





Causas del pensamiento suicida en la Infancia

D^a Ruth Fernández-Gamboa Fernández-Araoz. *Psiquiatra y directora del centro de psiquiatría y psicología "Dra. Ruth".*

El suicidio es definido por la OMS como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados."

Es frecuente realizar una distinción entre:

- **Conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.
- **Ideación suicida:** Pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un **continuum** que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio.

Un aspecto clave en la conducta suicida es su **intencionalidad** en la conducta, distinguiéndose:

- **Suicidio frustrado:** Existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, aunque algunas circunstancias previstas por el sujeto impiden la consumación de suicidio.
- **Conductas autolesivas:** lesiones autoinfligidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida de la persona. Este comportamiento es sin intencionalidad suicida.
- **Amenaza de suicidio:** Define las expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio pueden ir acompañadas de acciones par iniciar el suicidio.

Un término que se emplea con frecuencia es **contagio**, que se utiliza para definir aquellos suicidios que ocurren en breve espacio de tiempo en un sector determinado, generalmente en una comunidad o escuela.

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un gran problema de salud pública. El aumento de las tasas de suicidio se está produciendo entre los

jóvenes de 15 a 24 años de edad, sobre todo en varones, situándolo como una de las tres causas de muerte más frecuente en este grupo de edad. En la infancia es un hecho excepcional en menores de 15 años.

Los intentos de suicidio son más frecuentes en el sexo femenino y en adolescentes se realizan de forma más impulsiva.

Factores de riesgo

Se desconoce el peso de cada uno de los factores de riesgo por separado y las interacciones que pueden establecerse entre sí; hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan.

1. **Depresión:** Los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y es la patología más prevalente. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas, y esto influye tanto en la ideación como en la intencionalidad suicida.

2. **Otros trastornos mentales:** Cerca del 60% de niños y del 90% de adolescentes con conducta suicida presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado. Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente que haya varios trastornos asociados y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio.
3. **Factores psicológicos:** Se han observado algunas variables relacionadas con el intento de suicidio como son la rigidez cognitiva y el déficit de habilidades en resolución de problemas. También se han identificado la impulsividad, el neuroticismo y la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida.
4. **Intento de suicidio previo:** Es uno de los factores de riesgo más importantes en varones, hay estudios que manifiestan que el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio ha cometido al menos un intento previo.
5. **Edad:** Aumenta en la adolescencia asociada a la presencia de comorbilidad sobre todo con los trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos.
6. **Sexo:** En general los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino y el suicidio es más común en hombres. En niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta. La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en más de la mitad de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas, y esto influye tanto en la ideación como en la intencionalidad suicida. Sin embargo cerca del 60% de niños y del 90% de los adolescentes con conducta suicida, presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado. Lo que más se ha relacionado son los trastornos afectivos, aunque también la conducta antisocial o el abuso de sustancias.
7. **Factores genéticos y biológicos:** La ideación suicida también tiene un gran componente biológico, lo que hace tan efectivos algunos antidepresivos para reducirla o eliminarla.
8. **Factores familiares y contextuales:** Encontramos que vivir apartado de los padres se ha asociado con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. El rendimiento académico bajo también ha sido asociado a ideación suicida, así como tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar. Por su parte, se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales, así como las dificultades sentimentales (sobre todo en mujeres adolescentes). Otros factores de riesgo a destacar son el maltrato físico o abuso sexual o el acoso por parte de iguales. Encontramos que el diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida.

Como factores precipitantes podemos destacar los siguientes:

- Los acontecimientos vitales estresantes a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica.
- Crisis con los padres.
- Factores psicológicos/personales.
- Conflictos familiares.
- Problemas con el grupo de pares o iguales.
- Dificultades escolares.
- De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales.

Factores protectores, identificando los siguientes:

- Cohesión familiar y con el grupo de iguales.

- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio.
- Sexo femenino.
- Creencias religiosas.
- Habilidad para estructurar razones para vivir.
- Nivel educativo.
- Locus de control interno.
- Autoestima.
- Inteligencia.
- Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones.

Aspectos fundamentales del tratamiento

Una vez que el niño o adolescente ha realizado un intento de suicidio se debe contactar con el sistema sanitario con carácter urgente y realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial, valorando la gravedad médica del intento, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza. También es importante diferenciar entre las autolesiones

que se producen de forma impulsiva, de aquellas de alta letalidad y planificación así como la existencia o no de arrepentimiento posterior. Se debe obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente.

Se recomendará al dar el alta al paciente de urgencias que siempre haya en casa un acompañante y si se pauta tratamiento farmacológico que se lo deben administrar los familiares, informándoles que deben vigilar el efecto desinhibidor de la conducta que pueden producir los antidepresivos al inicio, sin que se haya producido una mejoría del estado de ánimo; de igual modo hay que asegurarse que el paciente no tenga acceso a dicho tratamiento ni a otros tóxicos (como productos de limpieza), ni que tenga al alcance armas de fuego.

El tratamiento debe ser biopsicosocial y multidisciplinar, de modo que participen psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales con seguimientos periódicos en unidades de salud mental infanto juvenil.

Dentro de las terapias psicológicas, las que mayor eficacia han tenido son las que incluyen técnicas cognitivo conductuales y sus variantes como la terapia dialéctica conductual que enseñen al paciente a identificar sus problemas

Guía para Familias

y a poder resolverlos, siendo muy importante que exista una buena alianza terapéutica entre el paciente y terapeuta. La prevención del suicidio es una prioridad, y se ha establecido a nivel europeo una serie de directrices con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo. Los

principales métodos de prevención son intervenciones en el ambiente escolar, realizar un diagnóstico precoz en pacientes con trastornos mentales y un adecuado tratamiento de la información sobre suicidio por parte de los medios de comunicación, así como el entrenamiento de los médicos de familia

y pediatras en la detección de trastornos del ánimo en niños y adolescentes. Tras un suicidio consumado es muy importante realizar intervenciones para apoyar y orientar a familiares y amigos de la víctima.