



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

DEPRESION Y SUICIDIO INFANTIL

Aquilino Polaino Lorente

Catedrático de Psicopatología.  
Universidad Complutense de Madrid.

## 1.- APROXIMACION CONCEPTUAL

Según el "Oxford English Dictionary", la primera vez que se empleó el término de suicidio fue en 1651 por Walter Charleton, aunque, según parece ( Alvarez, 1972 ), el término fue empleado con anterioridad por Tomás Wroune en su "Religio Medici" (1642). Roberto Burton en su "Anatomía de la melancolía" no emplea este concepto, pero sí describe su significado como violencia contra uno mismo, arrojarse a sí mismo o colgarse a sí mismo.

Durkheim (1897) formula su definición del modo siguiente: "El término suicidio se aplica a todos los casos de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la víctima contra sí misma, con conocimiento del resultado que sigue a ese acto". La definición de Durkheim, a pesar de su claridad, deja una cierta opacidad en aquellos casos en que la muerte se produce como consecuencia de ayudar a otra persona, es decir, en aquellos casos en que se puede hablar de sacrificio. De aquí que algún autor ( Halbwachs, 1930 ) modificara la definición de Durkheim, recogiendo esa salvedad.

A pesar de esa modificación, la definición postulada por el sociólogo no discrimina bien entre las personas que padecen alteraciones mentales y las que no las padecen. Acaso por eso, los médicos muy pronto trataron de matizar todavía más este concepto. Achille-Delmas, en su libro "Psicopatología del suicidio" (1932),

propone la siguiente definición: "Suicidio es el acto por el que un hombre totalmente competente se mata a sí mismo; él es capaz de vivir pero elige sin ninguna obligación la muerte".

Con el anterior concepto se diferencia bien a las personas que se quitan la vida, sin tener ninguna obligación moral de hacerlo y sin que padezcan ningún trastorno psicopatológico, de aquellas otras que o bien padecen un trastorno mental o bien ofrecen su vida por una justa causa que así lo exija. Ahora bien, con esta definición probablemente llegaríamos a excluir entre el 10 % y el 6 % de los suicidios, pues como más adelante observaremos, muchos autores sostienen la ocurrencia de un trastorno psicopatológico frecuente entre las personas que se suicidan.

Deshais, en su libro "Psicología del suicidio" (1947), llega a otra propuesta para tratar de salvaguardar el estado normal de la conciencia del suicida y para garantizar la validez de ese acto, se tome éste como medio o como fin. El autor propone la siguiente definición: "Definimos al suicidio como el acto de matarse a sí mismo de modo habitualmente consciente, tomando la muerte como un medio o como un fin". Con esta definición no se discrimina bien entre los actos realmente suicidas de los intentos suicidas.

Desde el punto de vista médico-legal, el énfasis se ha puesto en la intencionalidad del acto, hasta el

punto de ser este criterio el que sirve para distinguir entre las distintas formas de muerte recogidas en la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades ( natural, accidental, homicidio, suicida e indeterminada; International Classification of Diseases, octava revisión, 1968 ).

A pesar de ser muy infrecuente el comportamiento suicida por debajo de los 10 años de edad, hay evidencia más que suficiente de que el suicidio también afecta a estos grupos de edad ( Haider, 1968; Alexandroovicz, 1975; Toolan, 1975 ).

Algunos autores sostienen que la dinámica del suicidio infantil es idéntica a la que acontece en el adulto, al consistir principalmente en la internalización de la angustia en forma de sentimiento de culpa, deseo de reunirse con un familiar que ha muerto, pérdida de uno de los padres, conflictos internos, sentimientos de aislamiento y rechazo familiar ( Schrut, 1964; Greer, 1966; Sabbath, 1969; Jacobs, 1971; Toolan, 1975 ). Estos factores han sido también descritos en la dinámica del comportamiento suicida de los adultos ( Lester, 1968; Richman, 1969; Rosenbaum y col., 1970 ). No obstante, identificar el suicidio infantil con el de los adultos, por el sólo hecho de que existan factores coincidentes en unos y otros, significa quedarse fuera de la comprensión del acto suicida, por cuanto que hay otros muchos factores

concurrentes que son discrepantes entre una y otra forma de comportamientos suicida.

Además, dadas las características específicas de la edad infantil, conviene ampliar la definición de suicidio de manera que se incluyan en ella tanto los intentos de suicidio como la conducta suicida que consigue poner fin a la vida. Entre otras cosas porque, en primer lugar, en los niños y adolescentes los intentos suicidas son mucho más frecuentes que el suicidio, y porque, en segundo lugar, muchos intentos suicidas devienen en suicidios reales, sin que los investigadores puedan arbitrar ningún procedimiento para distinguir a éstos de aquellos. Nada de particular tiene que se incluyan hoy en esta definición incluso los pensamientos suicidas, puesto que, como se ha demostrado, hay una estrecha correlación entre este tipo de cogniciones y el comportamiento suicida. Pfeffer (1979) ha propuesto como definición del comportamiento suicida infantil la siguiente: "El comportamiento suicida en los niños puede ser definido como los pensamientos y/o acciones que de llevarse a cabo pueden producir la muerte o graves lesiones". Baechler (1979) incorpora a la definición la dimensión conductual, además de hacer intervenir a los problemas existenciales, por considerarlos constitutivos esenciales del acto suicida.

En opinión de este autor, el suicidio denota toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema

existencial, pero haciendo un atentado a la vida del sujeto. En esta definición se subraya el aspecto conductual ( que es un excelente modo de formularlo ), así como los problemas existenciales ( sean éstos internos o externos, reales o imaginarios ), condiciones que jamás están ausentes del comportamiento suicida.

Bajo esta perspectiva se ha reformulado el concepto de suicidio, dando una mayor relevancia a la dimensión comportamental.

La conducta suicida no es un acto momentáneo, ni siempre impulsivo e irracional, sino un comportamiento complejo que afecta a la totalidad del ser humano ( Farberow y col., 1965; Tabacknick y col., 1965 ). La conducta suicida implica un conjunto de actitudes frente a la vida, a la vez que las actitudes que se tengan ante la muerte pueden ayudar a la comprensión y a la explicación del comportamiento psicológico de la persona que se suicida.

Orbach (1981) distingue por eso entre acto suicida y conducta suicida. El primero puede ser o no impulsivo y se dirige directamente hacia la autodestrucción; la segunda, en cambio, hay que entenderla como el resultado de un proceso psicológico complejo y dependiente del juego dinámico de una constelación de factores, entre los que especialmente hay que distinguir las cogniciones, las motivaciones y las experiencias emotivas. La conducta autodestructiva hay que entenderla, así pues, como una

tendencia motivacional que se desarrolla en el tiempo ( Adams y cols., 1973 ), además de como un proceso que reductivamente puede esquematizarse en dos bloques de fuerzas en oposición ( Sheidman, 1974 ). El suicidio en los niños no es frecuentemente una mera solución a un problema específico ( un acto impulsivo ), sino la consecuencia de una particular organización de la personalidad en la que interviene una constelación multifactorial.

Orbach (1981) ha sistematizado este conflicto actitudinal, del que deriva el comportamiento suicida, en cuatro dimensiones energéticas, en cada una de las cuales intervienen factores cognitivos, emocionales y motivacionales concernientes a la vida y a la muerte. Con esta conceptualización se pretende la cuantificación de la intensidad de esas dimensiones, de manera que puedan generar una cierta eficacia predictiva.

Las cuatro dimensiones postuladas por Orbach son las siguientes: atracción por la vida ( que está determinada por la autoestima, satisfacción de las relaciones sociales, ausencia de patología, etc., y que constituye una fuerza motivacional positiva para seguir viviendo ), repulsión a la vida ( que está determinada por las experiencias de sufrimiento, de rechazo, de las demandas sociales, pérdida de los padres o de algún familiar, identificación con algún familiar suicida, etc., y que constituye una fuerza motivacional negativa contra



la vida ), atracción por la muerte ( que está determinada por las creencias religiosas, los valores culturales, las distorsiones cognitivas y las fantasías respecto de la muerte, etc., y que puede constituir una fuerza motivacional positiva hacia la autodestrucción ), y repulsión a la muerte ( que está determinada por los sentimientos de culpa, el miedo a la soledad y al castigo, ansiedad ante la muerte, percepción de la muerte como algo irreversible e irrevocable, etc., y que puede constituir una barrera motivacional contra las conductas autodestructivas ).

La conducta suicida es considerada así como la función-resultado de una especial constelación multidimensional de fuerzas enfrentadas que operan simultáneamente en el sujeto.

Aunque no se dispone de evidencias que sirvan para la confirmación del modelo propuesto, este diseño, no obstante, supone un cierto continuismo con los modelos conductuales y cognitivos del suicidio y la depresión. De hecho, las personas que intentan el suicidio muestran casi siempre un conflicto entre el deseo de vivir y el deseo de morir, coexistiendo en estas personas esos dos bloques motivacionales. Por otra parte, como se ha probado, personas con un fuerte deseo de morir y un débil deseo de vivir son las que más intensa y frecuentemente intentan el suicidio ( Kovacs & Beck, 1977 ).

En realidad, en esta propuesta de Orbach se ha desplazado el acento en el fenómeno del suicidio sobre los aspectos comportamentales. Esta propuesta conductual tiene un largo pasado. Skinner (1969) consideró que el suicidio era un resultado del aprendizaje, atribuyendo su alta incidencia en los seres humanos al extraordinario desarrollo de la capacidad de aprendizaje en esta especie. Esta capacidad de aprendizaje hace que la conducta sea muy flexible e independiente de la evolución biológica, pudiendo ocasionar un comportamiento desajustado e inadaptado como el suicidio. De hecho, los métodos empleados por los suicidas deben ser aprendidos; bastantes de ellos implican un importante desarrollo tecnológico ( McCulloch y col., 1972; Stengel, 1973 ); las ideas suicidas que siempre están presentes suponen cogniciones que se remiten a experiencias de aprendizaje por parte del sujeto respecto de la muerte; las distorsiones cognitivas están influenciadas, en ocasiones, por el aprendizaje vicario ( Bandura, 1971 ) a través de la observación y el aprendizaje de otros comportamientos ( Hankoff, 1961; Phillips, 1964 ); el moldeamiento del comportamiento suicida tampoco es indiferente al aprendizaje de ciertos valores sociales, de las costumbres, de las modas y de circunstancias específicas como, por ejemplo, el "contagio" suicida a través de noticias vertidas en los "mass-media".

Aunque no conocemos bien cuál es el papel del aprendizaje en el comportamiento suicida, es un hecho que éste resulta innegable. Hay factores culturales que a través del aprendizaje contribuyen al moldeamiento de la conducta suicida. Por ejemplo, en la India, donde no es infrecuente que la mujer se autoinmole en la misma pira funeraria que su esposo ( Venkoba Rao, 1975 ), o en los países de tradición católica donde el comportamiento suicida es menos frecuente ( Farberow, 1972 ). Las diferencias culturales , a través del aprendizaje, condicionan diferentes formas de suicidio (de Vos, 1968). Otros autores han invocado la presencia del refuerzo para justificar el comportamiento suicida ( Bachman, 1972; Carr, 1977; Kreitman, 1977; de Catanzaro, 1979 y 1979 ).

Parece un hecho pues evidente, que el aprendizaje interviene y media en la conducta suicida, aunque todavía no dispongamos de un análisis funcional de conducta suficientemente riguroso que sea capaz de explicar este comportamiento.

A pesar de las aportaciones -obviamente valiosas- de este modelo, resulta muy difícil explicar el suicidio infantil apelando únicamente a esta concepción , más aún cuando hay disponibles muchos otros modelos que, con mejor o peor fortuna, contribuyen también, aunque sólo sea parcialmente, a la explicación y comprensión del comportamiento suicida. El reduccionismo implicado en este modelo comportamental deja al margen y sin explicación

posible muchos de los factores que intervienen en la vertebración del comportamiento suicida, como, por ejemplo, las alteraciones psicopatológicas de tipo depresivo que tan fuertemente implicadas están con el suicidio, como después veremos. En realidad, lo que nos sobran son modelos explicativos del comportamiento suicida. Junto al modelo conductual y al clínico, antes apuntados, cabe señalar el modelo altruístico ( Hamilton, 1964 ), el modelo ecológico ( Barker, 1963; Kelly, 1966; Sells, 1973 ), el modelo bioquímico ( Murphy y col., 1978), el modelo genético ( Kallman, 1949; Farber, 1977 ), el modelo ambiental ( Phillip y col., 1976; Lönnqvist y col., 1972 ), el modelo interaccionista ( Ekehammar, 1974; Endler y col., 1976 ), etc. ( para una revisión confrontar Braucht, 1979 y de Catanzaro, 1979 ).

¿ Qué subyace detrás de todos estos modelos ?. Detrás de ellos se encuentra el intento y la pretensión de explicar el comportamiento suicida desde una única dimensión aproximativa, lo que hace que cada uno de ellos tenga un muy parcial alcance explicativo.

Una cosa que demuestra la acumulación de conocimientos en torno al tema del suicidio es que ni la aproximación sociológica, ni la aproximación psicobiológica ( cualquiera que sea el modelo de que se parta ), agotan la explicación del comportamiento suicida. Lo mismo cabe decir de las aproximaciones

psicopatológicas. Por ello y a falta de un modelo holístico en el que tengan cabida las diversas aportaciones que, preciso es reconocer, cada uno de los modelos apuntados han aportado, el autor de estas líneas señala como imprescindibles para la investigación del suicidio las tres circunstancias siguientes:

<a> Lo irrenunciable de las aproximaciones psicobiológicas y psicopatológicas, a pesar de que consideradas independientemente aporten explicaciones todavía insatisfactorias,

<b> la profundización en el análisis comportamental y cognitivo de la conducta suicida, aunque puesta en correspondencia esta aproximación con los resultados generados por la investigación clínica, y

<c> el estudio de las interacciones entre las variables ecológicas y las variables comportamentales y del organismo, generadas por las anteriores aproximaciones.

Únicamente una investigación en la que estén presentes y se satisfagan las tres exigencias circunstanciales, señaladas anteriormente, está en condiciones, a mi entender, de contribuir a explicar, predecir y prevenir el comportamiento suicida en la infancia y adolescencia.

## 2.- GENESIS Y CARACTERISTICAS DEL CONCEPTO DE MUERTE EN LA INFANCIA

Líneas atrás hemos visto las dificultades existentes para definir operativamente el comportamiento suicida en la infancia. Una de las más importantes se refiere en concreto al conocimiento que el niño tenga de la muerte. Si este concepto es incorrecto o insuficiente, resulta arriesgado juzgar como suicida un acto que acaso no lo sea, por no existir la voluntad expresa de quitarse la vida. Ahora bien, el concepto de muerte varía a través de la infancia, modificándose a lo largo del desarrollo cognitivo.

Las investigaciones de Piaget (1948) sobre el desarrollo de los juicios morales vinculan las propiedades que definen a la muerte a ciertas etapas de desarrollo del pensamiento. El concepto de muerte presupone la comprensión de tres conceptos fundamentales: universalidad, irrevocabilidad y cesación de los procesos corporales. Vygotsky (1962) postula que algunos de estos conceptos pueden desarrollarse espontáneamente, mientras que otros deben ser adquiridos mediante el aprendizaje. A la misma conclusión han llegado otros autores ( Kohlberg, 1968; Melear, 1973; Childers y col., 1971 ).

Los datos aportados por la Psicología Evolutiva a este respecto son relativamente coincidentes. Piaget (1923) reconoce que hasta la edad de 6 ó 7 años los niños

atribuyen vida a cualquier cosa que sea activa; entre los 7 y los 11 años forman paulatinamente el concepto de muerte, aunque hasta la adolescencia no existe la suficiente madurez cognitiva y afectiva para conocer con exactitud lo que es la muerte. Nagy (1959) estudió este problema entre 378 niños de 3 a 10 años de edad. Según Nagy, hasta los 5 años de edad, los niños consideran la muerte como algo transitorio; entre los 5 y los 9 años personifican la muerte y comienzan a tomar conciencia de que ésta es irreversible; sólo a partir de los 9 años reconocen la muerte como un proceso interno e irreversible que acontece a cada persona y que es inevitable.

McIntire y col. (1972) estudiaron 598 niños y adolescentes procedentes de colegios religiosos católicos, judíos y protestantes. Entre los 13 y los 16 años, el 50 % de los adolescentes creía en la continuidad espiritual de la vida después de la muerte, el 20 % tenía dudas acerca de lo que sucedería después de la muerte y otro 20 % creía en la completa cesación de la vida después de la muerte.

Aparte de que estos resultados pueden estar influidos por la educación religiosa que recibieron, los adolescentes con ideas suicidas consideraban que la muerte era el final de la vida.

No obstante, como otros autores han probado ( Pfeffer y col., 1979; Orbach y col., 1979 ), incluso en la adolescencia, muchos jóvenes consideran que la muerte es reversible, que es un estado placentero en el que cesa

todo dolor, lo que podría considerarse como un factor facilitador del comportamiento suicida, especialmente en aquellos que padecen alteraciones psicopatológicas o que están sometidos a la acción del estrés.

En el trabajo de Pfeffer y col. (1979), realizado con 58 niños de 6 a 12 años, de los cuales en el 72 % había riesgo de suicidio, encontró que los suicidas estaban más preocupados con pensamientos acerca de la muerte que los no suicidas. Además, las preocupaciones respecto de la muerte correlacionaron significativamente con el grado de peligrosidad manifestado en los intentos de suicidio. La creencia de que la muerte es algo placentero correlacionó, también a nivel significativo, con la peligrosidad de su comportamiento. Los niños suicidas difirieron de los no suicidas en considerar la muerte como algo transitorio.

Según parece, la conciencia de la irrevocabilidad de la muerte y de la cesación de las funciones corporales aparece paulatinamente con la edad, mientras que el concepto de universalidad de la muerte se presenta bruscamente, entre los seis y los siete años de edad, justo en la etapa de las operaciones concretas, cuando el niño comienza a aplicar reglas universales. Es en esta etapa cuando el niño comprende que la muerte es algo que debe acontecer a todo el mundo. Este dato ha sido comprobado más recientemente por White y col. (1978), quienes han demostrado que los niños que utilizan



estrategias propias de la etapa del pensamiento concreto, comprenden mejor la universalidad de la muerte que aquellos que utilizan estrategias propias de la etapa del pensamiento preoperacional.

No obstante, de acuerdo con Vygotsky (1962), el aprendizaje del concepto de universalidad está más vinculado al conocimiento espontáneo que se funda en la experiencia, frente a otros conceptos cuya génesis y formación dependen específicamente del aprendizaje ( conceptos "científicos" ). Acaso por esto, la característica de la universalidad en la formación del concepto de muerte se hace depender más del desarrollo cognitivo.

De hecho, en el trabajo de White y col. (1978) se demuestra que la irrevocabilidad de la muerte y la cesación de las funciones corporales fueron comprendidas por menos de la mitad de los sujetos de cuarto grado, mientras que la comprensión de la universalidad fue alcanzada por el 62 % de los alumnos de cuarto grado. Esto significa que para la cuestión de la comprensión de la universalidad es más importante apelar al desarrollo cognitivo que a la edad de los sujetos. De aquí que la génesis del concepto de muerte dependa en parte del desarrollo cognitivo ( en lo que atañe a su característica de universalidad ), y en parte no dependa de él ( en lo relativo a la irrevocabilidad y a la cesación de las funciones corporales con la muerte ).

No obstante, se admite que un concepto realista de lo que es la muerte ( como un proceso natural e irreversible que causa la cesación de la vida ) no acontece hasta los 10 ó 12 años de edad ( Koocher, 1973,1974; Melear, 1973; Nagy, 1959 ). A pesar de que a esa edad se tenga ya suficiente conocimiento de lo que es la muerte, este concepto, sin embargo, puede ser compatible con ciertos errores y distorsiones cognitivas. Así, el niño puede considerar que la muerte es otra forma de vida ( Chesser, 1967 ) o que morir no es nada horrible ( Hugh-Hellmuth, 1965 ), lo que enmascararía el comportamiento suicida, como han sugerido entre otros Zeligs (1964) y Orbach y col. (1977, 1978, 1979).

Aunque se ha enfatizado mucho el concepto infantil de muerte como algo próximo a "cuento de hadas", no obstante, hay bastantes probabilidades de que esta distorsión cognitiva acontezca en las edades tempranas de la vida, facilitando el comportamiento suicida infantil.

Otra variable que debe tenerse en cuenta consiste en la diferente atribución cognitiva que el niño hace respecto de la muerte cuando ésta se refiere a sí mismo o se refiere a otro. Quiere esto decir que el concepto de muerte variaría en estas edades en función de que el niño la refiera a sí mismo o a los otros ( Shneidman, 1973; Koocher, 1974 ).

El concepto de muerte es un constructo cognitivo suficientemente complejo como para que admita un muy

variado número de distorsiones. De hecho, según parece, estas distorsiones son más frecuentes entre los niños suicidas que en los no suicidas. El niño suicida ha de tomar una decisión entre aceptar el temor a la muerte o aceptar la eventualidad de la vida con toda la ansiedad y conflictos que ésta conlleva. Si, por existir una distorsión cognitiva, considera que su muerte es de algún modo otra forma de seguir viviendo, sólo que sin angustias ni conflictos, es lógico que esa distorsión contribuya a facilitar su decisión de intentar el suicidio.

Pfeffer y col. (1980) han comprobado en 39 niños, de 6 a 12 años de edad, que los niños suicidas estaban significativamente más preocupados por la muerte que los no suicidas. Entre ambos grupos, sin embargo, no había diferencias significativas respecto a la transitoriedad o irreversibilidad de la muerte, como tampoco las había respecto a la percepción placentera o displacentera de la muerte. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los mecanismos de defensa ( los más frecuentes fueron la negación, la proyección, la introyección y la represión) empleados por los niños suicidas y no suicidas, respecto de la muerte. En ambos grupos, tanto la racionalización como la formación reactiva de síntomas fueron mecanismos de defensa muy poco frecuentes.

Orbach y col. (1978) han probado la existencia de distorsiones en el concepto de muerte entre niños suicidas, niños normales y niños con comportamiento

agresivo, de 10 a 12 años de edad. El concepto de muerte se evaluó a través del cuestionario de Koocher; el concepto de vida a través del cuestionario de Safier (1964).

Respecto a las causas de muerte, los tres grupos de niños difirieron en sus respuestas. Los niños agresivos dieron significativamente más respuestas agresivas y brutales como causa de muerte que los otros grupos; los niños suicidas emitieron más respuestas que de alguna manera implicaban al comportamiento autodestructivo que los otros grupos; el grupo de niños normales atribuyó como principal causa de muerte la enfermedad y la vejez.

Respecto a qué sucede a la persona después de muerta, hubo diferencias significativas entre dichos grupos: los niños suicidas atribuyeron más frecuentemente que los otros grupos cualidades de la vida al estado de la muerte. Estas diferencias respecto de los otros grupos fueron significativas en lo que se refiere a la muerte personal, pero no lo fueron en lo que se refiere a la muerte impersonal.

Respecto a la posibilidad de retornar a la vida después de muertos, los niños suicidas dieron significativamente mayor número de respuestas, en lo relativo a la muerte personal, que los otros dos grupos.

En síntesis, cada uno de los grupos estudiados se enfrentaron a la muerte desde concepciones muy diferentes. Los niños suicidas se diferenciaron de los otros grupos en

lo siguiente: en primer lugar, y en lo que se refiere a su propia muerte, consideran el suicidio como una causa de muerte, atribuyen cualidades de la vida a su ésta, no refieren ningún deterioro del cuerpo y creen fuertemente en la posibilidad de volver a la vida después de muertos. En lo relativo a la muerte impersonal demostraron tener en muchos aspectos una percepción más realista de lo que es la muerte.

Estos resultados prueban que el concepto infantil de la muerte refleja la propia experiencia personal de la vida y una dinámica específica y estrechamente vinculada a sus atribuciones y distorsiones cognitivas.

La elección del comportamiento suicida aparece así como una posible opción para poner solución a sus conflictos vitales, mientras que se sostiene la creencia de que la muerte es otra forma de vida o que después de la muerte se puede retornar a la vida.

El hecho de que se hayan encontrado diferencias significativas entre los tres grupos estudiados, manifiesta que la actitud ante la muerte es una manifestación de su personalidad ( en el grupo de niños agresivos las respuestas estaban cargadas de agresividad, percibían la muerte como un modo de expresar la agresividad y consideraban el mundo como un lugar peligroso ).

Por todo esto, los autores citados consideran que en los niños suicidas hay una distorsión cognitiva que

incide sobre el concepto que tienen de la muerte, consistente especialmente en atribuir a ésta propiedades de la vida. No parece existir correlación entre estas distorsiones y las habilidades cognitivas, en contra de lo que había sostenido Koocher (1974). Sí hay una correlación, que además es significativa, entre estas distorsiones cognitivas y las respuestas dadas en el cuestionario acerca del concepto de vida. Los niños suicidas manifestaron más frecuentemente que los otros grupos estar afectados por esta distorsión respecto del concepto de muerte, sin diferenciarse en nada de los otros grupos en sus estrategias y habilidades cognitivas.

Siguiendo a Rochlin (1965), estos resultados pueden justificarse considerando las distorsiones cognitivas como un proceso defensivo contra la propia ansiedad. De hecho, los niños suicidas describen la muerte como algo temporal y reversible, lo que podría facilitar el acto suicida. Rochlin postula que estos factores emocionales y motivacionales pueden afectar selectivamente su funcionamiento cognitivo y la emergencia de distorsiones y creencias que no son reales.

El hecho de que la percepción del concepto de vida y del concepto de muerte en los niños suicidas sean independientes, sugiere la posibilidad de que el niño suicida se enfrente a ambos conceptos desde diferentes presupuestos y procesos cognitivos.

En este trabajo se ha encontrado que hay una correlación significativa entre pensamiento abstracto y percepción del concepto de vida, mientras que no hay ninguna correlación entre las distorsiones cognitivas relativas al concepto de muerte, el concepto de vida y el pensamiento abstracto.

Dado que estas distorsiones se han encontrado más frecuentemente en los niños suicidas, es presumible que dichas distorsiones contribuyan, como poderoso factor motivador, a facilitar el comportamiento suicida. De comprobarse este resultado, habría que tratar de incorporar nuevos programas de intervención ( por ejemplo, de reestructuración cognitiva ) al tratamiento preventivo del suicidio infantil.

No obstante, está en discusión el argumento de que estas distorsiones cognitivas están causadas o en algún sentido puedan tomarse como un indicador que manifieste la ansiedad frente a la muerte, en los niños que intentan el suicidio. De hecho, como postula el trabajo de Lester (1965), los adolescentes que intentaron el suicidio tenían menos miedo a la muerte que los no suicidas. Por otra parte, como Tarter y col. (1974) han demostrado, no parece existir ninguna relación entre intentos suicidas y miedo a la muerte. Los últimos autores citados sólo encontraron una correlación significativa entre ansiedad ante la muerte y mayor probabilidad en las recaídas de intentar suicidarse, lo que significaría que la ansiedad respecto

del suicidio no desaparece cuando es alta la posibilidad de recaer. No se encontró correlación significativa entre ansiedad ante la muerte y letalidad de los intentos suicidas. Tampoco hubo diferencias significativas respecto de estos problemas entre chicos y chicas, ni entre los que habían intentado el suicidio por primera vez y los que ya habían hecho múltiples intentos. Las actitudes y la ansiedad frente a la muerte pueden considerarse como un predictor de futuros intentos suicidas pero, por el momento, hay que dudar de la validez de este predictor.

Por otra parte, el miedo a la muerte es un concepto multidimensional que se ha desarrollado en los treinta últimos años, explorándose en la clínica a través de muy variadas escalas ( "Fear of Death Scales", "Death Anxiety Scale", "Religious Orthodoxy Scale", etc. ). Más recientemente, Hoelter (1979) ha realizado un trabajo tentativo para evaluar el miedo a la muerte, a través de una escala multidimensional ( "Multidimensional Fear of Death Scale" ). En este instrumento se han distinguido las siguientes dimensiones: miedo al proceso agónico ( al específico acto de morir ), miedo a la muerte ( a personas o animales que han muerto ), miedo a ser destrozado ( a la destrucción del propio cuerpo, inmediatamente después de estar muerto ), miedo a lo que la muerte significa para otros ( efecto que la propia muerte puede tener en otros), miedo a lo desconocido ( a la ambigüedad de la muerte y a la última cuestión existencial ), miedo a la conciencia de



muerte ( a los procesos inmediatos y subsiguientes a la muerte, que no son aceptados como el final de la conciencia ), miedo al cuerpo después de muerto ( a las cualidades corporales después de la muerte ) y miedo a la muerte prematura.

Como puede observarse, muchas de estas dimensiones no pueden ser sino redundantes, relativamente superponibles y, desde luego, de muy difícil distinción entre ellas. No obstante, el perfeccionamiento de este instrumento puede suponer una importante aportación para el tratamiento de la ansiedad ante la muerte y, a su través, para la prevención del comportamiento suicida con ella vinculado.

Resulta muy difícil prevenir la conducta suicida si no se examina y clarifica el significado de la muerte, lo que está inevitablemente unido a las distorsiones cognitivas implicadas en el concepto de muerte. La conducta suicida puede ser el resultado terminal de una lucha competitiva entre la ansiedad que la muerte produce y la ansiedad que la vida conlleva, constituyendo un modelo comportamental explicativo del tipo aproximación- evitación de un conflicto.

Si la muerte se percibe como una experiencia placentera ( distorsión cognitiva ), se facilita la conducta suicida. Hay además otras variables que pueden hacer todavía más compleja la función de estas distorsiones. Me refiero, por ejemplo, a las creencias

religiosas del sujeto, a su experiencia de la muerte real en otras personas, a la acción de la psicoterapia a que haya estado sometido, etc. Sin el conocimiento de las fantasías infantiles respecto de la muerte y de los miedos o sugerencias que aquellas condicionan, difícilmente puede diseñarse un programa de reestructuración cognitiva que sea útil para la prevención del suicidio infantil. Hacia esta meta es donde debe dirigirse la investigación de las actitudes y formación del concepto de muerte en los niños y adolescentes que tengan un cierto riesgo de suicidio.

### 3.- EPIDEMIOLOGIA

Los datos epidemiológicos de que disponemos no son muy fiables y no sólo por el método seguido por los diversos investigadores sino, principalmente, porque no están disponibles a partir de determinada edad.

Así, por ejemplo, "The National Office of Vital Statistics" no considera el fenómeno del suicidio en niños menores de 10 años de edad. Según parece (Shaffer, 1974), la incidencia de suicidio consumado entre niños de 6 y 11 años de edad es relativamente baja, pero los intentos y las amenazas verbales suelen ser más frecuentes en este grupo de edad. Entre los 10 y 14 años, la incidencia de suicidio se ha multiplicado por tres en los últimos 20 años, pasando en EE.UU. de 0.40 por cien mil en 1955 a 1.2 en 1975. Este mismo dato resulta aumentado cuando

consideramos la población adolescente. Entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, las muertes por suicidio se han multiplicado casi por cuatro, pasando de 4 por cien mil habitantes en 1975 a 13.6 en 1977. Para este grupo de edad, el suicidio constituye la segunda causa de muerte ( "Vital Statistic of the United States", 1975 ).

En España sólo disponemos de los datos ofrecidos por las estadísticas oficiales que, por otra parte, son muy poco fiables, ya que no incluyen las tentativas de suicidio -que legalmente no está obligado denunciar- y hacen sus estimaciones con los suicidios consumados, que forzosamente han de notificarse en los juzgados. Con estas limitaciones, los datos de que disponemos son los siguientes: la tasa media de suicidios consumados por cien mil habitantes, hasta los 12 años de edad, es de 0.04; de 13 a 19 años es de 1.02, y salta a 5.54 a partir de los 20 años ( Cobo, 1986 ).

En casi todas las publicaciones hay coincidencia en señalar lo que sigue: las tentativas de suicidio han crecido mucho en estos últimos años, especialmente entre los jóvenes comprendidos entre 15 y 20 años. En España, frente al 66 % de tentativas de suicidios cometidos por jóvenes menores de 20 años, sólo aparecen estas tentativas en un 15 % entre los mayores de 20 años de edad.

Aunque con la necesaria cautela, es necesario admitir que existe la posibilidad del suicidio en edades infantiles muy tempranas. Flavigny (1982) presenta dos

historias clínicas sobre los intentos suicidas discutibles de dos niños de 4 años de edad. Cobo (1986) comunica la defunción de un niño de 6 años de edad por suicidio. No obstante, la mayor frecuencia de suicidio infantil aparece entre los 9 y los 11 años y en los adolescentes entre los 17 y los 20 años, incrementándose progresivamente a partir de esta edad. Los suicidios infantiles consumados son mucho más frecuentes en los varones que en las hembras, en una proporción de 9 a 1 y de 7 a 1, según los autores. En cambio, los intentos suicidas son mucho más frecuentes entre las jóvenes adolescentes que en los varones de la misma edad ( la proporción aquí es casi idéntica a la del suicidio consumado en la infancia, pero a favor de las chicas ). La eficacia de las tentativas suicidas varía mucho de unas poblaciones a otras. Entre adolescentes, la razón entre tentativas de suicidio y suicidio consumado varía de 200/1 a 16/1, según los autores. El empleo de psicofármacos en las tentativas suicidas juveniles e infantiles es, sin duda alguna, el procedimiento de elección. En EE.UU. se estima que el número de accidentes por ingestión de sustancias tóxicas, en niños menores de 5 años, es de alrededor de 1 millón cada año; de ellos, el 8 % manifiesta sintomatología suicida y el 3 % requiere hospitalización. Aunque la ingestión de sustancias tóxicas a estas edades se computa como accidentes ocasionales, en algunos casos queda flotando la duda de si realmente habrá sido un accidente o un intento de suicidio. Entre los 5 y

los 14 años se producen cien mil autoenvenenamientos anuales, y ciento cincuenta mil de los 11 a los 24 años. En este último grupo de edad es donde se da mayor mortalidad y donde los accidentes son más graves, siendo preciso el ingreso hospitalario en el 24 % de los pacientes. En el caso de los adolescentes, la letalidad por ingestión de fármacos es muy intensa; quizás porque aquí sí se puede hablar explícitamente de intento suicida más que de "accidente", siendo el sujeto frecuentemente consciente de lo que hace al escoger "la ruleta farmacológica" para atentar contra su vida.

En función de cuál sea la intencionalidad, puede clasificarse la letalidad de la tentativa suicida, siguiendo a Schneidman (1968), en las cuatro categorías siguientes: alta ( el sujeto desea definitivamente quitarse la vida ), media ( el individuo se comporta de forma ambivalente, jugando relativamente con su intención suicida y siendo más o menos consciente del riesgo que corre ), baja ( el sujeto juega su pequeño pero no insignificante papel, sin tener un deseo consciente de quitarse la vida, pero queriendo asumir ese riesgo desconocido ) y ausente ( el sujeto no tiene intención letal ).

No parece que los accidentes por "envenenamiento" sean fortuitos . Según McIntire y col. (1980), la investigación de los niños que sufren estos accidentes, entre los 6 y los 8 años, arrojó los siguientes

resultados: el 10 % padecía trastornos de conducta, el 6 % alteraciones caracteriales y el 5 % sufría de soledad; el fracaso escolar y la delincuencia aparecieron en el 5 % y 4 %, respectivamente. Un 7 % presentaba múltiples problemas y el 11 % fue diagnosticado de algunas de las alteraciones siguientes: psiconeurosis (4%), psicosis (2%), enfermedades crónicas (2%), convulsiones (2%) y lesión cerebral (1%).

En cuanto al factor étnico, los datos comunicados son bastante contradictorios. Mientras que Pfeffer y col. (1979) no encuentran ninguna diferencia ni en la frecuencia ni en la gravedad de los intentos suicidas respecto de este criterio, Mattson (1969) estima que la incidencia es mayor entre la población blanca y siempre de mayor gravedad que entre los negros. A la misma conclusión llega Holinger (1978).

En relación al procedimiento utilizado, la suspensión o ahorcamiento es más frecuente en varones que pertenecen al ámbito rural; lo mismo sucede respecto a las armas de fuego, más frecuentemente utilizadas por los varones que viven en las grandes ciudades. En cualquier caso, el procedimiento más frecuentemente empleado para todas las edades y sexos -aunque más acusadamente por el sexo femenino- es la ingestión de medicamentos, especialmente la aspirina, el optalidon y, dentro de los psicofármacos, los antidepresivos, los ansiolíticos y los anticomiciales. En los varones es más frecuente hoy el

consumo de drogas con intencionalidad suicida ( heroína, metadona y cocaína ), mientras que las hembras se limitan al consumo de psicofármacos o bien asocian éstos al consumo de drogas. Entre los niños menores de 14 años suele ser muy frecuente el uso de gases inhalantes, especialmente hidrocarburos volátiles. Entre los 14 y los 17 años, las anfetaminas y estimulantes, asociadas o no al alcohol, constituyen el procedimiento más frecuentemente utilizado. De los 18 a los 21 años, el alcohol y los barbitúricos son los de uso más frecuente ( Lovejoy, 1980 ).

Los lunes y los fines de semana constituyen los días de mayor incidencia, especialmente en las horas de la tarde. No puede destacarse ningún mes a lo largo del año en el que sea especialmente frecuente la incidencia de intentos suicidas entre jóvenes adolescentes.

#### 4.- ALGUNOS RASGOS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LA INFANCIA

No hay ningún perfil característico que defina al comportamiento suicida infantil. Se han señalado, no obstante, los siguientes rasgos de personalidad: pésima tolerancia a la frustración, déficit en el repertorio de sus habilidades sociales, percepción real o imaginaria de que sus padres no les quieren lo suficiente, dificultades para elaborar los conflictos y las dificultades



ordinarias, incapacidad de comunicar y compartir con otros sus pequeños o grandes sufrimientos, déficits en la autoestima y, sobre todo, dificultades escolares y decepciones amorosas. Las dificultades escolares suelen ser más frecuentes en el período infantil; los conflictos amorosos, en cambio, entre los adolescentes. Desde el punto de vista familiar, Orbach señala con fuertes trazos estas peculiaridades, que más adelante veremos con detalle: antecedentes familiares de suicidio, casi siempre en la madre; conflictos y crisis en las relaciones familiares; percepción de un nivel de exigencias -real o imaginario- que son superiores a su capacidad personal; inexistentes o insatisfactorias relaciones con los adultos; fantasías respecto de la muerte, que reflejan la creencia de que sus necesidades y conflictos serán satisfechos después de la muerte y, a la vez, su temor ante ésta ; y ambivalencia afectiva, que va de la desesperación y la depresión al deseo de experimentar placer y felicidad, al mismo tiempo.

Aunque resulta impensable, por el momento, construir una tipología del suicidio infantil de manera que pueda ser eficaz en el ámbito clínico, no obstante, no renuncio a enumerar algunos tipos que, a pesar de que sean discutibles, pueden resultar orientativos. Hay niños que desde edades muy tempranas sienten un especial atractivo por jugar con la muerte.



En muchos de ellos hay cogniciones y fantasías respecto a la muerte que son inapropiadas para su edad. En otros, en cambio, esa actividad lúdica está condicionada por escenas que han visto en películas, apareciendo como fácilmente influenciables o impresionables. En otros, este extraño comportamiento se debe más bien a su capacidad para desafiar cualquier riesgo; son niños traviesos, hiperactivos e indóciles.

Se ha hablado mucho de los intentos suicidas infantiles como de una mera provocación o chantaje a los padres. Aunque exista esta posibilidad, jamás debe subestimarse su importancia. Es cierto que, en ocasiones, puede ser sólo un gesto para llamar la atención o incluso para chantajear a los padres. Pero ya se sabe que "quien las imagina las hace", que tal vez pueden excederse en la teatralidad de ese gesto y aquello que inicialmente era apenas una "boutade" acabe transformándose al fin en su suicidio consumado. Los gestos suicidas cumplen en muchas ocasiones la función de una llamada de atención, un grito que pide socorro, aunque de forma encubierta, para resolver un conflicto -no por modesto a los ojos del adulto, menos importante- del que el niño no sabe salir.

En otros casos, la tentativa suicida en el niño tiene la pretensión de saldar una deuda, aliviar su culpabilidad o simplemente escapar a una vergüenza o ultraje que para él resultan vejatorios, deshonorosos e inadmisibles. Este es el caso de algunos intentos suicidas

-por otra parte muy raros- en niños que han sido violados y que no se atreven a comunicar a sus padres lo que les ha sucedido.

Para hablar de chantaje suicida es preciso que se den algunas condiciones como, por ejemplo, que el niño obtenga algún beneficio o gratificación a través de su comportamiento suicida; que sus padres se angustien ante las provocaciones y amenazas suicidas de su hijo y concedan siempre lo que éste se propone; que los intentos suicidas estén diseñados de manera proporcional al efecto que persiguen, sin que apenas exista un riesgo real de muerte; y que esas tentativas suicidas sean repetitivas. A pesar de todas estas condiciones, y aun cuando todas se cumplan, es obligado enfrentarse a este problema comportamental con todas las cautelas necesarias, pues una conducta así siempre comporta un importante riesgo.

Por otra parte, como los niños no siempre son capaces de verbalizar lo que les sucede, es muy fácil que pase inadvertido al adulto, sea éste clínico o pedagogo, el problema. Para los adultos, el suicidio infantil resulta ser siempre algo incomprensible, más aún, inexplicable. Ante el suicidio infantil los adultos nos quedamos casi siempre sin argumentos y, en muchas ocasiones, angustiados. Acaso por eso sea necesario poner una mayor atención, además de intensificar la formación, para detectar, con la mayor prontitud posible, los indicios -cognitivos, motivacionales, afectivos,

comportamentales- que nos pongan sobre la pista de este tipo de comportamientos que casi siempre implican un grave riesgo para el niño.

Hemos visto que no hay ningún perfil que caracterice rigurosamente el comportamiento suicida infantil. En las líneas que siguen me ocuparé de alguno de los temas que considero centrales en lo que se refiere al esclarecimiento del suicidio en la infancia.

#### 5.- DEPRESION Y SUICIDIO INFANTIL

Las relaciones entre depresión y suicidio constituyen en la actualidad uno de los temas más controvertidos, especialmente cuando la discusión se centra en la infancia. Durante mucho tiempo se negó la presencia de la depresión en la infancia. Se aducía como argumento la siguiente postulación psicoanalítica jamás probada: como la depresión -se decía- afecta fundamentalmente al super-yo (siguiendo la hipótesis de Abraham y Freud), y el super-yo no está totalmente desarrollado en la infancia, resultaba imposible que los niños sufriesen depresión (Rochlin, 1965). Sin embargo, otros psicoanalistas (Sandler y col., 1965), más centrados en la psicología del yo, consideraron la depresión infantil como una respuesta afectiva básica parecida a la ansiedad, y muy frecuente, puesto que aparecía siempre que el yo se sentía desvalido. A la misma

conclusión había llegado Anthony (1940) a propósito de sus estudios sobre el descubrimiento de la muerte por el niño.

Hoy resulta ya innecesario entrar en discusión con estos argumentos. En este momento lo que interesa es estudiar las relaciones entre el suicidio y las depresiones infantiles. Hay suficiente investigación disponible para afirmar que muchas de las tentativas suicidas y de los suicidios consumados en la infancia están causados por el padecimiento de una depresión. Así, por ejemplo, la grave afirmación hecha por Toolan (1975), según la cual cada joven que atenta o amenaza verbalmente con suicidarse ha sido evaluado psiquiátricamente. Pfeffer (1980), por otra parte, afirma que siempre que se evalúe psiquiátricamente a un niño deben explorarse los signos de suicidio potencial.

Otto (1965), en un estudio realizado con 581 niños y adolescentes suicidas, encontró que el 38 % de ellos habían padecido de depresión tres meses antes de intentar el suicidio. Este mismo autor en 1972, informa que durante el seguimiento de 1.547 niños suicidas de 10 a 21 años de edad, había encontrado indicadores de riesgo que apuntaban a completar su suicidio dos años antes de que lo intentasen.

En cambio, Despert (1952) afirma que es muy rara la asociación entre suicidio y depresión en la infancia. La autora estudió solamente 26 pacientes depresivos menores de 16 años. Según ella, el comportamiento suicida

se debía no tanto a la depresión como a la irritabilidad y a la impulsividad. A pesar de que la muestra utilizada por esta autora no permite generalizar sus resultados, hay que advertir que otros autores ( Glaser, 1967; Cytryn y col., 1972 ) afirman que tanto la impulsividad como la irritabilidad pueden considerarse como manifestaciones sintomáticas de las reacciones depresivas enmascaradas y de las depresiones infantiles.

Acaso mayor interés tenga el trabajo de Mattson (1969), que comparó un grupo de niños suicidas con otro grupo de niños no suicidas y crónicamente enfermos. En el grupo de los suicidas encontró que el 40 % fueron diagnosticados de depresión un mes antes de haber intentado el suicidio; por contra, sólo el 13 % de los 95 niños crónicamente enfermos y no suicidas mostraban síntomas depresivos.

Es obvio que no todos los depresivos manifiestan una conducta suicida. No obstante, Pfeffer (1979) informa que de los 58 niños ingresados en un hospital psiquiátrico, los que habían hecho alguna tentativa suicida demostraron tener sentimientos de desesperanza e inutilidad y síntomas depresivos, cosa que no pudo encontrarse en los pacientes que no habían intentado el suicidio. A la misma conclusión llegan las investigaciones de McKnew (1972) y Poznanski y col. (1970), quienes además reconocen que en algunos suicidas la depresión está

enmascarada por la hiperactividad o el comportamiento delincente.

Ackerly (1977) observó en los niños que amenazaron o intentaron el suicidio serios disturbios emocionales, que el autor calificó como un estado borderline o psicótico. Shaw y col. (1965) encontraron en los niños suicidas reacciones emocionales intensas, escasa tolerancia a la frustración e intensa sugestionabilidad, síntomas que los autores valoran como indicadores de riesgo depresivo.

Tal vez uno de los trabajos más elocuente a este respecto sea el de Pfeffer y col. (1979). En una muestra en que estudiaron 42 niños suicidas y 16 niños no suicidas, ambos grupos de 9 años de edad, encontraron que en los dos grupos la incidencia de depresión era idéntica (24%). No obstante, hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en los afectos y las conductas recientes con respecto a los siguientes síntomas: depresión o tristeza, desesperanza, sentimiento de inutilidad y deseo de morir. Sobre los afectos y comportamientos en el pasado sólo hubo diferencias significativas entre ambos grupos en los sentimientos de inutilidad y en los deseos de morir. De aquí que los autores concluyan que la depresión, o al menos los disturbios emocionales severos, suelen estar de alguna forma implicados en el comportamiento suicida.

Estos autores incluyen además a la depresión entre aquellos factores significativamente específicos que correlacionan con el comportamiento infantil suicida. La depresión ocupa el primer puesto en ese conjunto de factores de riesgo, seguida a continuación por la desesperanza, los sentimientos de inutilidad, el deseo de morir, la existencia de una depresión severa en la madre, la presencia de depresión y conducta suicida en los padres y la preocupación del niño por la muerte, así como la idea de que ésta es placentera y transitoria.

Otros factores psicopatológicos parecen estar también asociados -como factores de riesgo- al comportamiento suicida, en concreto los siguientes: ansiedad intensa, agresividad, preocupación acerca de los resultados escolares, dificultades en el aprendizaje, temor al castigo paterno, separación de los padres, exigencias familiares abusivas, dificultades en las relaciones conyugales y funcionamiento deficitario del yo.

En un trabajo más tardío del mismo equipo de investigación ( Pfeffer, 1980 ), en el que se comparaban suicidas y no suicidas de 10 y 9 años de edad respectivamente, sólo se encontraron diferencias significativas en los tres factores siguientes: incremento de la actividad psicomotora, preocupación por el tema de la muerte, e ideación suicida en los padres. Estos tres factores distinguían a los niños suicidas de los no suicidas. En cambio, la depresión, la ansiedad y la

agresividad no discriminaban entre uno y otro grupo. Es difícil valorar estos resultados, puesto que en cierto modo contradicen las conclusiones comunicadas con anterioridad por el mismo equipo de investigación. Tal discrepancia entre unos resultados y otros puede justificarse, no obstante, si apelamos a las muestras utilizadas, respectivamente, en ambas investigaciones. En la primera, se comparaban dos grupos de niños suicidas y no suicidas, constituidos por 42 y 16 sujetos respectivamente. En la segunda, en cambio, se establecían esas comparaciones, pero en este caso la muestra utilizada en ambos grupos se componía de 13 y 26 niños respectivamente. No obstante, este segundo trabajo tiene el mérito de informar acerca de factores que presumiblemente pueden considerarse como factores de riesgo suicida, independientemente de que los niños padezcan o no depresión. Por otra parte, las diferencias entre una y otra investigación podrían también entenderse en función del criterio empleado para la selección de la muestra. En el primer trabajo, todos los pacientes procedían de un hospital psiquiátrico donde estaban ingresados. En el segundo, todos los sujetos que componían la muestra eran pacientes ambulatorios. Es lógico suponer que los pacientes hospitalarios presenten una sintomatología más acusada e intensa que los pacientes ambulatorios. Del mismo modo, podría inferirse que los indicadores de riesgo suicida también pueden variar, en



función de la intensidad y gravedad del cuadro clínico que se padece y de factores ambientales tan discrepantes entre sí como suelen ser los que caracterizan al ámbito ambulatorio y al ámbito hospitalario.

No obstante, sería incorrecta y abusiva la opinión de quienes pretendiesen oponer en puntual correspondencia al suicidio y a la depresión infantil. Los intentos suicidas pueden acontecer tanto en niños deprimidos como no deprimidos, ya que la conducta suicida tiene un condicionamiento multifactorial.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS, R.L.; GIFFEN, M.B. & GARDFIELD, F. (1973) Risk taking among suicide attempters. J. Abn. Psychol., 32, 262-267.
- ALECKSANDRIVICZ, M. (1976) The biological stranger. Bulletin of the Menninger Clinic, 39, 163-176.
- ANTHONY, F.J. (1940) The Child's discovery of Death: A study in Child Psychology. New York. Hartcourt Brace.
- BACHMAN, J. (1972) Self injurious behavior: A behavioral Analysis. J. Abn. Psychol., 80, 211-224.
- BAECHLER, J. (1979) Suicides. In BLACKWELL, B. (Ed.). Oxford.

- CARR, E.G. (1977) The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypothesis. Psychol. Bull., 84, 800-816.
- COBO, C. (1986) Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños y adolescentes españoles. Rev. Psic. Med., 18, 5.
- CYTRIN, L. & McNEW, D.H. (1972) Proposed classification of childhood depression. Am. J. Psychiat., 129, 149-154.
- DESPERT, F.L. (1952) Suicide and depression in children. Nery Child, 9, 378-389.
- DURKHEIM, E. (1957) Suicide preoccupation and attempts in children. Am. J. Orthopsychiat., 7, 225-234.
- FARBEROW, N.L.; SCHNEIDMAN, E.S. & LEONARD, C.V. (1965) Suicide among schizophrenic mental hospital patients. En N.L. FARBEROW & E.S. SCHNEIDMAN (Eds.): The cry for help. New York: McGraw-Hill.
- FARBEROW, N.L. (1972) Cultural history of suicide. En J. HALSDESTRON; T. LARSSON & J. LUNGSTEDT (Eds.): Suicide and attempted suicide. Stoholm Nordiska Bokhandelus Forlag.
- FARBER, M.L. (1977) Factors determining the incidence of suicide within families. Suicide and Life Threatening Behavior, 7, 3-6.

- GLASER, K. (1967) Masked depression in children and adolescents. Am. J. Psychot., 21, 565.
- GREER, S. (1966) Parental loss and attempted suicide: A father report. Br. J. Psychiat., 112, 465-470.
- HAIDER, I. (1968) Suicidal attempts in children and adolescents. Br. J. Psychiat., 111, 1153-1154.
- HAMILTON, W.D. (1964) The genetical evolution of social behavior. J. Theoretical Biology, 7, 1-16.
- HOLINGER, P.C. (1977) Suicide in adolescents. Am. J. Psychiat., 134.
- HUGH-HELLMUTH, H. (1965) The child concept of death. Psychoan. Quaterly, 34, 499-516.
- JACOBS, J. (1971) Adolescent Suicide. New York: Wiley-Interscience.
- KALLMAN, F.J. (1949) Suicide in twins and only children. Am. J. Human Genetics, 1, 113-125.
- KELLY, G.J. (1966) Toward an ecological conception of preventive interventions. En J. CARTER (Ed.): Research Contribution from Psychology to Community Mental Health. New York: Behavioral Publications.
- KOHLBERG, L. (1968) Early Education: A cognitive developmental view. Child Development, 39, 1013-1062.

- KOOCHER, G.P. (1974) Talking with children about death. J. Orthopsychiat., 44, 404-411.
- KOVACKS, M. & BECK, A.T. (1977) The wish to die and the wish to live in attempted suicide. J. Cl. Psychol., 35, 2, 361-365.
- KREITMAN, N. (1977) Parasuicide. New York. Wiley.
- LESTER, D. (1968) Attempted suicide as a hostile act. J. Psychol., 68, 243-248.
- LOVEJOY, F.H. (1980) Diagnosis and treatment of acute overdoses in adolescents. In McINTIRE (Ed.): Suicide attempts in children and youth. New York: Harper Row.
- MATTSON, A. & SESSE, L.P. (1969) Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. Arch. Gen. Psychiat., 20, 100-109.
- McINTIRE, M.S. & ANGLE, C.R. (1980) Suicide attempts in children and youth. Hagerstown, M.D.: Harper and Row.
- McINTIRE, M.S.; ANGLE, C.R. & STRUEMLER, L.J. (1972) The concept of death in mid-western children and youth. Am. J. Dis. Child, 123, 527-532.
- MELEAR, A. (1973) Children conception of death. J. Gen. Psychol., 123, 358-360.
- NAGY, M. (1978) The child's view of death. J. Gen. Psychiat., 75, 3-7.

- ORBACH, I. & GLAUBMAN, H. (1977) Unique characteristics in children's suicidal behavior. IX Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention. Helsinki.
- ORBACH, I. & GLAUBMAN, H. (1978) Suicidal aggressive and normal children's perception of personal and interpersonal death. J. Cl. Psychol., 34, 4, 850-857.
- ORBACH, I.; GLAUBMAN, H. & GROSS, Y. (1979) Psychological characteristics of suicidal children. X Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Ottawa. Canada.
- OTTO, U. (1964) Changes in the behavior of children and adolescents procedings suicidal attempts. Acta Psychiat. Scandinavian, 40, 386-400.
- PFEFFER, C.R.; CONTE, H.R. & PLUTCHIK, R. (1979) Suicidal behavior in latency-aged children. J. Am. Acad. Child Psychiat., 18, 679-692.
- PIAGET, J. (1925) Language and Thoutth of the Child. Routledge and Kegan. London.
- PIAGET, J. (1948) The Moral Judgment of the Child. Glencoe, III: Free Press.
- RICHMAN, J. (1969) Family determinants of suicide potential. En B.D. ANDERSON (Ed.): Identifying suicide potential. New York Behavioral Publications.

- ROSCHLIN, G.N. (1965) Griefs and Discontents: The Forces of Changes. Boston Little Brown and Co.
- ROSENBAUM, M. & RICHMAN, J. (1970) The role of hostility and death wishes from the family and significant others. Am. J. Psychiat., 126, 128-131.
- SABBATH, J.C. (1969) The suicidal adolescent. The expandable child. J. Am. Acad. Child Psychiat., 8, 272-289.
- SAFIER, G.A. (1964) A study of the relationship between the life and death concepts in children. J. Gen. Psychol, 105, 283-294.
- SANDLER, J. & JOFFE, W.G. (1965) Notes of childhood depression. Int. J. Psychoan., 46, 88-96.
- SCHURUT, A. (1964) Suicidals adolescents and children. J. Am. Med. Ass., 188, 1103-1107.
- SHAFFER, D. (1974) Suicide in childhood and early adolescents. J. Child Psychol., 15, 275-291.
- SHAW, C.R. (1965) Suicidal behavior in children. Psychiatry, 28, 2, 157-168.
- SKINNER, B.F. (1969) Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis. New York: Apleton-Century-Crofts.

- STENGEL, E. (1973) Suicide and attempted suicide.  
Harmondsworth, G.B.: Penguın Books.
- TARTER, R. (1974) Death anxiety in suicide attempts.  
Psychol. Report, 34, 895-897.
- TOOLAN, J.M. (1974) Depression and suicide. Am. Handbook  
of Psychiatry.
- VENKOBA RAO, A. (1974) Suicide in India. En FARBEROW  
(Ed.): Suicide in Different Cultures. Baltimore:  
University Press.
- VYGOTSKY, L.S. (1962) Thought and Language. New York:  
M.I.T. Press.
- WHITE, E. (1978) Children conception of death. Child  
Development, 49, 307-310.
- ZELIGS, R. (1974) Children's Experience with Death.  
Springfield, III: Charles C. Thomas.