

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA.

PASTOR PONS G.¹, RODES LLORET F.², ESTUDILLO MUSTAFA A.³, CARO SÁNCHEZ G.⁴

RESUMEN.

Los trastornos disociativos son cuadros que no aparecen con frecuencia en la práctica forense. Suelen ser secundarios a acontecimientos traumáticos, y lo que habitualmente se pide al médico forense es que valore el estado clínico del individuo, para determinar la existencia de posibles secuelas. Pero como cualquier otro trastorno mental, puede requerirse su estudio para valorar otras cuestiones médico legales como imputabilidad.

En este trabajo se hace un breve recordatorio del concepto del trastorno disociativo, así como de las distintas formas clínicas y se exponen cuatro casos, en los que se confirmó la existencia de este cuadro clínico.

PALABRAS CLAVE: abuso sexual, imputabilidad, secuela, trastorno disociativo.

INTRODUCCIÓN.

Los suicidios de escolares se siguen planteando aun hoy como enigmáticos y carentes de sentido. Sin embargo, la conducta suicida en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud mental, por su incremento y por su repercusión emocional.

Los datos epidemiológicos sobre las tasas de suicidio y las tentativas suicidas, si ya eran considerados como poco fiables en los adultos, aún lo son más en los grupos menores de edad, posiblemente por la dificultad de definir este acto en la infancia. Para la población USA en 1991, entre los 5-14 años, la incidencia fue de 0,7 por 100.000 habitantes/año, y en el rango entre 15-24 años, se registró una tasa de 13,1 por 100.000 habitantes/año, siendo mucho mayor para los varones (21,7 por 100.000

habitantes/año), frente a la de las mujeres (5 por 100.000 habitantes/año) (1). Los datos de la OMS para esas poblaciones, oscilan entre 0 y 1,1 por 100.000 habitantes/año para el rango de 5-14 años y entre 1,1 y 17,2 por 100.000 habitantes/año para el de 15-24 años (2).

En cuanto a su evolución, la tasa de suicidio en adolescentes se ha cuadruplicado desde 1950, del 2,5 al 11,2 por cada 100.000 adolescentes/año. El suicidio se convierte así, en el responsable del 12% de las muertes en la adolescencia (3). Este rápido ascenso se inició a finales de los 60, en 1969 era la cuarta causa de muerte, en 1974 pasó a ser la tercera causa y en 1977 la segunda (4,5).

Las tasas de intentos autolíticos también han aumentado en los últimos años; las tasas de prevalencia a lo largo de un año, oscilan entre el 1,7% y el 5,9% y las tasas de prevalencia de

1 Médico UVI móvil Emergencia Ciudad Real Psicóloga. Profesora Asociada de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

2 Médico Forense. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense del IML de Alicante Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández

3 Médico. UVI móvil Emergencia Ciudad Real

4 Médico. UVI móvil Emergencia Ciudad Real

vida, oscilan entre el 3,0% y un 7,1% (3). Se estima que la tasa en la población general escolarizada no psiquiátrica, es de 11% de los estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y del 15-18% de los universitarios (6). En nuestro país, Gastaminza (7), encuentra que el 18% de las tentativas de suicidio ocurre en menores de 12 años. De cada mil adolescentes, cuatro, hacen una tentativa suicida (3). La figura 1 recoge las causas de muerte por comunidades autónomas en jóvenes de 15 a 29 años en el año 2000 (8).

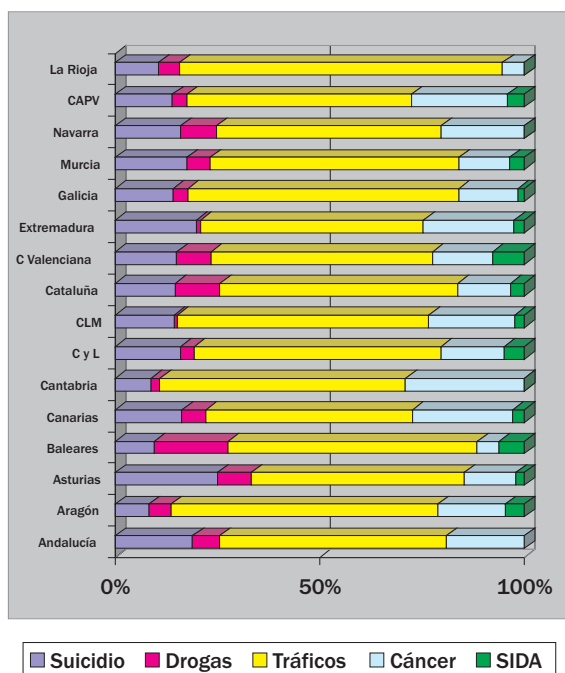


Figura 1: Causas de muerte por comunidades autónomas en jóvenes de 15 a 29 años. Año 2000.

Los métodos más empleados en los suicidios de niños y adolescentes en España, son la ingesta de medicamentos y el ahorcamiento (9), principalmente el primero, siendo en una proporción notablemente superior en los adolescentes (91%) que en los niños (44,4%) (7,10).

Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos, en el 66,6% de los casos; siendo tanto más violento

y traumático cuanto menor es su edad (4).

En Estados Unidos, los métodos difieren, allí, los más utilizados en el suicidio consumado son, primero, la utilización de armas de fuego, que comprende dos tercios de los casos de suicidio en varones, y la mitad de los casos en mujeres, y en segundo lugar, el método más habitual en varones, es la ahorcadura, que ocurre en cerca del 25% de los casos, y en las adolescentes mujeres, en un 25%, la ingesta de sustancias (3).

FACTORES DE RIESGO.

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en unas familias que en otras, debido a factores genéticos y medioambientales. El análisis muestra, que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar, que no necesariamente están presentes en todos los casos.

Es importante destacar también, que los factores y situaciones de riesgo, varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún, entre países vecinos.

Los factores que influyen en la conducta suicida son (11):

1. Factores culturales y sociodemográficos. El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo.

2. Patrones familiares y eventos negativos, durante la niñez.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y

desestabilizadores, que se encuentran, a menudo, en los niños y adolescentes suicidas son:

- Psicopatología de los padres (13) con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales.
- Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.
- Rigidez familiar (14).
- Familias adoptivas o afines.

Estos patrones familiares, muchas veces, pero no siempre, caracterizan las situaciones

de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere, que los jóvenes suicidas, a menudo, vienen de familias con más de un problema en el cual, los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres, y algunas veces, no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

3. Estilo cognitivo y personalidad.

Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada.

- Humor inestable, enojo o agresividad.
- Comportamiento antisocial.
- Conductas irreales, representación de fantasías.
- Alta impulsividad.
- Irritabilidad.
- Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
- Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.
- Inhabilidad para entender la realidad.
- Tendencia a vivir en un mundo ilusorio.
- Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización.
- Se defrauda fácilmente.

- Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
- Petulancia.
- Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres.
- Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual (15).
- Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

4. Patología psiquiátrica:

- *Trastornos afectivos.*

La depresión infantil es un problema psicológico complejo, y durante mucho tiempo ha sido ignorada, sobre todo, la depresión prepuberal. Existe la creencia popular de que los niños no sufren depresión, ni tienen preocupaciones serias, porque carecen de responsabilidades importantes, con el siguiente razonamiento falaz: "si yo no tuviera que pagar a Hacienda, llegar a fin de mes y enfrentarme a mi jefe cada mañana, sería feliz; mi hijo no tiene que hacer nada de eso, luego es feliz" (16). Este punto de vista ha sido apoyado por otros autores, incluyendo psicoanalistas y basándose en que, en la infancia, no está consolidado el yo, ni interiorizado el superyó y, por lo tanto, no sufre menoscabo su autoestima, ni aparecen sentimientos de culpabilidad (17). Será a partir de la década de los 70, cuando empiece a variar el estado de la cuestión, en concreto, a partir del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría (1971) (18).

Las características principales de la depresión infantil y juvenil son, por una parte, estado de ánimo irritable y/o disfórico, por otra, desmotivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Otras características son, alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, sobre todo por las mañanas, pobre autoconcepto, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, memoria y/o pensamiento, indecisión, ideas de muerte y/o suicidio o intentos de suicidio (17). Las jóvenes con tendencias depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es, en sí misma, un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Los pensamientos de muerte, la ideación suicida o la tentativa de suicidio se concretan en:

- Creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese.
- Pensamientos transitorios (1 o 2 min.), pero recurrentes (una o dos veces a la semana), sobre el hecho de suicidarse.
- Planes específicos para cometer suicidio.
- Tentativas de suicidio.

El trastorno repercute negativamente a nivel personal, familiar, escolar y/o social.

El DSM III ya consideró "que la sintomatología esencial de los trastornos afectivos (...) es la misma para los niños que para los adultos" (APA, 1980/1983) (19). Sin embargo hay que añadir que la naturaleza de las respuestas-problema y de las áreas afectadas varía con la edad.

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial, ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes (20,21). Diversos informes establecen, que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión, y pueden sufrir una enfermedad depresiva importante (22).

Los estudiantes de colegio que sufren depresión, a menudo presentan síntomas físicos cuando consultan al médico (23). A menudo se quejan de que tienen dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas (24). Los adolescentes pueden querer quitarse la vida sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin querer quitarse la vida.

- *Trastornos de ansiedad.*

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere, que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida.

Los síntomas psicósomáticos también están, a menudo, presentes en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

- *Abuso de alcohol y drogas.*

El consumo excesivo de drogas y alcohol, también es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto (25).

- *Trastornos alimentarios.*

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes, sufren anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran, que también los varones pueden sufrir trastornos en la conducta alimentaria (23,26).

- *Trastornos psicóticos.*

A pesar de que pocos niños y adolescentes sufren trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos maniacodepresivos, entre los afectados por estas patologías, el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

De todos modos, los aspectos del desarrollo influyen en la expresión de todos los síntomas. Por ejemplo, los niños pequeños tristes que presentan ideación suicida recurrente, son generalmente incapaces de sugerir un plan de suicidio realista o de llevar a cabo esa acción. La inmadurez cognoscitiva parece desempeñar un papel protector en la prevención. Por otro lado, el estado de ánimo de los niños, es especialmente vulnerable a las influencias de factores estresantes sociales

intensos, como desacuerdo familiar crónico, abuso y negligencia y fracaso escolar.

Junto a esto, habría que comentar, que la idea de la muerte entre los niños que intentan el suicidio y los que no, varía (4,11,27). Los niños con tentativas de suicidio tienen:

- Más miedo a su propia muerte y a la de sus familiares.
- Alto nivel de rechazo por la vida y atracción por la muerte.
- Bajo nivel de atracción por la vida y rechazo por la muerte.
- Fluctuaciones en su comprensión de la muerte, como proceso sin retorno, presentando en situaciones ansiosas la idea de la muerte como un proceso reversible.

En cuanto al resto de factores de riesgo, es muy frecuente la presencia de antecedentes de problemas escolares y caracteriales, de trastornos psiquiátricos en la familia y de conflictividad familiar (28,29). Se puede establecer, que los escolares que cometen actos suicidas viven inmersos en graves deficiencias en la relación padre-hijo o en su estructura caracterial; se trata de niños que no están en paz consigo mismos por miedo al castigo o a la desilusión de sus progenitores (30).

Pero habría que señalar como denominador común, la incapacidad para encontrar soluciones a los problemas y la falta de estrategias de afrontamiento o el uso de estrategias disfuncionales para manejar los factores estresantes inmediatos (28). Estas características son más comunes en la población de adolescentes con depresión que en la población normal.

Es relevante señalar también, que la mayoría de los intentos se realiza como un paso al acto sin elaboración previa y sin preparativo

alguno; también que, en una buena parte de ellos, no se concreta la presencia de un trastorno mental.

En cambio, existe una característica básica entre los adolescentes suicidas: la desesperanza, como deseo de escapar de algo que uno considera un problema insoluble sin posibilidad de alivio en el futuro (31).

Se ha intentado establecer una interpretación de las posibles causas últimas que llevan al adolescente a realizar su tentativa:

- Deseo de reunirse con alguien.
- Modo de intervención sobre el contexto vital
- Conducta agresiva contra alguien
- Para impedir una pérdida inminente
- Huida de una situación

IDEAS FALSAS DE LA CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL.

Gastaminza (4) nos aporta algunas ideas equivocadas en relación a factores de riesgo de la conducta suicida infanto-juvenil. Estas serían:

- El suicidio se ha considerado como una huída racional para la enfermedad física crónica o terminal. Esta concepción no se puede aceptar como factor de riesgo independiente y fuera del contexto de una depresión o abuso de tóxicos.
- Considerar que los jóvenes homosexuales y lesbianas presentan una alta tasa de suicidios.
- Entender que la conducta suicida en el joven responde a los numerosos agentes estresantes experimentados por el

adolescente en el proceso evolutivo normal de esta etapa de la vida.

- Aceptar que la comunicación de la ideación suicida, asegura la no ejecución de la conducta. Los pacientes psiquiátricos prepuberales ingresados que refieren ideas de suicidio, tienen un riesgo de intento de suicidio en los siguientes 10 años, cuatro veces superior al de la población general.

BIBLIOGRAFÍA.

1. National Center for Health Statistics. Advance report of final mortality Statistics 1991. En Monthly vital Statistics report 42(2) suppl. Hyattsville MD, Public health service 1993.
2. World Health Organization, 1991. World health Statistics annual. WHO. Ginebra 1992.
3. Kaplan, HI, Sadock BJ. Trastornos del estado de ánimo y suicidio. En Kaplan, HI, Sadock BJ editores. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Panamericana; 1999. p 1417-1425.
4. Gastaminza X, Vacas R, Ros S. La conducta suicida en la infancia y en la adolescencia. En Ros Montalbán S, editor. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1997. p. 179-196.
5. Murphy G.K. Sudden death in adolescents. Pediatrics 1978; 61:204-210.
6. Garrison C.Z. The study of suicidal behaviour in the schools. Suicide and life Threatening Behaviour 1989; 19:120-130.
7. Gastaminza X, Venteo P, Tomas J. "Las tentativas de suicidio en la infancia y en la adolescencia: aproximación paramétrico epidemiológica". Revista de Neuropsiquiatría infantil 1983; 2:123-155.
8. Comunidad autónoma del País Vasco. CAPV. Elaboración propia a partir de Encuesta de Defunciones según Causa de Muerte (INE). 2001.
9. Aizpiri Diaz J. Trastornos del comportamiento en el adolescente. En: Sociedad Española de Medicina General, editor. Manual de habilidades en Salud Mental para médicos generales. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003. p.87-102.
10. Jiménez JL, Soller AB, Sastre M. Intentos de suicidio en la infancia. Rev. Psiq. Inf 1991; 4: 273-278.
11. Alcántara Lapaz AG. Medios de comunicación y violencia y suicidio en la infancia y adolescencia. En: Rodes F. y Monera CE. editores. El niño vulnerable. Elche: Universidad Miguel Hernández; 1999. p. 231-250.
12. Shopenhauer A. Sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir. Madrid: Tecnos; 1999.
13. Freud S. Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte (1915). En obras completas, Vol 11. Ensayo XCIV. Barcelona: Orbis SA; 1988. p.2101-17.
14. Sarro B, De la Cruz C. Los suicidios. Biblioteca de psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
15. Pelicier Y. En torno a la historia del suicidio. Psicopatología, 1985; 5 (2):85-99.
16. Del Barrio V. Depresión infantil: Causas, evolución y tratamiento. Barcelona: Ariel; 1997.
17. Méndez F. X. Depresión en la infancia y adolescencia. Madrid: UNED-FUE; 1999.
18. Jiménez M. Depresión infantil: Aspectos clínicos. En Jiménez M. editor. Psicopatología infantil. Archidona, Málaga: Aljibe; 1995. p. 89-108.
19. American Psychiatry Association. 1980. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III. Washington, D.C.: Autor. Traducción: DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1983.
20. Lain Entralgo, P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1978.
21. Sarabia y Pardo J. El suicidio como enfermedad social. Madrid: Publicaciones de la Sociedad Española de Higiene; 1989.
22. Freud S. Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte (1915). En obras completas, Vol 11. Ensayo XCIV. Barcelona: Orbis SA; 1988. p.2101-17.
23. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal Universitaria; 1989.
24. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima edición. Tomo II. 1986.
25. Sarró B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. Rev Psiq Psicol. Med Eur Am Lat 1984; 16(8): 512-6.
26. López-García B, Hinojal-Fonseca R, Bobes-García J. El suicidio: aspectos conductuales, doctrinales, epistemológicos y juristas. Rev. Derecho Penal y Criminología 1993. p. 309-411.

27. Orbach I, Feshback S, Carlson G, Glaubman H, Gross Y. Attraction and repulsion by life death in suicidal and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:661-670.
28. Benito A, Aparicio M, Briones A. Síntomas de depresión en los adolescentes. Estrategias de solución de problemas y educación par la salud comunitaria. En Belloch A, Botella C, Sandín B, editores. *Revista de psicopatología y psicología clínica* 2000;1(Pt 5):1-11.
29. Mardomingo Sanz MJ, Catalina Zamora ML. Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil* 1993;1:42-49.
30. Urra Portillo J. *Adolescentes en conflicto*. Madrid: Pirámide; 1995.
31. Buendía J. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide; 1996.