

Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes

Marcela Larraguibel Q.¹, Patricia González M.¹,
Vania Martínez N.¹, Ricardo Valenzuela G.¹

Resumen

El objetivo de este artículo es revisar en la literatura científica los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes y de esta manera contribuir a la mejor delimitación de grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos. El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad. Los análisis seculares apoyan la hipótesis que existe un verdadero incremento de este fenómeno, desde 1950 a la fecha, entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el periodo observado. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. El género y la edad aparecen como factores de riesgo relevantes. Los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo per se. La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida. (Palabras clave: suicidio, intento suicida, niños, adolescentes, factores de riesgo.)

Risk factors of suicidal conduct in children and adolescents

The objective of this article was to review the scientific literature about the risk factors associated with attempted suicide in children and adolescents, in order to delimit with accuracy the risk groups and to be helpful for the prevention and treatment of young people. Suicide is the second or third leading cause of death in people aged 15-19 years. Secular tendency analysis supports the hypothesis of a real increase of this phenomenon since 1950 in teenagers and young adults both in Europe and North America. In Chile, data provided by the Information Department of the Health Ministry showed a gradual increase in the general suicide rate between 1986 and 1996 (except 1992-93). In adolescents suicide rates had shown a tendency toward stabilization. Determining

1. Departamento de Psiquiatría, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Trabajo recibido el 7 de octubre de 1999, devuelto para corregir el 18 de abril de 2000, segunda versión el 25 de mayo de 2000, aceptado para publicación el 15 de junio de 2000.

suicide prevalence is difficult and there is a consensus that attempted suicides are 10-50 times more common than suicide. Follow up studies in teenagers that attempted suicide demonstrated that 10% of these commit suicide in the next ten years. Age and gender are the most important risk factors, males commit suicide more frequently and women are more prone to present other suicidal behaviours. The incidence of suicide increases with age, before the age of 15 it is a rare event. Psychopathology is present in most children and adolescents with suicidal behaviour. Psychiatric disorders such as mood disorders, especially major depressive illness, substance abuse and anti-social behaviour are common. Anxiety in a persistent suicidal ideation context rather than a causal agent or risk factor per se may exert an amplifying or maintaining role. There is clear evidence that familiar adversity contributes to an increased suicide risk, lack of warmth in family relationships, lack of communication with parents and general family dysfunction are frequently associated with suicidal behaviour. Accurate referral of these patients to the Mental Health Services, assessment familiar and development of effective treatment strategies have shown to be useful in reducing suicidal behaviour in teenagers.

(Key words: suicidal behaviour, attempted suicide, children, adolescents, risk factors).

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana¹. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA², y es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años³. Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida.

Diversos autores han postulado diferentes hipótesis para la explicación de este fenómeno; algunos han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad⁴, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida^{5, 6}. Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas⁷.

En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Mi-

nisterio de Salud⁸ desde 1986 a 1996, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el periodo observado, aunque con un leve aumento en los últimos dos años estudiados. En 1996 la tasa de suicidio en la población general fue de 6,35 y de 2,87 para la población adolescente.

El principal problema de este tipo de estudios es la fidelidad de las cifras oficiales. El tipo de error más frecuente guarda relación con el reconocimiento, adjudicación y registro del suicidio como causa de muerte. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales, muestreos que incluyen solo consulta satisfecha y en muchas ocasiones la información se encuentra dispersa entre los servicios de pediatría y de adultos. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios⁹.

De una muestra de 1 200 alumnos de enseñanza media de la Comuna de Concepción¹⁰, 171 adolescentes reconocieron haber intentado suicidarse a lo largo de su vida, de ellos 71,9% era de sexo femenino y 28,1% de sexo masculino. En el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires se efectuó un estudio en una muestra de 304 varones de 18 años en 1994. Se detectó que 12,6% había tenido en el último mes ideas persistentes de suicidio, 0,98%

había realizado un intento definido de suicidio y 0,33% con lesiones autoprovocadas graves¹¹. En Inglaterra y Gales ha sido estimado que aproximadamente 19 000 individuos, entre 10 y 19 años de edad, son derivados a centros hospitalarios cada año por intoxicación medicamentosa o lesiones autointligidas¹². En los Estados Unidos, el Center for Disease Control (1991) estimó que alrededor de 300 mil estudiantes de enseñanza superior realizaron un intento de suicidio serio en 1990¹³.

El riesgo de repetición del intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es particularmente alto en los jóvenes. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. Solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda¹¹.

El objetivo de este artículo es revisar en la literatura científica los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, y contribuir de esta manera a la mejor delimitación de grupos de riesgo, para así intervenir en la prevención y tratamiento de estos.

En la pasada década un gran número de autores han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Un amplio rango de factores han sido ligados a la conducta suicida en este grupo etario. A continuación describiremos los más relevantes.

Género

Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas¹⁴. En una investigación de Kotila y Lonqvist (1989)¹⁵ la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue 4 veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue 7 veces más alta.

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres¹⁶;

en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

Edad

La suicidabilidad aumenta con la edad¹⁷, el suicidio antes de los 15 años es inusual. Shaffer (1974)¹⁸ publicó un artículo de 30 casos de suicidio completado entre 12 y 14 años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria. Thompson, en 1987¹⁹, estudió 19 niños y adolescentes menores de 15 años con suicidio completado; en ellos encontró mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores. Hoberman y Garfinkel, en 1988²⁰, estudiaron 21 casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio completado, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los 10 a 15 años de edad.

Groholt publicó recientemente (1998)²¹ un estudio comparativo entre niños menores de 15 años ($n = 14$) con adolescentes entre 15 y 19 años de edad que cometieron suicidio ($N = 115$) y un grupo control ($n = 889$). Los resultados muestran que los niños y adolescentes tempranos, comparados con los adolescentes tardíos suicidas, más frecuentemente usaron el ahorcamiento como método (93% vs 35%), la ideación suicida (7% vs 39%) y eventos precipitantes (29% vs 49%) fueron descritos menos frecuentemente en los primeros y los adolescentes mayores tenían más trastornos psiquiátricos (77% vs 43%). Comparados con los controles, los factores de riesgo de suicidio para los dos grupos estudiados fueron: trastornos del ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos. Ellos concluyeron que los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes.

Estos resultados nos hacen plantear la interrogante de por qué pocos jóvenes entre 10 y 14 años cometen suicidio, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años de edad⁷. Tres probables explicaciones se pueden sugerir a partir de los hallazgos: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Los hallazgos de Shaffer¹⁸, recientemente descritos, apoyan esta hipótesis, en el sentido que los niños y adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

Disfunción familiar

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida^{22, 23}. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida²⁴. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental. En relación a este tema, Gould (1998)²⁵ realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en

las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.

En un estudio realizado por Beautrais²⁶ se muestra una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional durante la infancia, no estuvo asociado con riesgo de intento de suicidio.

McKeown³ realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los intentadores de suicidio y que el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

Durante 1998 los autores de este artículo evaluaron 22 pacientes intentadores de suicidio (17 mujeres y 5 hombres), cuyas edades fluctuaron entre 9 y 18 años ($15,1 \pm 2,3$ años), de nivel socioeconómico medio y medio bajo referidos de la Unidad de Salud Mental del Hospital Exequiel González Cortés. El estudio de la familia realizado a través de la aplicación del Eje V-Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas mostró como variables asociadas relevantes: relaciones familiares anormales, falta de calidez en relaciones padre-hijo, discordia intrafamiliar entre mayores de 16 años, comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada, sobreprotección parental, familia aislada y pérdida de una relación de amor (datos aún no publicados).

Estos resultados y los estudios antes mencionados, claramente nos señalan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño y adolescente con conducta suicida, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

Depresión

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida^{5, 6, 27}. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta²⁸, aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas. Es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución independiente al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales.

En la literatura fue publicado por Hollis en 1996¹⁴ un artículo en relación a este tema. Su objetivo fue evaluar la influencia de las dificultades en las relaciones familiares, con y sin el efecto de la depresión en el riesgo de la conducta suicida del adolescen-

te. El estudio fue basado en los datos clínicos obtenidos de niños y adolescentes que fueron atendidos en Maudsley Hospital en Inglaterra durante 1970 y 1980. Doscientos ochenta y cuatro pacientes de $13,9 \pm 2,6$ años con conducta suicida, definida como ideas suicidas, intento o amenaza, fueron comparados con 3 054 controles no suicidas (promedio de edad $10,4 \pm 4,3$ años), usando análisis de regresión logística, controlando edad y sexo. Los resultados muestran que las siguientes variables fueron independientemente asociadas con conducta suicida: trastorno depresivo, discordia familiar, relación hostil madre-hijo (o padre-hijo) y falta de calidez en las relaciones familiares (rechazo, falta de interés, reacción de irritación parental y ausencia de *confort* físico suficiente). Los resultados que surgen desde el análisis por separado de los casos depresivos y los no depresivos sugieren que los síntomas conductuales y el género femenino solamente están asociados con un aumento en el riesgo de la conducta suicida en los casos no depresivos. En los adolescentes depresivos la discordia familiar fue la única variable que se encontró asociada independientemente con la conducta suicida.

De estos resultados se puede concluir que aunque la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo.

Problemas conductuales

Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio^{5, 15, 22}.

Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio²⁸. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, etc.²⁹.

Apter (1995)³⁰ estudió 163 adolescentes hospitalizados, distinguiendo dos tipos de conducta suicida: a) tipo internalizado, asociado con severa depresión y aparentemente en jóvenes con depresión mayor o anorexia nerviosa, y b) tipo externalizado, manifestado por violencia en jóvenes con trastorno de conducta. Cuando se asocian los dos trastornos, depresión mayor y trastorno de conducta, aumenta el riesgo de que el suicidio sea completado.

Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsivo, que vienen de familias que evidencian bajos niveles de cohesión. Ellos pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias.

Pfeffer, en 1994³¹, estudió 488 parientes de primer grado y 1 062 parientes de segundo grado de 25 niños hospitalizados que reportaron intento de suicidio, 28 niños que completaron el suicidio, 16 pacientes hospitalizados por algún trastorno psiquiátrico que no fuera suicidio y 54 niños normales, entre 8 y 13 años de edad; sus resultados muestran que los niños que realizaron intento de suicidio tenían significativamente mayores tasas de parientes de primer grado, principalmente sus propias madres, que reportaron intentos de suicidio. Además, tenían significativamente más parientes de primer grado con trastornos de personalidad antisocial, que los parientes de primer grado de pacientes no suicidas y niños normales. La mayoría de los parientes de primer grado de los niños intentadores de suicidio, comparados con los de niños normales, tenían historias de conducta de asaltos y abuso de sustancias. Por otra parte, la mayoría de los parientes de primer grado de niños que completaron su intento de suicidio tenían parientes de primer grado con trastorno de conducta antisocial y abuso de sustancias comparados con pacientes no suicidas. Estos resultados concuerdan con los de Garrison (1993)³², que en una muestra de 3 764 estudiantes de secundaria, pertenecientes a las escuelas públicas de California, encontró que la conducta agresiva se asocia con conducta suicida (pensamiento, planeamiento o intento de suicidio durante el año previo al estudio), sugiriendo que tanto la conducta suicida como la agresión son manifestaciones de un pobre control de impulsos.

En una línea más psicopatológica, Brent³³, en 1993, comparó 37 pacientes hospitalizados intentadores de suicidio (edad: $16,2 \pm 1,8$ años) con 29 controles psiquiátricos no suicidas hospitalizados ($15,7 \pm 1,7$ años). Los intentadores, comparados con los controles, mostraron más trastorno de personalidad o rasgo, particularmente del tipo trastorno *borderline*. No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la historia retrospectiva de agresión, conductas de asalto o tendencia a una agresión impulsiva. Los intentadores con trastorno de personalidad tenían más probabilidad de tener intentos previos.

La conducta agresiva también se ha vinculado con la repetición del intento, la que a su vez se asocia con suicidio completado³⁴. Un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con solo 1% entre pacientes con un solo intento (Kotila y Lonnqvist, 1987)³⁵. En esta línea, Stein (1998)³⁶ comparó 32 adolescentes israelitas hospitalizados por su primer intento de suicidio con 19 adolescentes hospitalizados que habían realizado 5 o más intentos de suicidio. Se les evaluó ansiedad, depresión, agresión e impulsividad. Los resultados muestran que ambos grupos presentan altos niveles de depresión y ansiedad, pero que los intentadores de suicidio múltiples tienen mayores niveles de agresión. En base a estos resultados podemos plantear como hipótesis que altos niveles de agresión en pacientes severamente deprimidos pueden aumentar significativamente el riesgo de recidiva.

Estos resultados nos orientan claramente hacia algunas medidas preventivas, como que la derivación oportuna y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy eficaces en reducir las conductas suicidas.

Ansiedad

Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos³⁷. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: Taylor y Stansfield (1984)²³ encontraron que los intentadores de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% vs 22%), aunque esta diferencia no fue significativa; otro estudio

(Kosky y cols., 1986)³⁸ muestra que los ideadores suicidas deprimidos (de los cuales 39% tenían ya un intento de suicidio) manifestaron altos niveles de ansiedad (76,4%), pero estos niveles no fueron significativamente diferentes de adolescentes depresivos no suicidas; y Bettes y Walker (1986)³⁹ estudiaron una amplia muestra de adolescentes consultantes, hospitalizados y ambulatorios, y sus resultados muestran que los varones que expresaban pensamientos suicidas en ausencia de actos, eran más ansiosos que los intentadores de suicidio. Los autores interpretan estos hallazgos sugiriendo que el intento de suicidio en los varones reduce síntomas, disminuyendo de esta manera la ansiedad después del acto. Consistente con esto, Andrews y Lewinsohn (1992)¹⁵ encontraron una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombres, pero no en mujeres, en una amplia muestra comunitaria de adolescentes.

La mayoría de las investigaciones estudia la ansiedad como estado, es decir, como un trastorno que aparece en un determinado tiempo en la vida del individuo. Pero si esta es significativamente reducida después de un intento de suicidio, ¿qué ocurre con la ansiedad medida como rasgo, es decir, aquella inserta en la personalidad del individuo? Además, idealmente, los factores de riesgo usados para propósitos predictivos deberían ser estables. En relación a este tema Ohring y cols. (1996)⁴⁰ estudiaron 46 adolescentes israelitas entre 12 a 19 años de edad que se encontraban hospitalizados después de un intento de suicidio; ellos se compararon con 72 pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalizados que no tenían historia de intento de suicidio. Los resultados muestran que los intentadores de suicidio presentaron significativamente mayores niveles de ansiedad como estado y como rasgo. Por otra parte, cuando la depresión fue controlada, los intentadores no difirieron en su nivel de ansiedad como estado de los no intentadores, pero ellos aún manifestaron significativamente mayores niveles de ansiedad como rasgo que los no intentadores. En relación al género no hubo diferencias significativas. Estos resultados son consistentes con un estudio anterior realizado por De Wilde y cols. (1993)⁴¹ que muestra que adolescentes intentadores de suicidio exhibieron significativamente mayores niveles de ansiedad

como rasgo que una muestra de pacientes hospitalizados no intentadores. De esto se puede deducir que solo la ansiedad como rasgo parece ser relativamente independiente de la depresión como factor de riesgo en la conducta suicida.

Algunos autores postulan que la presencia de ansiedad identifica un subtipo de ideación suicida infantil. En esta línea, Allan (1998)⁴² estudió una muestra de 27 niños con ideación suicida hospitalizados, entre 8 a 11 años de edad, que fueron divididos en dos grupos, con alta y baja ansiedad. Los resultados muestran que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos, experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente. Además, los padres de los niños con altos niveles de ansiedad reportaron más síntomas obsesivos compulsivos y ansiosos, así como mayor hostilidad que los padres de niños con baja ansiedad.

En base a estos estudios podemos plantear que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida.

Al revisar los factores de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, se ha demostrado que los padres son informantes inexactos de la psicopatología de sus hijos, tendiendo habitualmente a minimizarla o negarla⁴³. Esto implica que el monitoreo continuo de indicadores de riesgo por parte de los médicos puede tener un importante impacto preventivo.

En un intento de integrar los hallazgos recientemente revisados podemos destacar que las desventajas sociales, disyunción familiar y morbilidad psiquiátrica son factores de riesgo para la conducta suicida. Los niños y adolescentes que presentan conducta suicida generalmente se caracterizan por escaso cuidado parental y circunstancias familiares adversas, presentan más frecuentemente trastorno depresivo, abuso de alcohol o drogas y/o exhiben conductas antisociales. Todo esto los lleva a limitadas oportunidades en la vida.

El desarrollar tratamientos efectivos y estrategias de manejo en gente joven con mor-

bilidad psiquiátrica puede ser muy efectivo en reducir las conductas suicidas. Al mismo tiempo, es necesario evaluar psiquiátricamente la familia, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo en la conducta suicida son retrospectivos en cuanto a la colección de los datos, lo que hace muy difícil concluir relaciones causa-efecto a partir de los resultados. Claramente, son necesarios más estudios prospectivos para dilucidar procesos causales y de esta manera delinear intervenciones clínicas específicas.

REFERENCIAS

1. *Dijkstra RFW*: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 371 (Suppl): 9-20.
2. *Larzelere RE, Smith GL, Batenhorst LM, Kelly DB*: Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 166-72.
3. *McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson K, Addy C*: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 612-9.
4. *Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE*: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-39.
5. *Brent DA, Perper JA, Moritz G*: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 521-9.
6. *Shaffer D, Gould MS, Fisher P*: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
7. *Berman AL, Jobes DA*: Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25: 143-54.
8. *Minoletti A, López C*: Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental 1999.
9. *Lolas F, Verdugo S, Castellón C*: Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1988; 26: 12-25.
10. *Salvo L, Riosco P, Salvo S*: Intento de suicidio en adolescentes. *Revista de Psiquiatría* 1998; 1: 30-4.
11. *Serfaty E*: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-10.
12. *Hawton K, Fagg J*: Deliberate self-poisoning and self injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-1989. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 816-23.
13. *Hollis C*: Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 622-30.
14. *Andrews JA, Lewinsohn PM*: Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62.
15. *Kotila L, Lonnqvist L*: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9.
16. *Retamal P, Reszczynski C, Orto M, Ojeda Y, Medina P*: Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49.
17. *Peterson B, Zhang H, Santa Lucía R, King R, Lewis M*: Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1162-73.
18. *Shaffer D*: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91.
19. *Thompson TR*: Childhood and adolescent suicide in Manitoba. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 264-9.
20. *Hoberman HM, Garfinkel BD*: Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 689-95.
21. *Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T*: Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.
22. *Fergusson DM, Lynskey MT*: Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22.
23. *Taylor EA, Stansfeld SA*: Children who poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 127-35.
24. *Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G*: Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989; 9: 335-63.
25. *Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R*: Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62.
26. *Beautrais A, Joyce P, Mulder R*: Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1174-82.
27. *Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A*: Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.
28. *Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A*: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1061-4.
29. *Woods E, Lin Y, Middleman A, Beckford P, Chase L, DuRant R*: The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-6.
30. *Apter A, Gothelf D, Orbach Y, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D, Tyano S*: Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8.
31. *Pfeffer C, Normandin L, Kakuma T*: Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97.
32. *Garrison C, McKeown R, Valois R, Vincent M*: Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.

33. Brent DA, Johnson B, Bartle S, et al: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 69-75.
34. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman PD: Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-87.
35. Kotila L, Lonnqvist L: Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 386-93.
36. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G: Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 488-94.
37. Massion AO, Warshaw MG, Keller MB: Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-7.
38. Kosky R, Silburn S, Zubrick SR: Symptomatic depression and suicidal ideation: a comparative study with 628 children. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 523-8.
39. Bettes B, Walker E: Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 1986; 14: 591-604.
40. Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R: State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 154-7.
41. De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG: The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9.
42. Allan W, Kashani J, Dahlmeter J, Beck N, Reid J: Anxious suicidality: a new subtype of childhood suicide ideation? *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 251-60.
43. Weissman MM, Wickramaratne P, Eaner V, John K, Prusoff BA, Merikangas KR: Assessing psychiatric disorders in children: discrepancies between mother's and children's reports. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 747-53.