

J. Tomás²
X. Gastaminza¹
A. Bielsa¹

Sucidio y tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia

1 Adjunto clínico
2 Jefe clínico
Unitat de Psiquiatria,
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron
Barcelona.

Sucide and suicide attempt in childhood and early adolescents

RESUMEN

Hemos realizado una revisión general sobre el suicidio en la infancia y en la adolescencia, junto a una valoración de los aspectos epidemiológicos de intentos de suicidio frustrado en una población de 7-17 años, en una muestra total de 29 casos, al tiempo que se expone qué ideación de método de muerte haría una población normal en relación a la ideación suicida. Se expone sistemática de exploración y pautas terapéuticas a corto y medio plazo.

PALABRAS CLAVE

Suicidio. Ideación de muerte. Adolescencia.

ABSTRACT

This is a general review on childhood and early adolescence suicide, together with a valuation of the epidemiological aspects of frustrated suicide attempts in a population aged between 7-17 years (the sample consisted of 29 cases). At the same time, it is exposed what kind of death method's conception would make a normal population in relationship to the suicidal thinking-out. It is also explained an exploration method and short and half-term therapeutical rules.

KEY WORDS

Suicide. Death's thinking-out. Adolescence.

176 GENERALIDADES

La ideación de muerte y la conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente en la infancia y adolescencia. Muy a menudo el intento de suicidio es banalizado por el entorno, los padres o algunos médicos, poco advertidos de que tal actitud conlleva riesgo.

DEFINICIÓN

El concepto de *conducta suicida* engloba, en la edad preadolescente y adolescente, tanto las ideas de muerte que desencadenan actos de autoagresión como las ideaciones que llevan a la muerte (suicidio conseguido) o a un intento fallido (intento de suicidio), sea cual sea la causa y la forma en que se ha realizado.

Para algunos autores la conducta no suicida con ideación suicida, la ideación suicida con intento de suicidio y el suicidio conseguido, no son más que una línea de un mismo proceso ("continuum") que está relacionado a la presencia de otros factores como son la preocupación por la muerte, la depresión, y la psicopatología, en relación directamente proporcional.

EPIDEMIOLOGÍA

El suicidio es, hoy día, la segunda causa de muerte en la adolescencia/juventud; entre los 10-24 años, en EEUU en el año 1981 se registraron unos 5000, lo que equivale a un índice de 13,1 por 100.000, que contrasta con el 5,2 por 100.000 de 1960, ya que supone un incremento de 2,5 veces, superior. En el año 80 unos 12.000 chicos entre 5-14 años fueron admitidos en hospitalización psiquiátrica secundariamente a conducta suicida, lo que equivale a un 0,8 por 100.000 en EEUU, de la población general. Un tercio de los preadolescentes y adolescentes que ingresan por causas psiquiátricas en medio hospitalario es por intento de suicidio.

El intento de suicidio y el suicidio es más frecuente por encima de los 12 años de edad, en 1981 sólo dos niños menores de esta edad, de los 32 millones de niños de EEUU, realizaron un intento de suicidio; su aparente escasa frecuencia no significa que no pueda verse un suicidio de edad preescolar y para algunos autores, ciertos accidentes traumáticos, intoxicaciones o envenenamientos aparentemente accidentales no son más

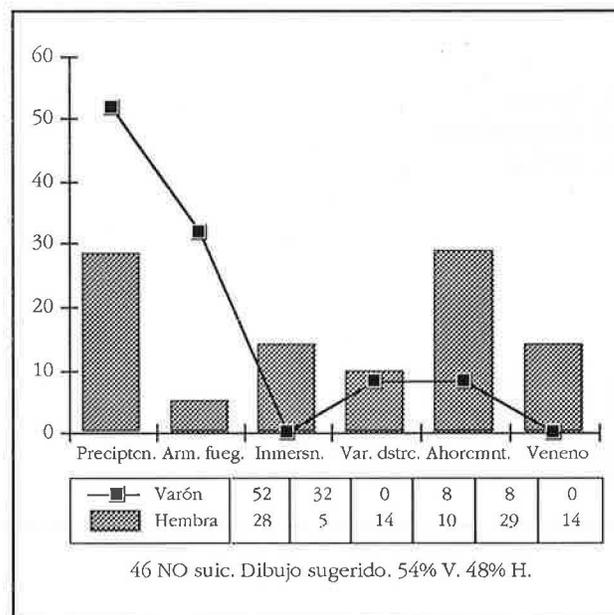


Figura 1. Epidemiología del suicidio.

que suicidios enmascarados, que evidentemente no se registran desde un punto de vista estadístico.

Las chicas cometen más intentos de suicidio que los chicos pero los varones presentan una ratio de suicidio conseguido más elevada (2,3/1). En un estudio de revisión reciente que hemos efectuado sobre los últimos 29 casos atendidos en nuestro servicio de psiquiatría del Vall d'Hebron, la relación hembra/varón en los suicidios no conseguidos es de dos hembras por un varón (relación H/V=2/1), con un 50% de los casos totales asistidos entre 7-17 años, comprendidos entre 12-14 años. Debe señalarse la práctica ausencia de intentos en niñas en edades anteriores a los 11 años en la muestra que hemos analizado (Fig. 2).

No parece que existan variaciones ligadas a los fenómenos estacionales, a pesar del criterio vulgarizado de que en primavera y otoño los suicidios son más frecuentes.

Existe un incremento del índice de suicidios en las últimas décadas, que parece manifiesta a pesar de la escasa fiabilidad que podemos tener en la sistemática de recogida de información de hace unas décadas. En la confusión de las distintas aproximaciones estadísticas sobre los intentos de suicidio y suicidio conseguido parece que el número de recidivas en los últimos 20 años

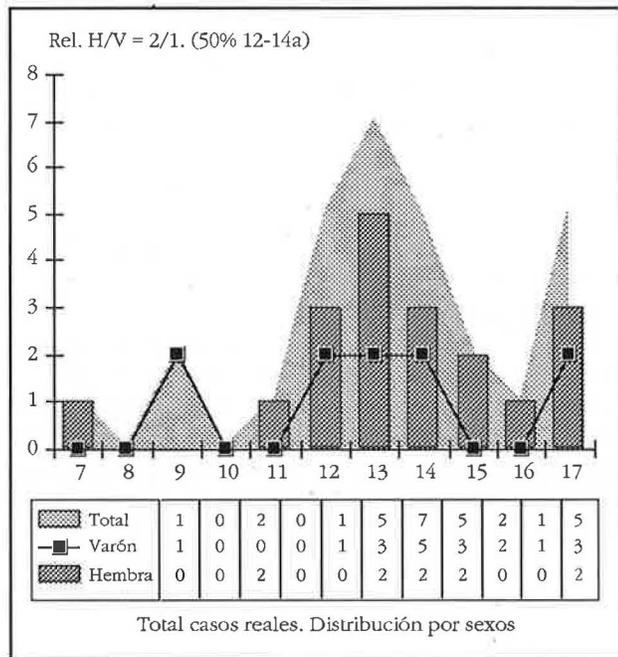


Figura 2. Epidemiología del suicidio. Muestra: 29 (7-17 años de edad)

ha aumentado; pero en cambio, el número de individuos que realiza tentativa de suicidio ha disminuido.

Cada vez es más evidente que el aumento de incidencia de suicidios es generacional y que cada generación de niños y adolescentes aumenta la tasa respecto a la generación anterior.

En nuestra Unidad de Psiquiatría realizamos un ensayo sobre tendencia cultural en población diversa, de selección de método de suicidio, pidiendo a niños y niñas entre 7 y 17 años que nos dibujaran una escena de suicidio, sin mediar otra explicación y suministrando sólo un papel en blanco y un lápiz. La propuesta se hizo a un total de 46 niños no suicidas, afectos de diversos procesos en curso diverso de tratamiento u orientación, sin selección previa y tan sólo en función del azar de orden de asistencia. De estos 46 niños el 54% eran varones y el 64% hembras. La precipitación fue con mucho el método más elegido entre estos niños con la particularidad que las niñas lo seleccionaron la mitad de veces que los niños (relación en precipitación de V/H=2,1), pero curiosamente el ahorcamiento fue seleccionado tres veces más por niñas que por niños (relación V/H=1/3); en el caso de arma de fuego ocho niños

por una niña escogieron este sistema (relación V/H=8/1). También nos llamó la atención que ningún varón escogió como método ni el veneno ni tampoco la inmersión, que fueron seleccionados sólo por niñas (Fig.1).El suicidio conseguido entre los adolescentes, utiliza como métodos más frecuentes, por orden de mayor incidencia, los siguientes: monóxido de carbono, ahorcamiento, sobredosis de droga, armas de fuego, ahogo con bolsa de plástico, electrocución, ahogarse en el agua, decapitación.

A través de las notas y mensajes que dejan los suicidas se puede suponer que la razón del suicidio conseguido es en orden de frecuencia causal las siguientes: trastorno afectivo importante reciente, rechazo del compañero/a con el que se tenía una relación sentimental, miedo a los compañeros, determinadas conductas de los padres, sentimientos depresivos, porque sí.

De los suicidios conseguidos, un 46% del total había realizado previamente un intento de suicidio y un 27% del total presentaba una tentativa previa a las últimas 24 horas anteriores al suicidio conseguido. Un 10% de los niños/adolescentes que cometieron suicidio conseguido tenían antecedentes familiares parentales también con suicidio.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. ASPECTOS ANAMNÉSICOS Y PATOBIOGRÁFICOS

La epidemiología ha puesto de manifiesto la importancia en el estudio de los factores de riesgo (signos de alarma) y en la necesidad de realizar medidas preventivas. El cuadro clínico que presentan es semejante al cuadro clínico de la ansiedad posttraumática.

Los adolescentes que han practicado una tentativa de suicidio presentan un sistema de mecanismos de defensa con menor eficacia de los sistemas de rechazo, desplazamiento, y anulación contra otros más primarios y más evidentes como la proyección, y la negación.

La tentativa de suicidio es en sí misma una experiencia traumática; en el enfoque de la problemática del paciente hay dos posibles vivencias que se expresarán: a) La tentativa es en sí misma la experiencia traumática que se expresa; b) La tentativa pone de manifiesto la existencia de un traumatismo anterior y no constituye más que un eslabón más, en la agravación de una afección psicopatológica.

182

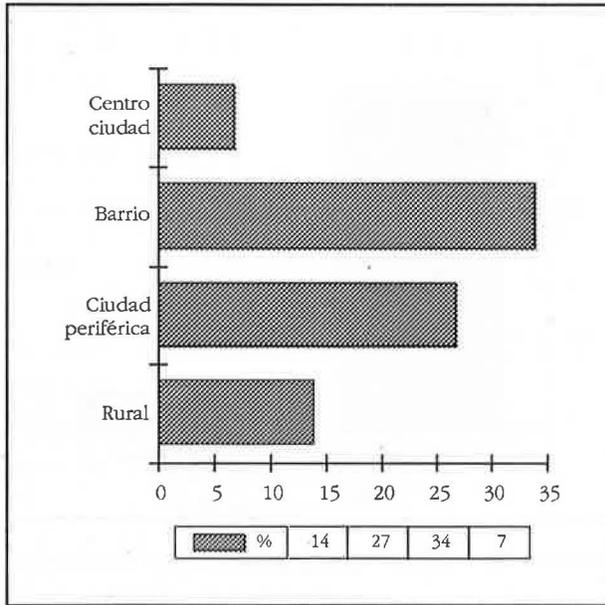


Figura 6. Origen medio social urbano/rural.

- La mayor accesibilidad por parte de la juventud a las armas de fuego, sobre todo en EEUU, con un incremento notable de la muerte por arma de fuego como sistema de suicidio entre los adolescentes suicidas. El estudio estadístico cuidadoso muestra que el incremento en el uso de las armas de fuego también está relacionado con una mayor incidencia de suicidios. Se aprecia en este grupo de adolescentes que utiliza el arma de fuego como medio letal, que también hay un significativo incremento de la tasa de alcohol en sangre en el momento de la muestra, más elevado que en los suicidios que utilizan otros medios. Un control, en la accesibilidad a las armas, y una restricción en la posibilidad de ingerir alcohol revertiría directamente en el descenso de la tasa de suicidio.

- El tercer aspecto que pone de manifiesto la influencia de los factores socioculturales es la existencia del factor imitacional como desencadenante suicidiario; en tal sentido diversos y amplios estudios demuestran la influencia de los medios de comunicación en el incremento del riesgo de suicidio.

La forma en que se trata el tema del suicidio en la adolescencia por los medios de comunicación (media), tanto hacia el adolescente como hacia los adultos, favorece la incidencia del suicidio imitativo. Ciertos

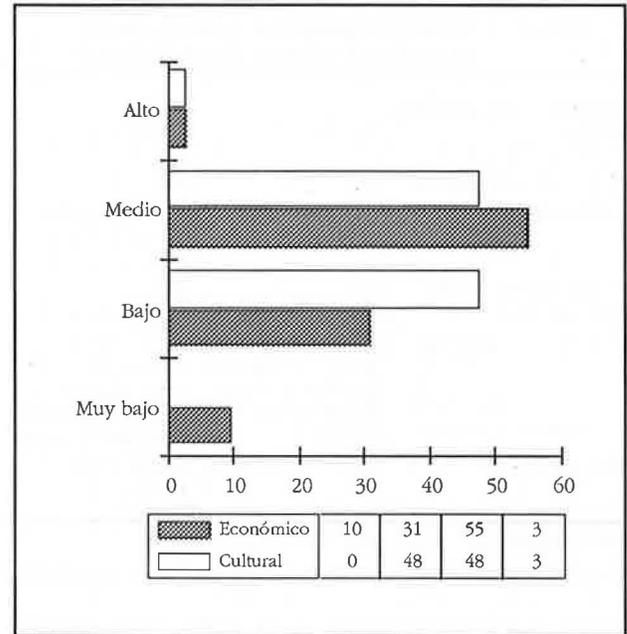


Figura 7. Factores socioeconómicos/culturales.

estudios muestran que la incidencia de intentos y suicidios aumenta en un 2,9% durante los siete días siguientes a cada film, historia o reportaje sobre suicidio. Este incremento sólo es visible en adolescentes mayores y no en otros grupos de edad y con marcada incidencia comparativamente entre las chicas.

En nuestra muestra de 29 casos nos encontramos que el 90% de los pacientes era de origen autóctono, sólo un 10% eran inmigrantes (Fig. 5). El 61% residía en un barrio periférico o en ciudades limítrofes de tipo dormitorio o suburbial, mientras que sólo un 7% procedía del centro de la ciudad y un 14% presentaba un origen claramente rural (Fig. 6).

Desde un punto de vista ambiental sólo se apreciaba la existencia de práctica religiosa de cualquier credo en un 20%, declarándose el 52% no practicante o de creencias irrelevantes.

Un 40% de los padres y un 20% de las madres eran asalariados y un 24% de los padres y un 17% de las madres ejercían profesiones independientes. Sólo se dedicaban a sus labores un 41% de las madres, y el índice de paro parenteral se situaba en un 3%, datos que parecen relevantes para sugerir el potencial tiempo disponible de los padres para el diálogo y la atención, hacia el adolescente.

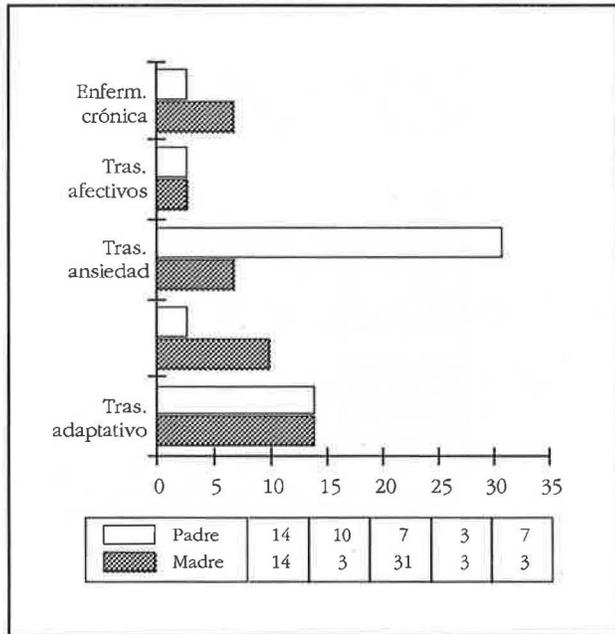


Figura 8. Antecedentes familiares de los padres.

En la figura 7 se recogen los factores socioeconómicos/culturales de nuestra muestra.

En un 45% de los casos la preferencia afectiva del paciente era hacia la madre; en un 20% el adolescente no convivía con sus padres naturales, en el sentido de pervivencia de pareja parenteral completa. Un 45% estaban sometidos a conflictos frecuentes en la convivencia familiar o bien en un 20% esta convivencia era totalmente insatisfactoria.

EXAMEN DEL PACIENTE

Ante todo es muy interesante que intentemos crear una alianza relacional con el paciente y procurar que de ningún modo se nos vea como si fuéramos agentes de la sociedad o bien de la familia. Toda actitud de censura se evitará. Debemos ayudarle a que exponga sus problemas y lo que le preocupa, que quizás no ha explicado a otros, asegurándole nuestra complicidad y respeto a su intimidad al tiempo que nuestro deseo de ayudarle. Cuando presentan actitudes asociadas de tipo agresivo o antisocial, esta conducta es todavía más necesaria e importante.

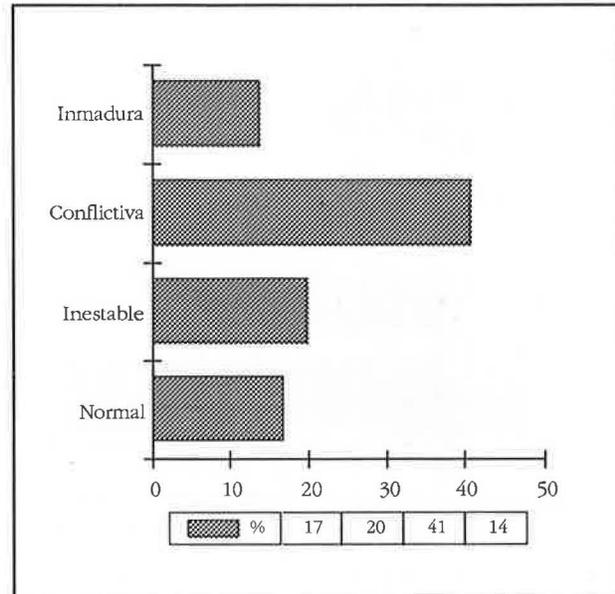


Figura 9. Estructura familiar.

La alianza entre el paciente y el clínico se produce si:
 a) Se muestra una actitud de interés, y se le escucha de forma especialmente cuidadosa, atendiendo tanto el contenido manifiesto del discurso (lo que se expresa) como el contenido latente (aquello que no se dice pero se da a entender), b) Viendo al paciente antes que a los familiares, adoptando una actitud de tomar su partido, y estar a su favor con actitud de complicidad, y solicitando a continuación su permiso, sobre el bien entendido de nuestro silencio sobre su intimidad, para hablar con sus padres.

Debe valorarse el estado de humor y cuáles son sus reacciones afectivas, así como la coherencia con el contenido de los pensamientos que expresa. Preguntaremos sobre la existencia de pérdida o separación de figuras queridas o necesarias afectivamente. También sin tapujos ni rodeos se le inquirirá sobre la seriedad del intento de suicidio, la existencia de voluntad de matarse y hasta qué punto sigue planeándolo todavía en este momento. Debemos aclarar, también, cuáles son los valores que presenta la vida para él y qué sentido tiene vivir. Es necesario explorar los sentimientos de autoestima presentes.

En las figuras 11 a 16 se muestran distintas características evolutivas y de la exploración de los 29 pacientes de que consta nuestra muestra.

192 La tartamudez es definida por la CIE 10 de la OMS⁽¹¹⁾, como un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras y/o por paros frecuentes, dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Este concepto es similar al del DSM-III-R⁽⁶⁾ y al de Perelló⁽¹²⁾, quien incluye el síntoma asociado de angustia y/o logofobia en la disfemia.

Fiedler⁽¹³⁾ distingue dos tipos de tartamudez: tónica y clónica. La tartamudez tónica se define por espasmos relativamente prolongados de la musculatura de la fonación. (.p.p.palo) y la tartamudez clónica se caracteriza por contracciones más breves de la musculatura vocal, que se suceden rápidamente. (pa.pa.palo). La tartamudez que tiene ambos tipos de síntomas, se denomina tónico-clónica o mixta.

En cuanto al diagnóstico diferencial, conviene distinguir la disfemia de dos entidades que pueden dar lugar a confusión, como la taquifemia o la disartria. La taquifemia, también denominada lenguaje confuso⁽⁵⁾ y farfuleo⁽¹¹⁾, es un trastorno de la fluidez verbal que afecta a la frecuencia y al ritmo del lenguaje y que se caracteriza por su rapidez y escasez de inteligibilidad. Se diferencia de la tartamudez por su mayor rapidez, menos repeticiones o indecisiones, mejora de la dicción en situaciones de sobrecarga y empeoramiento con escasa responsabilidad en la comunicación. Lee mejor un texto desconocido que conocido, no existe miedo a determinados sonidos y la conciencia de la alteración falta casi siempre. En la tartamudez ocurre lo contrario en los aspectos mencionados, aunque puede darse junto a la taquifemia.

La disartria se traduce en dificultades de expresión del lenguaje debidas a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundarios a lesiones del sistema nervioso⁽¹²⁾. La disfemia se diferencia en que la dicción defectuosa no es constante a través de las diferentes situaciones y no está relacionada con alteraciones lesionales como la disartria.

El tartamudeo también debe diferenciarse de los tics, que sólo son fenómenos acompañantes y de otros trastornos neurológicos que producen disartrias en el habla⁽¹¹⁾.

ORIGEN DE LA TARTAMUDEZ

Aunque puede originarse por otros conceptos, momentos evolutivos y/o circunstancias vitales, en el presen-

te artículo sólo nos interesa comentar la etiología más frecuente de la tartamudez funcional, puesto que sólo ante tal evento, aplicaremos los principios o pautas que posteriormente definiremos sobre la prevención secundaria.

La explicación etiológica comienza con observaciones como las de Froeschels⁽¹⁴⁾, Fiedler⁽¹³⁾ o Andrew-Harris⁽¹⁵⁾, quienes aluden a una tartamudez fisiológica o evolutiva, que ocurre en torno a los 30 meses en un amplio porcentaje de niños, que Froeschels⁽¹⁴⁾ fija en el 70% coincidente con un período de aprendizaje y desarrollo del lenguaje. Los síntomas son similares a los descritos en la tartamudez, a modo de repeticiones de sonidos, sílabas o vocablos, que suelen extinguirse o desaparecer en condiciones favorables en muchos de esos niños.

Cuando las condiciones sociofamiliares son menos favorables, estamos ante el origen más frecuente de la disfemia y es el momento en que algunos padres comienzan a obsesionarse con el lenguaje de sus hijos y a presionarles para que consigan una dicción correcta y/o una fluidez que el niño no puede lograr. En estas circunstancias el niño comienza a tomar "conciencia" de que el lenguaje es algo complicado y se inicia en una cierta ansiedad ante el mismo, intentando hacer voluntario, algo que por naturaleza es automático.

Si intentáramos hacer de forma totalmente voluntaria, cada uno de los complejos movimientos fonatorios que necesitamos para hablar, seguramente tartamudearíamos.

Entre los autores que apoyan esta hipótesis tenemos a Johnson W.⁽¹³⁾ con su teoría diagnóstica, quien afirma que "la disfemia surge con su diagnóstico y sólo después de él". De este autor es la frase de que "el tartamudeo comienza en el oído del padre, no en la boca del niño". Otros autores aluden a que "los padres enseñan a tartamudear". Cuando la familia se da cuenta y "diagnostica" el tartamudeo, comienzan las críticas por la dicción defectuosa, las comparaciones, el colocarlo en situaciones sociales comprometidas y la insistencia en que hable bien, se tranquilice o articule de determinada forma. Todo ello con expresión angustiada. A través de estos medios el niño toma conciencia de sus disfluencias, siente ansiedad y como refiere Fisch-Weckland-Segal⁽¹⁴⁾, intenta controlar algo que por naturaleza funciona por sí mismo, fortaleciendo el proceso disfémico.

Viktor E. Frankl⁽¹⁵⁾, explica un fenómeno similar a través de la intención paradójica, refiriéndose al hecho de que "la hiperintención estorba aquello que se desea". Paradójicamente los intentos del niño por hablar bien, aumentan el número de bloqueos.

Sintetizaremos la evolución posterior de la tartamudez, bajo los auspicios de la influencia interactiva de factores fisiológicos conductuales y cognitivos, que pueden favorecer, en grado variable, el establecimiento y mantenimiento del problema. La cada vez más clara "toma de conciencia" del patrón de tartamudeo va originando más ansiedad en el niño, incremento de la tensión electromiográfica de los músculos fonatorios y estrés ante circunstancias de dicción.

Llegados a este punto dejamos constancia de las opiniones de algunos autores como Friedman⁽⁶⁾ al definir que "la tartamudez es la desconfianza básica de una persona en su propia capacidad como hablante"; mientras que Bloch⁽¹³⁾ indica que la disfemia es todo aquello que el tartamudo hace por evitar la tartamudez y Santacreu⁽¹⁷⁾ precisa que llegamos a la instauración de la disfemia, cuando los niños ponen en marcha mecanismos para no tartamudear, incrementando el número de bloqueos. Santacreu refiere que entre estos mecanismos tendríamos el decir muchas palabras sin pararse, inspirar al hablar, hacer fuerza con los músculos fonatorios y/o tomar carrerilla repitiendo las sílabas o palabras anteriores a la anunciada e hipotética disfluencia.

En el establecimiento y mantenimiento del problema, no podemos dejar de reseñar, en posición interactiva, a las variables cognitivas. Así A. Rodríguez y Mark Beyebach⁽¹⁸⁾, refieren que el tartamudo elabora bajas metas de fluidez verbal, evitando determinadas situaciones y generando expectativas de ineficacia e incontrolabilidad sobre el habla, con un estilo de procesamiento selectivo.

Finalmente la tartamudez va extendiéndose, condicionándose y generalizándose, cada vez a más situaciones, como el teléfono, desconocidos, magnetófonos, instituciones oficiales, etc., así como a todo aquello que signifique responsabilidad en el habla y obligatoriedad en la comunicación.

Sheehan⁽¹⁹⁾ se aproxima a este último concepto cuando refiere que el tartamudo sólo tiene problemas, cuando teme comprometer su "sí mismo".

Cuando la tartamudez se ha consolidado claramente y ha llegado a los puntos especificados con anterioridad, requiere el tratamiento específico por un profesional especialista del lenguaje, que frecuentemente es costoso en tiempo y dedicación. Todo ello es mucho más sencillo si abordamos el fenómeno de la tartamudez en su origen y con ello entramos en la prevención secundaria de la tartamudez.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA TARTAMUDEZ

193

Uno de los factores prioritarios en cualquier acción de salud es el evitar que la enfermedad aparezca, poniendo los medios para que no se inicie (prevención primaria) o tratar de atajarlas en sus momentos iniciales (prevención secundaria).

Nuestro modelo propugna el intervenir cuando el problema se encuentra en sus momentos iniciales, a los que hemos denominado tartamudez del desarrollo, fisiológica o evolutiva.

Se trata de educar a los padres en un conjunto de pautas que implican conceptos como el modelado, la extinción y el refuerzo, favoreciendo su acción como coterapeutas según el modelo de competencia.

Uno de los objetivos más importantes es que el niño no adquiera conciencia del patrón de habla irregular, por lo que la información terapéutica se impartirá en ausencia del niño, aunque podemos modelar posteriormente la intervención en presencia de la familia.

Las pautas de actuación deberán ser conocidas por el entorno sociofamiliar de "adultos" próximo al chico, para evitar acciones contradictorias y se realizarán, concretamente, con niños con tartamudez evolutiva, menores de cinco años y sin clara conciencia de las disfluencias.

Las sesiones de seguimiento son importantes, para contrastar los resultados y atender a aquellos casos "mínimos" en los que la evolución no fuera positiva, quienes deberán ser atendidos por un profesional especialista. Debemos alentar a la familia para que sigan las pautas de actuación con tranquilidad, incluso ante las pequeñas recaídas, que sólo empiezan a ser preocupantes en niños con clara conciencia del tartamudeo y que siguen la evolución del establecimiento y mantenimiento de la disfemia, comentada en el apartado dedicado a etiología.

Comentaremos inicialmente lo que no debe hacer la familia y posteriormente aquello que sería deseable realizar.

Lo que debemos evitar

- Criticar su forma de hablar o castigarlo por no hacerlo correctamente.
- Interrumpirle cuando tiene disfluencias o terminarle las palabras.