para este estudio ^(15, 16).

El protocolo de recogida de información diseñado se trata de un protocolo detallado en el que se recoge información de los siguientes aspectos: datos de filiación, nivel de estudios-situación laboral, antecedentes personales, relaciones sociales, familia, diagnóstico psiquiátrico (previo y actual) y descripción de la tentativa de suicidio (únicamente para los adolescentes y jóvenes suicidas).

En esta publicación, nos centraremos, como ya hemos referido, en los datos relativos al diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa según DSM-III-R en sus cinco ejes.

En relación a las técnicas utilizadas para el análisis estadístico, no referiremos en este apartado aquellas pruebas de estadística descriptiva (análisis

de frecuencias descritos en porcentajes o análisis de la media), por su habitual conocimiento y uso común.

Para el estudio estadístico comparativo entre la muestra de casos y la de controles en lo referente al diagnóstico psiquiátrico la prueba utilizada fue la Chi-cuadrado. Esta prueba se empleó para comparar proporciones observadas en grupos independientes. Para ello, creamos las distintas tablas de contingencia y las analizamos mediante el procedimiento CROSSTABS del programa SPSS ⁽¹⁷⁾. En ocasiones se realizaron agrupaciones de categorías, siguiendo criterios clínicos y estadísticos, con el fin de que las casillas con efectivos esperados menores a 5 fueran las mínimas posibles. Hemos seguido el criterio de efectuar siempre la corrección de Yates en las tablas de 2 x 2 y emplear la prueba exacta de Fisher cuando las muestras eran muy pequeñas ($N < 20$) ⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

A continuación, detallaremos los hallazgos diferenciando los resultados obtenidos para la muestra de adolescentes, por una parte, y la de jóvenes adultos por otra.

Resultados correspondientes a los adolescentes (15-19 años)

El diagnóstico psiquiátrico principal establecido en el momento de la exploración para el eje I, según DSM-III-R, reveló ser significativamente diferente ($p < 0,000001$) para los dos grupos de adolescentes. Recibieron algún diagnóstico psiquiátrico todos los casos y únicamente el 6,5% de los controles. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno adaptativo (54,8% casos, de los cuales el 58,8% presentaban estado de ánimo deprimido; y todos los controles, o sea 6,5%), seguido de Trastorno del estado de ánimo (35,5% casos, todos ellos con ánimo deprimido); y a continuación Psicosis funcional (3,2% casos) y un grupo miscelánea formado por Trastorno de la alimentación (Bulimia nerviosa) y Trastorno de conducta, ambos conformando el 6,5% de casos.

El diagnóstico en el eje II para los adolescentes no aportó diferencia entre ambas muestras, puesto que treinta de los casos y todos los controles no recibieron ningún diagnóstico en este apartado.

También fueron semejantes en cuanto al diagnóstico en el eje III; ningún trastorno o estado físico mereció ser destacado en este apartado para ningún adolescente.

El eje IV, que evalúa la gravedad del estrés psicosocial, no mostró ser diferente para casos y controles adolescentes en su valoración de la duración de los acontecimientos. Aunque ligeramente (45,2% frente a 32,3%), predominaron las circunstancias crónicas (duración superior a seis meses), sobre los acontecimientos agudos (duración inferior a seis meses), tanto en casos como en controles.

En cuanto a la intensidad del estrés psicosocial experimentado (eje IV), no se observó diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes suicidas y los controles. En la mayoría de los sujetos (48,4% casos y 67,7% controles), la intensidad del estrés sufrido fue categorizada como leve.

Los acontecimientos vitales que ocurrieron con mayor frecuencia en la población de adolescentes suicidas, durante el año previo al intento, fueron en primer lugar de tipo familiar (conflictiva relación con padres y hermanos), seguidos de los referidos a la relación de pareja (inicio de nueva relación o conflictos en la misma) y en último lugar los de tipo escolar (problemas con los compañeros de clase o en el rendimiento).

El eje V refleja una evaluación global del sujeto sobre su actividad psicológica, social y laboral. Para ello se emplea la escala de evaluación global "GAF".

El "GAF actual" (en el momento de la exploración) de las dos muestras de adolescentes fue muy diferente ($p < 0,000001$). Las puntuaciones obtenidas por ambas fueron las siguientes:

- GAF 90-81 (normal): 0% casos y 41,9% controles.
- GAF 80-61 (síntomas leves): 25,8% casos y 58,1% controles.
- GAF 60-51 (síntomas moderados): 45,2% casos y 0% controles
- GAF menor o igual a 50 (síntomas graves): 29,0% casos y 0% controles.

También fue significativa la diferencia del "GAF en el último año" presentado por los adolescentes ($p < 0,01$), sobretodo porque un notable número de suicidas presentaron síntomas moderados. Se consideró normal (90-81) en el 45,2% casos y el 38,7% controles; síntomas leves (80-61) se hallaron en el 32,3% casos y el 61,3% controles; y, finalmente, síntomas moderados (60-51) en el 22,6% casos y 0% controles. No se constataron ni en casos ni en controles adolescentes puntuaciones de GAF inferiores a 51 en el año anterior.

Resultados correspondientes a los jóvenes adultos (20-24 años)

El diagnóstico psiquiátrico principal establecido en el momento de la exploración para el eje I (DSM-III-R) reveló diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles ($p < 0,000001$). Frente al 87,8% de controles, solamente el 4,9% de casos no recibieron ningún diagnóstico. Las entidades psicopatológicas que más frecuentemente padecieron estos jóvenes suicidas fueron: Trastorno del estado de ánimo (41,5%, también presentando todos ellos ánimo deprimido), Trastorno adaptativo (36,6%, de los cuales el 86,7% presentaban ánimo deprimido) y Psicosis funcional (9,8%). Los tres casos restantes no agrupados en las entidades anteriores fueron diagnosticados de Trastorno de la alimentación (Anorexia nerviosa), Trastorno por ansiedad no especificado y Trastorno orgánico de la personalidad.

El diagnóstico para el eje II también fue diferente para ambos grupos ($p < 0,005$). La razón fundamental de esta diferencia se debió al superior número de jóvenes que fueron diagnosticados de Trastorno de la personalidad entre los casos (24,4%) que entre los controles (2,4%). El 4,9% de los suicidas padecían Retraso Mental. Y el 70,7% de casos y el 97,6% de controles no recibieron ningún diagnóstico en este eje.

En el eje III del DSM-III-R, ambas muestras fueron semejantes. Tan sólo cuatro de los casos recibieron algún diagnóstico en este apartado: tres infección por VIH y uno epilepsia postraumática.

La gravedad del estrés psicosocial evaluada en el eje IV, mostró ser semejante para los dos gru-

36 pos en lo referente a la duración de los acontecimientos. Predominaban acontecimientos agudos en el 46,3% de casos y el 53,7% de controles. Circunstancias crónicas predominaron en el 51,2% de suicidas y el 36,6% de controles.

La intensidad del estrés psicosocial experimentado por ambos grupos de jóvenes adultos fue significativamente diferente ($p < 0,005$). Los suicidas experimentaron muchas más situaciones que configuraron un estrés moderado o grave. Así, la intensidad del estrés fue ausente en el 2,4% casos y el 4,9% controles; leve, en el 24,4% casos y el 65,9% controles; moderado, en el 56,1% casos y el 24,4% controles; grave, en el 12,2% casos y el 4,9% controles, y extremo, en el 4,9% casos y el 0% controles.

Los eventos vitales acontecidos con mayor frecuencia al grupo de los jóvenes suicidas, en el año previo al intento, fueron en primer lugar los referentes a conflictiva de pareja y dificultades laborales, seguidos de conflictos en/con la familia y finalmente dificultades económicas. Para más información se remite al lector a la publicación correspondiente ⁽¹⁹⁾.

La valoración del "GAF actual" en el eje V puso de nuevo de manifiesto una muy significativa diferencia entre jóvenes suicidas y jóvenes controles ($p < 0,000001$). La mayor parte de los casos obtuvieron puntuaciones de GAF inferiores a 61, mientras que ocurrió todo lo contrario con los controles:

- GAF 90-81 (normal): 2,4% casos y 53,7% controles.
- GAF 80-61 (síntomas leves): 12,2% casos y 41,5% controles.
- GAF 60-51 (síntomas moderados): 41,5% casos y 4,9% controles.
- GAF menor o igual a 50 (síntomas graves): 43,9% casos y 0% controles.

El "GAF en el último año" del eje V, también destacó la diferencia entre las dos muestras de jóvenes, aunque en este caso solamente con una marcada tendencia a la significación estadística ($p = 0,06$). En los apartados de síntomas leves o GAF normal se comportaron de modo semejante ambas muestras. La diferencia se halló en las puntuaciones peores del GAF: puntaje de 60-51 obtuvie-

ron el 19,5% de casos frente al 2,4% de controles; y puntaje inferior o igual a 50 el 2,4 % de casos y ningún sujeto control.

DISCUSIÓN

En cuanto al Diagnóstico psiquiátrico principal para el eje I (DSM-III-R), hemos podido constatar cómo dos son las entidades más frecuentes que presentan los adolescentes y jóvenes adultos que cometen una tentativa de suicidio: el *Trastorno adaptativo* y el *Trastorno del estado de ánimo*.

Es importante reseñar cómo en la mayoría de los que presentaban un Trastorno adaptativo el estado de ánimo era deprimido: 58,8% en adolescentes y 86,7% en jóvenes adultos.

Si tenemos además en cuenta que el total de sujetos que presentaban un Trastorno del estado de ánimo éste era deprimido, el porcentaje final de individuos que presentaban ánimo deprimido a la hora de cometer el intento de suicidio fue el 68% de los adolescentes y el 73,2% de los jóvenes adultos.

Estas cifras destacan la importancia que este estado de ánimo tiene a la hora de llevar a un sujeto de 15 a 24 años a realizar un acto suicida, más allá de diferenciar en el marco de qué entidad nosológica se produce dicho ánimo deprimido.

Partiendo de este hecho, la pregunta que nosotros nos hacemos es la siguiente: ¿verdaderamente tiene sentido en los adolescentes y jóvenes adultos considerar a los llamados Trastornos adaptativos (con ánimo deprimido) unas entidades claramente diferenciadas de la depresión (refiriéndonos aquí a la producida en el marco de un T. del estado de ánimo)?

Nosotros respondemos con un definitivo "no" puesto que pensamos que en esta etapa de la vida la depresión adopta diversos aspectos, muchas veces no coincidentes con las características de esta entidad en el adulto. De acuerdo con autores como Jeammet ⁽²⁰⁾ o Parry-Jones ⁽²¹⁾ creemos que la depresión franca es poco frecuente en la adolescencia, en muchas ocasiones aparece con una clínica más atípica, enmascarada tras síntomas de otro tipo (conductuales, psicosomáticos), e incluso puede

aparecer como reactiva a situaciones vivenciales (lo que en las clasificaciones diagnósticas de uso habitual se consideraría un T. adaptativo).

La explicación psicodinámica a este hecho de una menor frecuencia de clínica depresiva franca (o incluso "adultomorfa" podríamos decir), en el adolescente, se fundamenta en que el sujeto se encuentra en esta etapa de su vida bajo el efecto de una amenaza de pérdida objetal y de una crisis narcisista. Bajo este marco le resulta difícil poder elaborar la posición depresiva, al igual que la expresión y el reconocimiento de una vivencia depresiva. Sin embargo, a medida que el sujeto crezca irá madurando al desarrollar una mejor integración de las identificaciones y de la imagen de su cuerpo, junto con una interiorización y una diferenciación más pronunciadas del superyo y del ideal del yo, con lo que progresivamente será más habitual que pueda presentar cuadros depresivos francos ⁽²⁰⁾.

Como bien señala Chabrol ⁽²²⁾, la depresión en estas edades está frecuentemente enmascarada por actitudes de reticencia y negación, las cuales son utilizadas por el sujeto para evitar la confrontación dolorosa con sus afectos depresivos.

Pensamos que esta clínica depresiva, frecuentemente atípica en los adolescentes y jóvenes adultos, provoca la existencia de un subdiagnóstico de depresión en estos sujetos si se siguen los criterios diagnósticos del tipo DSM o CIE, pasando a ser diagnosticados de otras entidades como son los T. adaptativos. Pero, además, esta tendencia al subdiagnóstico de depresión es mayor tras una tentativa de suicidio, como refiere también Chabrol ⁽²²⁾, puesto que se evalúa al sujeto una vez superados los riesgos médicos (si han acontecido), en el momento en que el efecto catártico que la propia tentativa aporta se está desarrollando y ello unido además al efecto antidepresivo de la hospitalización.

Paralelo al diagnóstico en el eje I se produce la valoración del GAF (eje V) en el momento de la exploración. En los adolescentes, pudimos ver cómo el 74,2% de los suicidas (frente a ningún sujeto control) presentaba un GAF igual o inferior a 60 (reflejando ello la existencia de síntomas moderados o graves en la actividad psicológica,

social y laboral del paciente). En los jóvenes adultos, el resultado fue del 85,4% para los que cometieron el intento de suicidio en comparación con el 4,9% para el grupo control. Vemos cómo estas cifras se encuentran bastante cercanas a los porcentajes de sujetos que presentaban ánimo deprimido. Pensamos que muchos de los sujetos diagnosticados como T. adaptativo, de acuerdo con los criterios DSM-III-R, presentaban síntomas de una gravedad equivalente a los enmarcados dentro del grupo de T. del estado de ánimo, por lo que es posible que fueran diagnosticados de esta entidad aunque en realidad fueran cuadros depresivos atípicos, propios de estas edades de la vida.

Con todos estos datos, vendríamos a destacar, como han hecho muchos otros autores ^(23-26, entre otros), la importancia que tiene la depresión como factor de riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes adultos.

Por otra parte, si realizamos una comparación de nuestros resultados con los de otras investigaciones que han utilizado criterios diagnósticos semejantes, vemos cómo el porcentaje de depresión (como T. del estado de ánimo) por nosotros hallado, es equiparable al que refieren Hawton y Catalan ⁽²⁷⁾, quienes encuentran un 31% de adolescentes que han realizado un intento de suicidio con diagnóstico de depresión. Añaden además que hasta el 75% de la muestra presentaba ánimo deprimido (del todo semejantes a nuestros 35,5% y 68%, respectivamente).

Otros investigadores refieren porcentajes de depresión superiores al nuestro. Entre ellos destacamos a Chabrol y Moron ⁽⁹⁾, quienes de 100 pacientes que habían realizado un intento de suicidio, 81 fueron diagnosticados de Depresión Mayor y 10 de Distimia. Y a Brent et al ⁽¹⁰⁾, quienes diagnostican de Trastorno afectivo (sobretudo Depresión Mayor) al 86,5% de su muestra de adolescentes suicidas.

Sin embargo, otros autores destacan muchos menores porcentajes de depresión, como Marcelli ⁽¹¹⁾, quien piensa que sólo en el 4-5% de tentativas de adolescentes se llega al diagnóstico de depresión.

En cuanto al diagnóstico de Trastorno adaptativo, Marttunen et al ⁽²⁸⁾ describen un 21% de adolescentes con esta entidad que habían fallecido de

38 suicidio. González-Seijo et al ⁽²⁹⁾ hallan porcentajes semejantes de T. adaptativo y episodio depresivo en adolescentes que han cometido una tentativa suicida (18,5% ambos). Y en estudios de tentativas en todas las edades, como los de Seguí Montesinos ⁽³⁰⁾ o Rodríguez Pulido et al ⁽³¹⁾, se destacan porcentajes similares a los hallados por nosotros.

La tercera entidad nosológica que presentaron estos individuos fue la *Psicosis funcional*, aunque en porcentajes muy inferiores a los de los anteriores cuadros clínicos. Autores como Gammon et al ⁽³²⁾ han puesto énfasis sobre el riesgo suicida que enfermedades como la Esquizofrenia o el Trastorno Esquizoafectivo encierran. Nosotros no hemos hallado este resultado en esta investigación, posiblemente debido a la joven edad de los sujetos, edad que generalmente es previa (especialmente en los adolescentes) a la que suele ser el inicio de estas entidades psicopatológicas.

El **Diagnóstico psiquiátrico actual** (en el momento de la exploración) en el eje II (DSM-III-R) evidenció un nuevo rasgo diferenciador entre las dos poblaciones de jóvenes adultos. No se constató este hecho en los adolescentes, fundamentalmente porque una de las entidades adscritas a este eje más frecuentes, como son los Trastornos de la personalidad, precisa que el sujeto tenga una edad mínima de 18 años para que pueda recibir dicho diagnóstico.

Aunque la mayor parte de los jóvenes adultos no recibieron ningún diagnóstico en este eje (70,7% de los casos y 97,6% de los controles), sí fueron el grupo de los suicidas los que presentaron con más frecuencia alguna patología, siendo la más común el *Trastorno de la personalidad* (24,4% de casos y 2,4% de controles).

De entre todos los tipos de estos trastornos, es el Trastorno Borderline el que parece añadir el mayor riesgo de comportamiento suicida ⁽²⁵⁾ en estas edades de la vida, aunque, como señalan Friedman et al ⁽³³⁾, este diagnóstico suele ir generalmente acompañado de un Trastorno Afectivo (lo cual agravaría el riesgo de cometer el acto suicida).

El **Diagnóstico psiquiátrico actual en el eje IV** evalúa el estímulo o conjunto de estímulos que

provocan estrés psicosocial, los cuales hayan ocurrido al sujeto en el año anterior a la exploración y que se prevea que puedan haber contribuido al desarrollo de un nuevo trastorno mental o a la exacerbación o recurrencia de uno ya existente. Además de recopilar los estímulos que hayan tenido lugar, este eje aporta una evaluación de la intensidad del estrés, medida gracias a la escala de estrés psicosocial que la publicación acompaña.

Los eventos vitales más frecuentes que acontecieron a las poblaciones de adolescentes y a la de jóvenes adultos suicidas reflejan dificultades o situaciones conflictivas en las tres esferas fundamentales de la vida de estos sujetos: familia, pareja y educativo-laboral. Estos resultados son semejantes a los publicados por otros investigadores ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Como hemos señalado en el apartado de Metodología en esta investigación también analizamos los *acontecimientos vitales* que hubieran ocurrido a los sujetos en el año previo al intento de suicidio (en los casos) o al momento de la exploración (en los controles). Por ello pudimos obtener una información muy detallada y específica de este aspecto, que en lo referente a la intensidad del estrés acontecida a ambos grupos de población no corroboraba los resultados del eje IV del diagnóstico psiquiátrico. Según los resultados de este eje, solamente en los jóvenes adultos se evidenciaba un significativo mayor estrés en suicidas que en controles, no así en los adolescentes. Sin embargo, en el estudio más detallado con las correspondientes escalas de acontecimientos vitales ^(13, 14) sí pudimos constatar que tanto los adolescentes como los jóvenes adultos que habían cometido el acto suicida habían experimentado en el año anterior un mayor número de eventos vitales, lo cual les acarreó secundariamente un mayor índice de estrés.

Pensamos que en este aspecto el eje IV (DSM-III-R) no es una aportación del todo válida para completar el diagnóstico. Debido a su extremada sencillez resulta finalmente insuficiente.

Por último, en lo referente al **Diagnóstico psiquiátrico en el eje V**, destacar lo anteriormente comentado sobre el GAF actual y su paralelismo con el posible sufrimiento depresivo. En cuanto al GAF en el último año, los resultados también

fueron peores para los adolescentes y jóvenes adultos que realizaron la tentativa de suicidio. Ello reflejaba la existencia de síntomas crónicos en el sujeto, debidos bien a la cronicidad de las situa-

ciones vivenciales conflictivas que provocaban la clínica en el individuo, o bien al curso crónico que conllevaba la propia enfermedad psiquiátrica que padecían.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Bol Epidemiológico Semanal 1996;4(22):177-88.
2. Ajuriaguerra J. El suicidio en el niño y el adolescente. En: Ajuriaguerra J, editor. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª edición. Barcelona: Masson SA; 1977. p. 433-41.
3. McIntire MS, Fine P, Fain PR. Early indicators of self-destructive behaviors in children and adolescents: Primary Detection by the Pediatrician. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. Suicide in the young. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 259-70.
4. Polaino A. Depresión y Suicidio en los adolescentes. En: Polaino-Lorente A, editor. Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones Morata SA; 1988. p. 161-90.
5. Slaby A, Garfinkel LF. No one saw my pain: why teens kill themselves. New York, London: W.W. Norton & Company; 1994.
6. Swedo SE, Rettew DC, Kuppenheimer M, Lum D, Dolan S, Goldberger E. Can Adolescent Suicide Attempters Be Distinguished From At-Risk Adolescents? Pediatrics 1991; 88(3):620-9.
7. Fernández Rivas A. Tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos: análisis descriptivo y estudio de los factores de riesgo. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco (Bilbao); 1995.
8. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1988.
9. Chabrol H, Moron P. Depressive Disorders in 100 Adolescents Who Attempted Suicide. Am J Psychiatry 1988; 145(3):379.
10. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality Disorder, Tendency to Impulsive Violence, and Suicidal Behavior in Adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 1993;32(1):69-75.
11. Marcelli D. Relations entre dépression et suicide à l'adolescence. Remarques épidémiologiques et psychopathologiques. En: Marcelli D, editor. Adolescence et dépression. Paris: Ed. Masson; 1990. p. 127-34.
12. Ahlbom A, Norell S. Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Siglo XXI de España Editores SA; 1987.
13. Mardomingo MJ, González S. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años. Rev Psiq Inf 1990;2:123-34.
14. González de Rivera y Revuelta JL, Morera Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. Psiquis 1983;4(1):7-11.
15. Fernández Rivas A, González Torres MA. Versión española de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Rev Psiq Inf 1995;3:156-7.
16. Fernández Rivas A, González Torres MA, Mondragón MS, Noguerras B, Lasa A. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y jóvenes adultos. Rev Psiq Inf 1995;1:45-51.
17. Statistical Package for Social Science (SPSS), Release 6.0. Chicago: SPSS Inc.; 1993.
18. Doménech Massons JM. Pruebas de Chi-Cuadrado. Barcelona: Editorial Gráficas Signo; 1991.
19. Fernández Rivas A, González Torres MA, Lasa Zulueta A. Tentativas de suicidio en jóvenes adultos: estudio de los acontecimientos vitales recientes y eventos precipitantes. Psiquis 1996;17(4):204-11.
20. Jeammet P. La depresión en el adolescente. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva; 1989. p. 391-416.
21. Parry-Jones WL. Depression in adolescence. En: Herbst KR, Paykel ES, eds. Depression. An Integrative Approach. Oxford: Heinemann Medical Books & The Mental Health Foundation; 1989. p. 111-23.
22. Chabrol H. Les comportements suicidaires de l'adolescent. 2ª edición. Paris: Presses Universitaires de France; 1992.
23. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youths Aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35(9):1174-82.
24. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(3):521-9.
25. Pfeffer C. Attempted Suicide in Children and Adolescents: Causes and Management. En: Lewis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p. 664-72.
26. Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors. Am J Orthopsychiat 1989;59(1):59-71.

- 40 27. Hawton K, Catalan J. Attempted Suicide. A Practical Guide to its Nature and Management. 2ª edición. Oxford: Oxford University Press; 1987.
28. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13-to 19-Year-Olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-9.
29. González-Seijo JC, Ramos Vicente Y, Lastra Martínez I, de Dios Vega JL, Carbonell Masía C. "Estudio San Carlos" sobre conducta suicida en la adolescencia: descripción de la muestra. *Rev Psiq Inf* 1996;3:185-93.
30. Seguí Montesinos J. Las tentativas autolíticas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital General (II). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1989;17(5):353-9.
31. Rodríguez Pulido F, De las Cuevas Castresana C, Henry Benítez M, Morilla Cantero J, Frugoni Perdomo A, Alamo V, González de Rivera JL. Variables socio-demográficas y psiquiátricas de la tentativas de suicidio atendidas en un hospital general. *Psiquis* 1989;10(8):293-9.
32. Gammon GD, John K, Weissman MM. Structured assessment of psychiatric diagnosis and of psychosocial function and supports in adolescence: a role in the Secondary Prevention of Suicide. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 183-208.
33. Friedman RC, Corn R, Aronoff MS, Hurt SW, Clarkin JF. The seriously suicidal adolescent: affective and character pathology. En: Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB, eds. *Suicide in the young*. Boston, Bristol, London: John Wright-PSG Inc; 1984. p. 209-26.
34. Hawton K, O'Grady J, Osborn M, Cole D. Adolescents who Take Overdoses: Their Characteristics, Problems and Contacts with Helping Agencies. *Br J Psychiatry* 1982;140: 118-23.
35. De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The Relationship Between Adolescent Suicidal Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence. *Am J Psychiatry* 1992;149:45-51.
36. Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML, Gil Flores S, Parra Cejudo E, Espinosa García A. Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Act Ped Esp* 1993;51(11):501-5.