

J.C. González-Seijo
Y. Ramos Vicente
I. Lastra Martínez
J.L. de Dios Vega
C. Carbonell Masía

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Hospital Universitario San Carlos.
Universidad Complutense. Madrid

Correspondencia:

J.C. González-Seijo
Uría 34 4º
33202 Gijón (Asturias)

«Estudio San Carlos» sobre
conducta suicida en la
adolescencia: descripción de la
muestra

*«San Carlos study» on adolescent
suicidal behavior: description of
the sample*

RESUMEN

El «Estudio San Carlos» sobre conducta suicida en la adolescencia se viene desarrollando desde el año 1990 por la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid. Entre sus objetivos destacan: análisis epidemiológico de las conductas suicidas entre adolescentes de un Área Sanitaria, estudio de las características personales, familiares y sociales de estos jóvenes, definición de grupos de elevado riesgo suicida, desarrollo de programas preventivos y evaluación de dichos programas.

En el presente artículo presentamos la descripción general de la muestra de adolescentes con tentativa de suicidio, que estaba formada por 43 chicas y 11 chicos de edades comprendidas entre los 13 y 18 años.

PALABRAS CLAVE

Tentativa de suicidio; Adolescencia.

ABSTRACT

San Carlos Study on adolescent suicidal behavior has been a focus of research since 1990. The objectives of this study are: the epidemiological analysis of the suicidal behaviors among adolescents, the study of the individual, familial and social characteristics of these youngs, the definition of groups at higher risk, the development of preventive programs and the evaluation of such programs.

In this report we show the general description of our sample of adolescents with a suicide attempt, composed by 43 females and 11 males with ages ranging from 13 to 18 years.

KEY WORDS

Suicide attempts; Adolescence.

186 INTRODUCCIÓN

El suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública⁽¹⁾, ya que causan un elevado número de fallecimientos, enormes pérdidas económicas y un gran sufrimiento tanto a las víctimas directas como a las personas de su entorno.

Ya que la infancia y la adolescencia son etapas que generalmente no se asocian con la idea de muerte, sino que nos evocan conceptos como vitalidad, despreocupación y ansias de futuro⁽²⁾, la conducta suicida parece presentar en estos periodos evolutivos un rostro particularmente dramático. Quizá por ello, los suicidios en niños y adolescentes están siendo objeto de especial atención por los medios de comunicación, produciendo un enorme impacto en la opinión pública. Durante los últimos años se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas entre los jóvenes, convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental.

Diversos estudios epidemiológicos confirman que durante el último siglo se han producido dos «picos» de suicidio en jóvenes, el primero alrededor de 1910, lo que justifica que en ese año se celebrara en Viena la «I Reunión Científica sobre el Suicidio» organizada por A. Adler, y el segundo en los años ochenta. Este segundo «pico» de incremento en las conductas suicidas se viene explicando por el denominado «Efecto Cohorte». Tras la II Guerra Mundial el número de niños ha crecido de forma importante convirtiéndose en un factor desestabilizador que aumenta la competitividad en esa generación a la hora de estudiar o encontrar un trabajo, siendo evidente una relación entre la cifra de suicidios en adolescentes y el porcentaje de gente joven en la población total.

Blumenthal⁽³⁾ apunta algunos factores que explicarían el notable incremento observado en la década de los ochenta en las muertes por suicidio en jóvenes americanos:

- Aumento de la incidencia y prevalencia de los factores psiquiátricos asociados al suicidio juvenil, especialmente depresión, trastornos de conducta y abuso de sustancias tóxicas.
- Aumento del número de jóvenes con una mayor competitividad e incremento de las dificultades para encontrar un trabajo con la consiguiente desesperanza.
- Aumento del estrés.

- Aumento del comportamiento violento en general, así como un fácil acceso a las armas de fuego.

En España, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística⁽⁴⁾, las cifras de suicidio juvenil prácticamente se han triplicado durante los últimos años, pasando de los 48 casos recogidos en 1976 a los 124 del año 1991. Paralelamente, las tentativas suicidas también han sufrido un espectacular incremento entre la población adolescente en los últimos años. Según los datos de Morandé y Carrera⁽⁵⁾ el intento de suicidio ha pasado de suponer el 5% de las consultas de adolescentes en 1978 al 11% en 1983. En conjunto, entre el 1% y el 10% de los adolescentes reconocen haber realizado alguna tentativa suicida, elevándose hasta el 50% los que reconocen ideación suicida⁽⁶⁻⁸⁾.

Para algunos autores el intento de suicidio sería un síntoma que reflejaría otros problemas, más que un precursor de un eventual suicidio consumado⁽⁹⁾, sin embargo la existencia de un *continuum* hasta el suicidio es una idea que está alcanzando cada vez una mayor aceptación entre los investigadores⁽¹⁰⁻¹²⁾. Ya que la tentativa de suicidio parece ser el predictor aislado más importante para un futuro suicidio consumado⁽¹³⁾, poder identificar los factores de riesgo antes de que las acciones suicidas tengan lugar, es un verdadero reto para los clínicos e investigadores.

En este artículo ayudamos a profundizar en el conocimiento de las tentativas suicidas de los adolescentes de nuestro medio social, mediante el análisis de las principales características descriptivas de la muestra del «Estudio San Carlos».

MATERIAL Y MÉTODO

El «Estudio San Carlos» sobre conducta suicida en la adolescencia se desarrolla en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid desde el año 1990, y entre sus objetivos destacan: análisis epidemiológico de las conductas suicidas entre adolescentes de un Área Sanitaria, estudio de las características personales, familiares y sociales de estos jóvenes, definición de grupos de elevado riesgo suicida, desarrollo de programas preventivos y evaluación de dichos programas.

El Centro es responsable de la atención sectorizada de unos 95.000 niños y adolescentes de varios distritos municipales urbanos de Madrid⁽¹⁴⁾.

Tabla 1 Estudio descriptivo de la muestra de adolescentes con tentativa de suicidio

	N	%
- Distribución por sexos		
Mujeres:	43	79,6
Hombres:	11	20,4
- Distribución por edades		
13 años:	4	7,4
14 años:	16	29,7
15 años:	12	22,2
16 años:	2	3,7
17 años:	6	11,1
18 años:	14	25,9
- Nivel escolar		
Educación General Básica:	26	48,1
Bachillerato (BUP):	19	35,2
Formación Profesional:	9	16,7
- Rendimiento escolar		
Muy bueno:	4	7,4
Bueno:	10	18,5
Regular:	14	25,9
Malo:	26	48,1

Los datos que presentamos en este artículo se obtuvieron a lo largo de 30 meses de investigación, siendo incluidos un total de 54 adolescentes que cumplían los siguientes criterios:

- Presentar, en el momento actual, una tentativa de suicidio según la definición de Bassuk⁽¹⁵⁾: «todo acto que realizado por el paciente constituye una amenaza contra su propia vida o al menos eso aparenta».
- Tener una edad comprendida entre los 13 y 18 años.
- Aceptar, tanto el adolescente como su familia, la participación en el estudio y colaborar suficientemente para completar la evaluación requerida.

Los *Instrumentos de Evaluación* utilizados en el estudio han sido:

- Cuestionario para datos demográficos, clínicos y escolares⁽¹⁶⁾.
- Cuestionario para datos familiares⁽¹⁶⁾.
- Cuestionario de adaptación para adolescentes⁽¹⁷⁾.
- Inventario de la depresión de Beck⁽¹⁸⁾.
- Cuestionario Español de Depresión Infantil⁽¹⁹⁾.
- Escala sobre el concepto de muerte⁽²⁰⁾.
- Escala de acontecimientos vitales⁽²¹⁾.

Tabla 2 Características de las tentativas de suicidio realizadas por los adolescentes de la muestra

	N	%
- Procedimientos suicidas		
Intoxicación medicamentosa:	43	79,6
Flebotomía:	3	5,6
Precipitación desde altura:	3	5,6
Ahorcamiento:	2	3,7
Flebotomía + Medicamentos:	2	3,7
Flebotomía + Tóxicos:	1	1,9
- Fármacos utilizados		
Benzodiazepinas:	12	26,7
Benzodiazepinas + Analgésicos:	3	6,7
Benzodiazepinas + Otros:	2	4,5
Benzodiazepinas + Neurolepticos:	1	2,2
Analgésicos:	6	13,3
Analgésicos + Otros:	6	13,3
Antidepresivos:	4	8,9
Barbitúricos:	4	8,9
Neurolepticos:	1	2,2
Otros fármacos:	6	13,3
- Gravedad médica		
Leve:	19	35,2
Moderada:	16	29,6
Grave:	8	14,8
Muy grave:	11	20,4
- Tipo de tentativa		
Impulsiva:	31	57,4
Planeada:	13	24,1
Mixta:	10	18,5

- Cuestionario sobre el consumo de drogas⁽¹⁶⁾.
- Cuestionario de personalidad para adolescentes⁽²²⁾.

RESULTADOS

Las *características de los adolescentes* con tentativa de suicidio se resumen en la tabla 1. La muestra estaba formada por 54 adolescentes, con un claro predominio de las mujeres (79,6%) frente a los hombres (20,4%).

El intervalo de edad elegido para el estudio fue entre 13 y 18 años, situándose la media de edad en 15,6 años, y destacando que más de la mitad de los casos (51,9%) estaban comprendidos en el rango de 14 a 15 años.

El nivel educativo del 48,1% de los adolescentes era Educación General Básica, distribuyéndose el resto

188

Tabla 3 Factores desencadenantes, objetivo de la tentativa, existencia de nota suicida y actitud posttentativa

	N	%
- Desencadenantes		
Discusión con los padres:	21	38,8
Problema escolar:	10	18,5
Problema de salud psíquica:	7	13,0
Problemas con la pareja:	6	11,1
Pérdida de ser significativo:	2	3,7
Problemas con los amigos:	1	1,9
Indeterminado:	7	13,0
- Objetivo de la T.S.		
Muerte:	21	38,9
Búsqueda de un cambio:	19	35,2
Ayuda:	5	9,3
Otros:	9	16,6
- Existencia de nota suicida		
Sí:	9	16,7
No:	45	83,3
- Actitud posttentativa		
Racionalización:	14	25,9
Culpabilidad:	13	24,1
Vergüenza:	8	14,8
Negación:	4	7,4
Otras:	15	27,8

entre los estudios de Bachillerato Unificado Polivalente (35,2%) y Formación Profesional (16,7%). En casi la mitad de los adolescentes (48,1%) el rendimiento escolar era considerado como «malo»; es decir, que precisaron repetir algún curso académico, mientras que un rendimiento «muy bueno» se observó solamente en un 7,4% de la muestra.

En la tabla 2 se pueden observar algunas de las *características de la conducta suicida*. La autointoxicación medicamentosa fue el método o procedimiento suicida más empleado (79,6%), seguido por las autolesiones en los antebrazos (5,6%) y por la precipitación desde una altura (5,6%). Solamente un 5,6% de los adolescentes utilizaron una combinación de dos métodos. De los 45 adolescentes que utilizaron fármacos en la tentativa de suicidio, la mayoría recurrieron a las benzodiacepinas, bien solas (26,7%) o en asociación (13,4%), siendo los analgésicos la segunda familia de medicamentos más empleados (33,3%). En conjunto, un 26,7% de los adolescentes utilizaron varios fármacos simultáneamente.

Tabla 4 Antecedentes psiquiátricos del adolescente y tentativas suicidas previas

	N	%
- Antecedentes de patología psíquica		
Sin antecedentes:	31	57,4
Con antecedentes:	23	42,6
- Tentativas de suicidio previas		
Ninguna:	37	68,5
Una:	11	20,4
Dos:	3	5,5
Tres:	2	3,7
Cuatro:	1	1,9

Hemos considerado cuatro categorías respecto a la gravedad de la situación médica derivada de la tentativa suicida: leve, moderada, grave y muy grave. Aunque la mayoría de los intentos autolíticos fueron «leves» (35,2%) o «moderados» (29,6%), una quinta parte de los casos (20,4%) fueron considerados «muy graves».

Respecto al grado de planificación de la conducta suicida, **hemos distinguido las tres categorías siguientes: planeada o reflexiva, impulsiva y mixta**. El 57,4% de los casos se incluyeron en la categoría de conducta suicida impulsiva, es decir, sin planificación suicida previa, mientras que el 24,1% de los adolescentes reconocía la premeditación del acto autolítico. El 18,5% de los casos fueron considerados como tentativa de suicidio mixta.

También se ha valorado la existencia de *comunicación o verbalización previa* de las intenciones suicidas a personas del entorno del adolescente, así como el grado de conocimiento que tenía la familia acerca de dicha intención suicida. Aun cuando la mayoría no había verbalizado sus intenciones de autolisis (61,1%), un porcentaje estimable sí lo había hecho tanto a la familia (13,0%), como a los amigos (18,5%), o incluso a ambos (7,4%). Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de los padres (16,7%) reconocía sospechar la posibilidad de que el adolescente realizara un acto suicida.

Los *factores desencadenantes* más frecuentes fueron las discusiones con los padres (38,8%), los problemas escolares (18,5%) y los trastornos psicopatológicos (13,0%). En un 13% de los casos no se pudo llegar a precisar la existencia de un claro factor desencadenante de la tentativa (Tabla 3).

Tabla 5 Antecedentes de conducta suicida en la familia y en el entorno del adolescente

	N	%
- Antecedentes suicidas en la familia		
Madre:	2	3,7
Padre:	1	1,9
Hermano:	2	3,7
Madre y hermano:	1	1,9
Otros familiares:	8	14,8
Sin antecedentes:	40	74,0
- Antecedentes suicidas en el entorno		
Compañeros:	8	14,8
Televisión:	3	5,5
Compañeros y televisión:	2	3,7
Vecinos:	1	1,9
Sin conducta suicida:	40	74,1

Respecto al *objetivo* de la tentativa suicida, hemos considerado como tal la finalidad que explícitamente reconocía el adolescente. La muerte (38,9%) y la búsqueda de un cambio en su situación vital (35,2%) fueron los objetivos más frecuentemente señalados por los adolescentes.

En un pequeño porcentaje de casos (16,7%) fue posible descubrir alguna *nota suicida de despedida* redactada por el adolescente en las horas previas a realizar la tentativa autolítica. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes (83,3%) negaban haber redactado algún tipo de mensaje o nota de despedida.

En las sucesivas entrevistas con el adolescente se evaluó la actitud predominante mantenida con posterioridad hacia la conducta suicida y se intentaron agrupar dichas *actitudes posttentativa* en las cuatro categorías siguientes: racionalización, sentimientos de culpabilidad, vergüenza y mecanismos de negación. Los mecanismos de racionalización (25,9%) y los sentimientos de culpa (24,1%) fueron las actitudes más frecuentes; sin embargo, en un notable porcentaje de casos (27,8%), no fue posible delimitar una actitud predominante, por lo que fueron clasificadas como «otras actitudes».

En la tabla 4 recogemos los *antecedentes de patología psiquiátrica y las conductas suicidas anteriores* del adolescente. El 42,6% de los adolescentes tenían antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico. Aunque la mayoría negaban la existencia de alguna

Tabla 6 Diagnóstico de los adolescentes con tentativa de suicidio y tratamiento prescrito

	N	%
- Diagnóstico		
Trastorno psicótico:	3	5,6
Episodio depresivo:	10	18,5
Trastorno de adaptación:	10	18,5
Trastorno de la personalidad:	4	7,4
Trastorno disocial:	3	5,5
Otros:	5	9,3
Sin diagnóstico psiquiátrico:	19	35,2
- Tratamiento instaurado		
Psicofarmacológico:	11	20,4
Psicoterapia individual:	9	16,6
Psicoterapia + Farmacológico:	14	25,9
Psicoterapia de grupo:	1	1,9
Seguimiento ambulatorio:	19	35,2

tentativa suicida anterior (68,5%), en el 20,4% de los casos sí admitían una tentativa previa, mientras que solamente uno de los adolescentes había realizado cuatro tentativas suicidas con anterioridad.

En la tabla 5 se resume la presencia de *conductas suicidas en la familia y en el entorno*, según la información aportada por los adolescentes y sus padres. En el 26% de los casos había constancia de suicidio o tentativas de suicidio en la familia del joven. Asimismo, algunos adolescentes reconocían que determinados actos suicidas de su entorno podían haber influido en su decisión autolítica, señalando fundamentalmente la influencia de las conductas suicidas en compañeros (14,8%), en programas de televisión (5,5%), o ambos conjuntamente (3,7%).

Finalmente, resumimos los *diagnósticos establecidos y el tratamiento prescrito* (Tabla 6). Los diagnósticos fueron realizados siguiendo los criterios CIE-10⁽²³⁾, agrupándose los distintos trastornos en seis categorías diagnósticas. Las dos categorías que reunían más casos fueron: episodio depresivo (18,5%) y trastorno de adaptación (18,5%), mientras que únicamente en tres casos (5,6%) se realizó un diagnóstico de trastorno psicótico (esquizofrenia o trastorno de ideas delirantes). En 19 adolescentes no se llegó a determinar un trastorno psiquiátrico evidente durante el periodo de seguimiento.

Respecto al tratamiento, en todos los casos fue realizado por los profesionales, psiquiatras y psicólogos,

190 de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos. En 19 casos únicamente se realizó un seguimiento ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo, sin llegar a precisar tratamiento psicofarmacológico o intervención psicoterapéutica específica. Un 20,4% de los adolescentes recibieron tratamiento psicofarmacológico, otro 16,6% psicoterapia individual, mientras que en el 25,9% de los casos se combinaron ambos métodos terapéuticos.

DISCUSIÓN

El número relativamente bajo de niños y adolescentes atendidos, por presentar una tentativa de suicidio, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos durante el periodo de estudio, confirma la impresión, ya apuntada por Pearce y Martin⁽²⁴⁾, de que sólo un pequeño porcentaje de los jóvenes que realizan una T.S. llegan a recibir asistencia sanitaria especializada.

Hemos encontrado un claro predominio femenino (79,6%) entre los adolescentes que realizan tentativas de suicidio en nuestro medio, con una proporción de 4:1 frente a los varones, siendo esta proporción muy similar a la observada en otros estudios europeos⁽²⁵⁻²⁸⁾. Para Lewinsohn y cols.⁽²⁹⁾ esta prevalencia de mujeres sugiere que el sexo femenino es por sí solo un factor de riesgo, de forma que el impacto de los restantes factores de riesgo suicida estaría ampliado.

Respecto a la media de edad encontrada en los adolescentes de nuestro estudio (15,6 años) fue muy similar a la observada por Brown y cols.⁽³⁰⁾, Razin y cols.⁽³¹⁾ y Agüero y cols.⁽³²⁾.

El rendimiento escolar fue notablemente deficiente en los adolescentes con tentativa suicida. En este sentido, repetidamente se ha señalado un bajo rendimiento escolar en estos adolescentes⁽³³⁾, con malas relaciones con los profesores⁽³⁴⁾ y problemas disciplinarios⁽³⁵⁾.

El procedimiento suicida utilizado preferentemente ha sido la intoxicación medicamentosa, seguido por las autolesiones en los antebrazos. Resulta notorio que este predominio es un hecho prácticamente universal, con porcentajes muy similares en los diferentes países, y que a pesar del cambio ocurrido en los métodos de suicidio consumado, se ha mantenido constante en las últimas décadas^(11,28,31,36-39).

La mayoría de las tentativas no revistieron una gravedad médica importante, siendo consideradas «leves» o «mode-

radas». Esta menor letalidad y gravedad de las T.S. en la adolescencia, respecto a las del adulto, ha sido señalada con frecuencia en la literatura psiquiátrica^(27,35,40,41).

Se confirmó el predominio de conductas suicidas impulsivas durante la adolescencia, ya que un 57,4% de las tentativas de suicidio fueron de carácter repentino, es decir, sin una planificación suicida previa. Este porcentaje es muy similar al 56,4% de tentativas impulsivas observado por Brown y cols.⁽³⁰⁾, pero notablemente inferior al 97% encontrado por Razin y cols.⁽³¹⁾.

Nos parece destacable el elevado número de adolescentes (38,9%) que habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno, aunque, a pesar de ello, solamente el 16,7% de los padres reconocía sospechar las intenciones suicidas de su hijo. En este sentido, Sathyavathi⁽⁴²⁾ encontró que ninguno de los familiares de los 45 jóvenes suicidas por él estudiados sospechaba sus intenciones.

Las discusiones con los padres han sido los factores desencadenantes de la conducta suicida más frecuentes, seguidas de los problemas escolares y los conflictos con la pareja. Estos factores han sido señalados, en distintos países y a lo largo de diferentes décadas, como desencadenantes de la conducta suicida en la adolescencia^(26,28,35,36,38).

Estamos de acuerdo con Zivi⁽²⁶⁾ en destacar el carácter banal de los motivos desencadenantes de las T.S. en la adolescencia, siendo incapaces por sí solos de explicar la conducta suicida. Para Rivaille y cols.⁽²⁵⁾ la causa precipitante del gesto suicida es desproporcionada y sólo vendría a significar la gota que hace rebosar la ansiedad latente.

Un elevado porcentaje de adolescentes (38,9%) señalaba la muerte como objetivo de la T.S., mientras que otro 35,2% manifestaba buscar un cambio en su situación vital. Para Hawton y cols.⁽⁴³⁾ una tercera parte de los adolescentes con T.S. hubieran querido morir, mientras que según Kotila⁽²⁷⁾ los objetivos más frecuentes serían escapar o buscar una solución (33%) y la revancha o llamada de atención (24%).

Aunque estudios como los de Garfinkel y cols.⁽¹¹⁾ y O'Donnell y cols.⁽⁴⁴⁾ encuentran que únicamente entre el 5,3% y el 4% de los jóvenes con tentativa suicida habían escrito notas de despedida, en nuestra casuística un 16,7% de los adolescentes reconocían haber redactado una nota suicida. Para Posener y cols.⁽⁴⁵⁾ estas notas de despedida escritas por jóvenes hacen referencia, en muchas ocasiones, al «qué será después», confirmando el predominio del pensamiento mágico.

Las actitudes predominantes de los jóvenes tras la tentativa fueron la racionalización (25,9%) y la culpa (24,1%). Estos datos son difíciles de contrastar con los de otros investigadores, ya que este aspecto es raramente analizado, y cuando se hace, las categorías no son equiparables. Así, por ejemplo, Velilla y Serrat⁽³⁸⁾ observan crítica o arrepentimiento en el 77% de los adolescentes e indiferencia en el 22%.

Diversos estudios destacan la importancia de los antecedentes psiquiátricos personales en jóvenes con T.S., así, en Francia, Alléon y cols.⁽⁴⁶⁾ encuentran que el 21% de estos adolescentes tienen antecedentes psiquiátricos, mientras que según Kotila y Lönnqvist⁽⁴⁰⁾, en Finlandia una tercera parte de los jóvenes suicidas habían requerido tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalario. Nuestros datos confirman esta opinión, ya que los antecedentes de trastornos psiquiátricos fueron muy frecuentes entre los adolescentes con tentativa de suicidio (42,6%).

Un 31,5% de los adolescentes tenían antecedentes de tentativas de suicidio previas, siendo este porcentaje superior a los encontrados por otros investigadores en nuestro país, y que oscilan entre el 10% y el 20%^(38,41).

Nuestros resultados también confirman la existencia de una importante carga suicida en la familia de los adolescentes, ya que en una cuarta parte de los casos existían antecedentes familiares de conducta suicida, aunque estos datos no nos permiten dar respuesta a la debatida cuestión «herencia *versus* imitación». Dicho porcentaje es también superior al 5-10% observado por otros investigadores en España^(32,38), aunque algunos estudios franceses^(26,37) señalan que casi el 40% de los adolescentes con T.S. tienen antecedentes familiares de tentativa de suicidio o suicidio consumado. El hecho de que el 25,9% de los adolescentes de la muestra reconocieran una cierta influencia en su decisión autolítica de suicidios ocurridos en el entorno, subraya el destacado papel desempeñado por la imitación en la conducta suicida de los jóvenes⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

Respecto al abordaje terapéutico, en la mayoría de los casos (64,8%) fue preciso instaurar algún tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico específico, mientras que en el 35,2% restante se realizó un seguimiento clínico ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo.

Existe en la bibliografía una gran controversia acerca de la verdadera importancia de los trastornos psicopatológicos en la conducta suicida del adolescente, ya que

algunos autores consideran las tentativas de suicidio como el resultado de problemas menores de adaptación con la familia o con los compañeros⁽⁵⁰⁾, mientras que otros opinan que son el reflejo de una grave psicopatología⁽⁵¹⁾. Según nuestros resultados, en un elevado porcentaje de casos (64,8%) se llegó a realizar un diagnóstico psiquiátrico utilizando criterios CIE-10. Los diagnósticos más frecuentes fueron episodios depresivos (18,5%) y trastornos de adaptación (18,5%), seguidos de trastornos de personalidad (7,4%).

Para otros investigadores, los diagnósticos más frecuentes en adolescentes con tentativa de suicidio serían: trastornos de ansiedad⁽³²⁾, trastornos afectivos⁽⁵²⁾, trastornos de conducta⁽⁵³⁾ y trastornos de adaptación⁽⁵⁴⁾, siendo difíciles los análisis comparativos debido a la distinta procedencia de las muestras y a la disparidad de criterios diagnósticos utilizados. Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los de Davidson y Choquet⁽³⁷⁾, Zivi⁽²⁶⁾ y Kotila⁽²⁷⁾ en el pequeño porcentaje de adolescentes con tentativa de suicidio diagnosticados de trastorno psicótico.

Finalmente, en el 35,2% de los casos de nuestra muestra no se llegó a constatar la existencia de un trastorno mental específico durante el periodo de evaluación, siendo dicho porcentaje muy similar al encontrado por Davidson y Choquet⁽³⁷⁾.

A la luz de los resultados obtenidos podemos concluir que el perfil de los adolescentes que realizan una tentativa de suicidio en nuestro medio social es el siguiente: una chica de alrededor de 15 años, con un pobre rendimiento escolar, que realiza la tentativa suicida de forma repentina, mediante la sobreingesta de algún fármaco. Frecuentemente las discusiones con los padres actúan de factores desencadenantes y en casi la mitad de los casos existen antecedentes personales de patología psíquica en el adolescente.

Consideramos por último, que el conocimiento de estas características de los adolescentes que realizan tentativas de suicidio, es fundamental para definir grupos de riesgo suicida que se puedan beneficiar de programas preventivos específicos⁽⁵⁵⁾.

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo de Investigación Sanitaria por la ayuda concedida al desarrollo de una parte de este estudio (Números de expediente: 92/5509 y 93/5359).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sartorius N. Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología* 1985;5:81-84.
- 2 Kanner L. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1948.
- 3 Blumenthal SJ. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psych Clinics North Am* 1990;13:511-554.
- 4 Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del suicidio en España*. Madrid: INE, 1976-1991.
- 5 Morandé G, Carrera M. Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. *Jano* 1985;29(666):1848-1859.
- 6 Joffe RT, Offord DR, Boyle MA. Ontario child health study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. *Am J Psychiatry* 1988;145:1420-1423.
- 7 Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R y cols. Suicidal behaviour in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:416-423.
- 8 Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992;149:41-44.
- 9 Robins E. Urgencias psiquiátricas. En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- 10 Pfeffer CR. Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clinics North America* 1989;12:861-872.
- 11 Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982;139:1257-1261.
- 12 Brent DA, Kalas R, Edlebrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover N. Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:666-673.
- 13 Berman AL, Jobes DA. *Adolescent suicide. Assessment and intervention*. Washington: American Psychological Association, 1991.
- 14 Ayuntamiento de Madrid. *Avance del Anuario Estadístico 1990*. Madrid: Departamento de Estadística, 1991.
- 15 Bassuk EL. Emergency care for suicidal patients. En: Bassuk EL, Birk AW. *Emergency Psychiatry*. New York: Plenum Press, 1984.
- 16 González-Seijo JC. *Tentativas de suicidio en la adolescencia* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1995.
- 17 Bell HM. *Cuestionario de adaptación para adolescentes. Manual*. Barcelona: Herder, 1991.
- 18 Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports* 1974;34:1184-1186.
- 19 Rodríguez Sacristán J, Cardoze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez Ríos J. Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) Modificado de Kovacs y Beck. *Rev Neuropsiquiatría Infantil* 1984;2:65-74.
- 20 Pfeffer CR. *The suicidal child*. New York: The Guilford Press, 1986.
- 21 Mardomingo MJ, González S. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años. *Rev Psiq Inf* 1990;(2):123-134.
- 22 Seisdedos N. *HSPQ. Cuestionario de personalidad para adolescentes de R.B. Cattell y M.D. Cattell. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, 1989.
- 23 Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10*. Madrid: Meditor, 1992.
- 24 Pearce CM, Martin G. Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:409-414.
- 25 Rivaille C, Belle F, Thiot C, Goulon M. Tentatives de suicides d'adolescentes. Étude de 70 cas. *Sem Hôp Paris* 1970;46(17):1141-1147.
- 26 Zivi A. Les facteurs des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Pediatr (Paris)* 1986;33(6):503-506.
- 27 Kotila L. Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:436-443.
- 28 Bergstrand CG, Otto U. Suicidal attempts in adolescence and childhood. *Acta Paediatrica* 1962;51:17-26.
- 29 Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(1):60-68.
- 30 Brown LK, Overholser J, Spirito A, Fritz GK. The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(1):95-99.
- 31 Razin AM, O'Dowd MA, Nathan A, Rodríguez I, Golfield A, Martin Cy cols. Suicidal behavior among inner-city hispanic adolescent females. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:45-58.
- 32 Agüero A, Catalá MA, Hernández M, Cuquerella MA, Llorens P, Pérez F, Agüero C. Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. *Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: SEPIJ, 1994.
- 33 Del Barrio V. Factores de riesgo en el suicidio infantil. *Jano* 1985;29(666):1873-1878.
- 34 Brooksbank DJ. Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. *Br J Psychiatry* 1985;146:459-463.
- 35 Barter JT, Swaback DO, Todd D. Adolescent suicide attempts. A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry* 1968;19:523-527.
- 36 Connell HM. Attempted suicide in schoolchildren. *Med J Aust* 1972;1:686-690.

- 37 Davidson F, Choquet M. Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent. *Rev Neuropsych Infant* 1978;**26**(12):683-691.
- 38 Velilla JM, Serrat D. Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia. *Rev Psiq Inf* 1990;(2):83-95.
- 39 Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry* 1992;**161**:816-823.
- 40 Kotila L, Lönnqvist J. Adolescent suicide attempts 1973-1982 in the Helsinki area. *Acta Psiquiatr Scand* 1987;**76**:346-354.
- 41 Mardomingo MJ, Catalina ML. Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento? *Pediátrika* 1992;**12**:118-121.
- 42 Sathyavathi K. Suicide among children in Bangalore. *Indian Pediatr* 1975;**42**:149-157.
- 43 Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982;**141**:286-291.
- 44 O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:45-48.
- 45 Posener JA, Lahaye A, Cheifetz PN. Suicide notes in adolescence. *Can J Psychiatry* 1989;**34**:171-176.
- 46 Alléon AM, Morvan O, Facy F. Tentative de suicide a l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 1991;37216 H¹⁰: 1-7.
- 47 Motto JA. Suicide and suggestibility - the role of the press. *Am J Psychiatry* 1967;**124**:252-256.
- 48 Steede KK, Range LM. Does Television induce Suicidal contagion with adolescents? *J Commun Psychology* 1989;**17**:166-172.
- 49 González-Seijo JC, Ramos YM, Lastra I, De Dios JL, Carbonell C. Suicidio juvenil y medios de comunicación. *Psicopatología* 1993;**13**:168-172.
- 50 Jacobs J. *Adolescent suicide*. New York: Wiley-Interscience, 1971.
- 51 Hudgens RW. *Psychiatric disorder in adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1974.
- 52 Mardomingo MJ, Catalina ML, Hernández P. Curso clínico de los intentos de suicidio: seguimiento longitudinal a lo largo de 8 años. *Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: SEPIJ, 1994.
- 53 Trautman PD, Rotheram-Borus MJ, Dopkins S, Lewin N. Psychiatric diagnoses in minority female adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**(4):617-622.
- 54 Mattson A, Seele LR, Hawkins JW. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch Gen Psychiatry* 1969;**20**:100-109.
- 55 González-Seijo JC Ramos YM, Lastra I, De Dios JL, Avellanosa I, Carbonell C. Diseño de un programa de prevención del suicidio en la adolescencia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;**22**(3):100-108.