

Julia Picazo-Zappino¹

El suicidio infanto-juvenil: una revisión

¹Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Es un hecho que el suicidio está siendo una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años en el mundo. Como consecuencia de ello, multitud de investigaciones científicas se han puesto en marcha, a pesar de las dificultades inherentes al estudio de este fenómeno, para dilucidar su etiopatogenia fundamentalmente, y elaborar así protocolos de prevención e intervención clínica eficaces.

Hasta el momento, los principales factores de riesgo que se ha podido comprobar que están más frecuentemente asociados a las conductas suicidas en este grupo etario son la depresión, la desesperanza, la familia disfuncional, el abuso de sustancias tóxicas, el fracaso escolar, y el acoso moral, entre otros.

Esta revisión destaca el hecho de que las peculiaridades sociológicas propias de la postmodernidad están influyendo sobre la fenomenología de las conductas suicidas entre los niños y adolescentes de hoy en día.

Palabras clave: Suicidio, Niños, Adolescentes, Factores de riesgo, Internet

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(3):125-32

Suicide among children and adolescents: a review

It is a fact that suicide is one of the top three causes of death among 15 to 24 year olds around the world. Consequently, a large amount of scientific research has been completed, in spite of the difficulties inherent to this type of study, with the primary intention of identifying its etiopathogenesis, establishing suicide prevention strategies and providing effective mental health care.

To date, the main risk factors known to be associated with suicidal behavior in this age group include depression, hopelessness, dysfunctional families, substance abuse, school failure and harassment.

This review highlights the fact that the sociological characteristics of postmodernity are influencing the phenomenology of the suicidal behavior among children and adolescents today.

Keywords: Suicide, Children, Adolescents, Risk factors, Internet

Correspondencia:
Calle Dr. Juan José López Ibor, Nº 2.
C. P. 28035, Madrid.
Correo electrónico: jpicazo@lopezibor.com

INTRODUCCIÓN

Si el suicidio de una persona adulta suele generar desconcierto en su entorno más cercano, este sentimiento es mucho más intenso y generalizado cuando el acto se realiza de manos de un niño o de un adolescente. Solemos relacionar esta etapa de la vida con los conceptos de vitalidad, despreocupación y ansias de futuro¹, que dan lugar a que el joven trate de llevar a cabo su proyecto personal sin plantearse impedimento alguno. Por eso resulta tan difícil la comprensión y aceptación del fenómeno suicidario en estos casos¹, y lleva irremediamente a considerar a los profesionales sanitarios y a los educadores qué propuesta de futuro se les está ofreciendo a los jóvenes hoy en día².

De siempre el suicidio infanto-juvenil ha tratado de ocultarse o de negarse, bien por el miedo a la inculpación directa de las familias³, bien por considerarse un hecho reprochable de manos del cristianismo, principal creencia religiosa que ha dominado el sur y el centro de Europa desde el siglo IV d.C. Como novedad histórica, debido al aumento del fenómeno suicidario en edades tempranas de la vida durante los últimos años, y gracias a la explosión divulgativa de la información a través de los *mass media*, a día de hoy el suicidio no sólo es considerado y aceptado como un hecho real y fehaciente, sino que además está siendo objeto de múltiples rastreos epidemiológicos y de investigaciones científicas^{1,4,6-22,26,27,38-43,46-49}.

A lo largo de este trabajo se revisarán las tasas, los métodos más habituales, y la delimitación conceptual de este fenómeno, y se establecerán unas conclusiones, algunas de las cuales han sido plasmadas en un número representativo de publicaciones científicas. También se realizará un análisis acerca de los motivos por los que el fenómeno suicidario en niños y adolescentes está aumentando, de acuerdo con las características de la sociedad en la que nos ha correspondido vivir.

PREVALENCIA

Se estima que el suicidio es una de las primeras causas de muerte entre adolescentes en todo el mundo⁴, y que su prevalencia en este grupo etario se ha cuadruplicado en las últimas décadas⁵. Por ello está siendo reconocido entre la comunidad científica como uno de los mayores problemas de salud pública global. Para hacernos una idea, en el año 2002 se produjeron 877.000 suicidios en todo el mundo, de los cuales aproximadamente 200.000 fueron de manos de adolescentes y adultos jóvenes⁶. De los cuatro millones de intentos de suicidio que se producen cada año, unos 90.000 corresponden a población de entre 10 y 19 años de edad⁴. O visto en función del género (puesto que el suicidio consumado es de dos a cinco veces más frecuente en varones²), las tasas globales de suicidio por cada 100.000 habitantes en el

año 2000 fueron de 0,4 para chicas y 1,5 para chicos de 5 a 14 años, y de 4,9 para chicas y 22 para chicos de entre 15 y 24 años de edad⁷.

En España, afortunadamente, parece que las tasas son más bajas que las mundiales. Según las cifras oficiales proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística⁸, la tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes correspondiente al año 2010 fue de 0,141 para el grupo etario de entre 10 y 14 años, de 1,258 para los comprendidos entre los 15 y los 19 años, y de 3,645 para los de 20 a 24 años. Cabe destacar que en los datos obtenidos desde la década de los 80, no se registraron casos de suicidio en menores de 5 años (tabla 1). Asimismo, llama la atención la constancia en la frecuencia de suicidio en los últimos años, cuyas cifras se elevan ligeramente a lo largo de la década que comprende desde el año 1985 al 1995 aproximadamente, para luego volver a descender (rangos marcados en negrita en la Tabla 1). Los motivos de esta variación no han sido dilucidados en la literatura hasta el momento.

En un estudio llevado a cabo en Suiza⁹ en el que se examinaron las preferencias en cuanto a metodología suicida, en una muestra de población de 333 jóvenes de entre 0 y 19 años reclutada entre 1998 y 2007, se llegó a la conclusión de que las vías letales escogidas tenían mucho que ver con la disponibilidad y el fácil acceso a las mismas, así como con fenómenos de imitación. De acuerdo con esto, el principal método de suicidio en población masculina infanto-juvenil resultó ser en primer lugar el uso de armas de fuego, seguido del ahorcamiento, arrojarse a las vías del tren, y saltar desde las alturas; entre las chicas la preferencia era arrojarse a las vías, seguida del salto desde una altura, el ahorcamiento y la intoxicación medicamentosa. La inhalación del humo de vehículos no se estilaba entre este grupo de población, la intoxicación por gas doméstico resultó obsoleta por la detoxificación realizada anteriormente en el país, y el ahogamiento estaba mal visto, ya que es tradición en Suiza que los chicos sean duramente entrenados como nadadores en las escuelas.

FACTORES DE RIESGO

Ahora bien: ¿Cuál es el motivo por el que un joven socialmente apto en apariencia, decide dejar de vivir? Según los datos publicados, parece existir un consenso sobre los factores de riesgo, o lo que es lo mismo, las circunstancias sociales y características personales que desencadenan el suicidio infanto-juvenil^{2,4,6,10-22}:

- En primer lugar, la mayoría de las investigaciones coinciden en que la depresión es el factor de riesgo más frecuentemente implicado en las conductas suicidas en jóvenes. Sin embargo, muchos autores también insisten en la desesperanza (*hopelessness*) como mejor predictor. Según Beck, el estado de desesperanza se define como un sistema de esquemas cognitivos cuya denomi-

Tabla 1

Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas, por edad y sexo. Resultados correspondientes a España. Unidades: Personas. Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁸.

Año	De 5 a 9 años			De 10 a 14 años			De 15 a 19 años			De 20 a 24 años		
	V [*]	M ^{**}	T ^{***}	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1980	0	0	0	6	1	7	41	13	54	93	20	113
1981	2	0	2	15	3	18	51	13	64	108	25	133
1982	1	0	1	11	2	13	56	16	72	84	28	112
1983	1	0	1	11	3	14	51	20	71	123	25	148
1984	0	0	0	14	4	18	77	18	95	119	32	151
1985	1	0	1	7	1	8	60	15	75	116	28	144
1986	1	0	1	19	9	28	82	24	106	145	30	175
1987	0	0	0	17	2	19	78	24	102	138	44	182
1988	1	0	1	20	1	21	101	17	118	183	42	225
1989	0	0	0	18	6	24	81	26	107	203	34	237
1990	0	0	0	19	6	25	82	20	102	158	34	192
1991	1	0	1	19	5	24	80	23	103	158	48	206
1992	0	0	0	6	3	9	71	15	86	154	27	181
1993	1	0	1	15	2	17	71	21	92	175	32	207
1994	0	0	0	10	2	12	70	20	90	183	36	219
1995	0	0	0	8	1	9	100	21	121	187	44	231
1996	0	1	1	5	7	12	81	25	106	197	45	242
1997	0	0	0	9	5	14	81	29	110	176	41	217
1998	0	0	0	4	4	8	62	16	78	187	28	215
1999	0	0	0	2	0	2	68	25	93	150	36	186
2000	0	0	0	6	3	9	71	18	89	158	25	183
2001	0	0	0	7	4	11	37	12	49	157	28	185
2002	0	0	0	7	1	8	46	20	66	150	26	176
2003	0	0	0	2	1	3	47	16	63	144	40	184
2004	0	0	0	11	1	12	35	19	54	140	37	177
2005	0	1	1	4	2	6	52	14	66	112	24	136
2006	0	0	0	2	3	5	37	13	50	116	25	141
2007	0	0	0	7	5	12	22	9	31	92	21	113
2008	0	0	0	2	2	4	30	11	41	108	19	127
2009	0	0	0	7	1	8	41	6	47	98	26	124
2010	0	0	0	3	0	3	22	6	28	77	17	94

* Varones; ** Mujeres; *** Total

nación común son las expectativas negativas sobre el futuro²³; bajo estas circunstancias, las ideas de suicidio podrían entenderse como expresión extrema del deseo de escapar de lo que parecen ser problemas irresolubles, o de una situación intolerable²⁴. En efecto, la etapa adolescente representa un período crítico en el que se producen cambios tan estresantes como la adaptación a

una nueva corporalidad, la adquisición de un rol definitivo, la construcción de un proyecto de vida motivante y el desarrollo de un proceso de autonomía con el consecuente distanciamiento de las figuras de autoridad, que en ocasiones generan sentimientos de soledad, frustración y angustia²⁵, que a su vez justificarían una mayor propensión a la desesperanza.

- Familia problemática: La dinámica familiar desempeña un papel relevante en la estabilidad emocional de sus miembros, y más concretamente de los adolescentes, pues necesitan un mayor soporte emocional de cara a solventar acontecimientos vitales estresantes, y a paliar sentimientos propios de la edad anteriormente descritos. La falta de comunicación intrafamiliar, las discusiones continuas con alta emoción expresada, y la carencia de afecto y de cohesión entre los miembros, constituyen los principales aspectos precipitantes de la conducta suicida en niños y adolescentes. Asimismo, se ha demostrado en numerosos estudios que los sujetos con historia familiar de suicidio o tentativa tienen un mayor riesgo de autoagredirse, por transmisión genética *per se*, por la herencia de trastornos mentales, o bien por el hecho de compartir los mismos factores ambientales nocivos^{26,27}.
- Consumo de sustancias tóxicas: El abuso de tóxicos puede desvelar una ineficacia general de los mecanismos de afrontamiento (común en individuos potencialmente suicidas), puede actuar como mediador entre la depresión y la conducta suicida por su poder desinhibitorio, y/o puede ser un generador de sentimientos de desesperanza e impotencia que llevarían al mismo fin².
- Malestar con los pares: El novedoso fenómeno denominado "*bullying*" (del inglés *bull*, toro), está fuertemente ligado al suicidio. De hecho ya se ha creado el vocablo "*bully-cidio*" para indicar esta asociación²⁸. El también llamado "matonismo" cabe entenderlo como "el acoso psicológico, moral y/o físico, llevado a cabo en los centros educativos, donde un alumno ejerce poder sobre otro, de un modo sistemático y con la intención de dañarlo"²⁹. La avalancha de artículos periodísticos y de programas de televisión que se ha producido en los últimos años en nuestro país, ha tenido que ver en parte con la muerte en el año 2004 de Jokin, un chico de 14 años de edad que se arrojó desde una muralla en Hondarribia, tras sufrir las agresiones y burlas de algunos compañeros de clase durante todo un año. El acoso se perpetró, entre otros motivos, por ser el único de su grupo que no interceptó una carta que unos monitores de un campamento enviaron a los padres de los chicos, alertándoles de que les habían encontrado fumando cannabis. Horas antes de su suicidio, el chico dejó una nota en internet que decía "*Libre, oh, libre. Mis ojos seguirán aunque paren mis pies*"³⁰. Cabe mencionar otra modalidad de acoso moral que está surgiendo a través de la red, denominada "*ciber-bullying*", en la que a través de páginas específicas (como "formspring" que llegó a alcanzar 135 millones de seguidores, o la mejicana "la-jaula.net"), un hostigador puede insultar a sus compañeros manteniendo el anonimato^{31,32}.
- El fracaso escolar por sí solo no constituye un factor desencadenante; pero cuando está asociado a una fuerte presión académica, a una insatisfacción personal con los resultados obtenidos, y a una red de apoyo social

insuficiente (sobre todo familiar), si incide sobre el riesgo de llevar a cabo una conducta suicida². Respecto a la presión académica, Cobo es también de la opinión de que "a veces, la escuela es más dura que la vida adulta. Sólo los escolares pasan por el trance de verse calificados regularmente y juzgados (examinados) por lo menos una vez al año: ¿qué adulto soportaría eso?"³³.

- Otros factores de riesgo asociados serían la insatisfacción corporal^{12,21}, los frecuentes cambios de residencia²⁰, la disregulación afectiva¹⁰, la impulsividad¹⁷, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad²², el nivel económico bajo¹³, las enfermedades crónicas⁴, las vivencias traumáticas (bélicas, abusos sexuales y maltrato físico sobre todo)⁴, y los conflictos con la identidad sexual⁴, fundamentalmente.

DEFINICIONES Y TIPOLOGÍAS

De todos es sabido que se necesita una cierta madurez cognitiva para comprender el concepto de muerte, y para que, por tanto, ésta sea el objetivo de una autoagresión^{1,2}. Según las investigaciones de Nagy³⁴, existirían tres estadios en el proceso de su asunción durante la infancia:

- Los niños menores de cinco años, por lo general, no son capaces de distinguir la vida de la muerte. Por esta razón, niegan su carácter irreversible, equiparándola a un viaje o a un sueño.
- Los de entre cinco y nueve años ya reconocen la muerte, pero la personifican, es decir, la consideran algo así como "alguien malo que te puede coger". Sería entendida por tanto como un estatus evitable, que además incluso podría alternarse repetidas veces con la vida.
- Sólo después de los nueve años de vida será cuando el niño entienda la muerte como un proceso inevitable y universal, cuyo resultado es el cese definitivo de la vida corporal.

Puesto que el concepto de muerte varía en función de la etapa evolutiva del niño, dos suicidios de similares características (arrojarse desde una altura) en dos chicos de diferentes edades (4 y 9 años), pueden tener motivaciones bien distintas: el primero probablemente sea el objeto de una fantasía (por ejemplo, la esperanza que tenga el niño de que podrá volar como los héroes a los que admira)², y el otro, consecuencia de una situación desesperada (por ejemplo, que esté siendo víctima de un acoso escolar).

Siguiendo a Mardomingo³⁵, el espectro de la conducta suicida en niños y adolescentes abarcaría los siguientes apartados:

- El suicidio consumado englobaría todos aquellos actos autolesivos voluntarios que darían como resultado la propia muerte del menor. El diagnóstico no siempre

resultaría fácil, ya que en muchas ocasiones se duda de si se trata de un acto suicida, o de una imprudencia o conducta temeraria.

- El intento de suicidio, también llamado parasuicidio, sería aquel acto en el que un joven se inflige un daño de forma deliberada, pero sin resultado de muerte. En esta definición no se incluiría el propósito subyacente del acto (esto es, si el individuo pretendía morir o manipular al entorno).
- Dentro del concepto de ideación suicida quedarían incluidos de manera amplia pensamientos como los inespecíficos acerca del escaso valor de la vida, la elaboración de planes de suicidio, o las amenazas heterodirigidas, entre otros.

Según esta autora³⁵, existe un debate abierto acerca de si la conducta suicida es un continuo que va desde la ideación suicida, pasando por las tentativas y/o amenazas, hasta llegar al suicidio consumado, o de sí, por el contrario, los individuos que se suicidan tienen características que difieren del resto. En función de esta segunda teoría, existirían dos subgrupos distintos, entre los niños y adolescentes que se autoagreden:

- Uno de peor pronóstico (porque usaría métodos de mayor letalidad y sería más propenso a consumir el suicidio), caracterizado por la presencia de trastornos psiquiátricos y factores ambientales negativos, que no actuaría en función de un factor desencadenante claro pero sí de una situación adversa mantenida;
- y otro grupo en el que la disrupción familiar o los antecedentes psiquiátricos no serían relevantes, pero que operaría de forma impulsiva y sin premeditación, motivado por un acontecimiento vital estresante, y con la finalidad de modificar el entorno.

En cualquier caso, y tal y como insistía Cobo en sus escritos, "(...) todo acto suicidario, por banal o chantajista que pueda parecer, debe ser tomado muy en serio. El hecho de que un chico recurra a la autolesión (de distinto género que en la rabieta) para terminar con una situación que le es insoportable significa una gran vulnerabilidad de su persona y debe ser minuciosamente ayudado"³³.

LIMITACIONES INHERENTES AL ESTUDIO DEL SUICIDIO

La investigación del suicidio continúa viéndose afectada a día de hoy por una serie de dificultades metodológicas, que tienen que ver con la situación de oscurantismo que lo rodea, y que en ocasiones infravalora la magnitud del problema^{1,3,36}. En primer lugar, muchas veces no se puede establecer con seguridad la intención suicida de la víctima, porque su entorno puede actuar como encubridor, dada la reprobación social hacia este tipo de conductas. En el caso

de que el sujeto sea un niño o un adolescente, como ya hemos mencionado, puede incluso existir cierto miedo por parte de los progenitores a que se les atribuya alguna responsabilidad en el acto³.

Otra de las principales dificultades a la hora de recopilar información es que, dado que no se puede estudiar a la población afectada de modo directo, a veces se generan dudas de si el resultado final obedece a un suicidio, a un accidente³, o a un acto temerario. Un ejemplo de esto sería el denominado "juego del pañuelo", una práctica de riesgo conocida entre adolescentes, que consiste en atar un pañuelo a una estructura sólida (como la pata de una cama, o el tirador de una puerta o de una ventana), para rodear el propio cuello con el otro extremo, provocar una disminución del riego sanguíneo del cerebro, y conseguir así sensaciones de éxtasis o desmayo, con la intención de desatarse a tiempo³⁷.

Las dificultades burocráticas y administrativas a la hora de registrar las causas de defunción en las administraciones públicas, también pueden influir negativamente sobre la recogida de datos epidemiológicos³⁶.

CONCLUSIONES

Así las cosas, es de esperar que la comunidad científica haya dedicado grandes esfuerzos en los últimos años para investigar este fenómeno. Revisados artículos al respecto publicados en revistas científicas de alto impacto^{4,6,9-22,38-43}, llama la atención que:

1. En primer lugar, existe una importante alarma entre los investigadores y clínicos por las tasas actuales y por su crecimiento en los últimos años.
2. En segundo lugar, y a consecuencia de lo anterior, hay una tendencia global a buscar y tipificar los factores de riesgo y los aspectos psicopatológicos implicados en el suicidio.
3. Para la mayoría de los autores, el suicidio infanto-juvenil tiene que ver con un proceso morboso de etiopatogenia neurobiológica, y no con la voluntad del propio individuo.
4. Hay una notable preocupación, y a la vez una gran controversia científica, acerca del hecho de que los fármacos ISRSs puedan desencadenar ideas de suicidio en niños y adolescentes, desde que en el año 2003 dieran la voz de alarma tanto la *United States Food and Drug Administration* (FDA), como el *United Kingdom's Department of Health*³⁸.
5. Se insiste mucho, una vez más, en que no hay que subestimar a las personas que se hacen daño a sí mismas, por muy manipulativo y finalista que parezca el acto, pues tienen muchas posibilidades de cometer suicidio en años venideros.

6. Y también se insiste en que, cuanto más limitemos el acceso de los niños y de los adolescentes a sustancias tóxicas, armas de fuego, vías de trenes, puentes, etc., más suicidios serán evitados.
7. El principal objetivo es el de poder llegar a elaborar protocolos fiables de diagnóstico precoz, y el desarrollo de medidas eficaces de prevención primaria, secundaria y terciaria.

DISCUSIÓN

Hay que tener en cuenta que, en virtud del contexto histórico, los adolescentes de hoy en día tienen conductas y modos de vivenciar la realidad muy diferentes a los de hace unas décadas². El suicidio es más frecuente entre individuos de cada vez más escasa edad, no sólo por los factores de riesgo ya mencionados, sino por otras características sociológicas propias de la era postmoderna.

En primer lugar, el vertiginoso desarrollo tecnológico de los últimos años ha revolucionado prácticamente todos los ámbitos de nuestra vida. Así, la mundialización del intercambio de información a la que fácilmente tienen acceso los niños, es probable que haya acelerado su desarrollo evolutivo, de manera que ahora se elabora a edades cada vez más tempranas el significado de la muerte. Esto explicaría el hecho de que tanto las ideas como las conductas suicidas, atribuibles históricamente a los adultos, se estén sucediendo de manera prematura entre los individuos de nuestra sociedad.

Por otra parte, y tal y como describe Bauman, estas nuevas tecnologías han modificado nuestra forma de establecer relaciones⁴⁴. Hoy por hoy basta con conectarse a una red social o a un chat, a través de uno de tantos ordenadores que abundan en nuestro entorno, o del propio teléfono móvil, para conocer los pormenores de la vida de muchos otros, sin necesidad siquiera de mantener una conversación. Paradójicamente, el hecho de que desde la soledad de una habitación uno pueda comunicarse con decenas de personas a la vez, ha fomentado la fragilidad a la hora de establecer vínculos y el aislamiento social, pues nuestras "conexiones" resultantes son cada vez más superficiales y breves.

Otro aspecto importante es que la posibilidad de difusión de la información pública o privada a través de la red, ha amplificado lo que en su día se denominó el "efecto Werther", término acuñado por el sociólogo David P. Phillips en 1974, que hace referencia a las conductas suicidas imitativas. Esta denominación deriva de la novela "Las penas del joven Werther", escrita por Goethe en el año 1774⁴⁵, cuyo protagonista, un joven desesperanzado por el desamor de una mujer comprometida, se suicida con un arma de fuego. Tras su publicación, se produjo una oleada de suicidios en Europa, caracterizados por el mismo método y vestimenta (chaqueta azul, camisa abierta, chaleco amarillo, pantalones

blancos, botas altas y sombrero redondo), que hizo que en algunos países se prohibiera su difusión. Pues bien, es una realidad que a día de hoy se esté utilizando la plataforma de internet para publicar información acerca de métodos de autolesión o para realizar pactos suicidas^{46,47}. Un ejemplo de esto sería el hecho de que determinadas tribus urbanas como los miembros de la subcultura gótica⁴⁸ o los "Emo" (adolescentes con una estética lánguida, anoréxica, que se maquillan para acentuar su palidez, y que se peinan cubriendo su rostro porque no les agrada relacionarse ni ser vistos), estarían utilizando la red para colgar vídeos donde muestran conductas autodestructivas, y para intercambiar la música que escuchan (subgéneros del rock y del punk fundamentalmente), que también se asocia con una mayor vulnerabilidad al suicidio⁴⁹. Otro ejemplo de "efecto Werther" sería el hecho de que, como hemos visto en el caso de Jokin, las notas de despedida estén empezando a ser publicadas y difundidas a través de la web.

Otro factor sociológico que podría estar promoviendo este "desencanto vital" por parte de los jóvenes, sería el hecho de que existe un vacío de referentes sólidos con los que puedan identificarse las nuevas generaciones, motivado por dos situaciones que se están dando prácticamente a diario:

1. Los casos de fraude (ideológico, de valores, legislativo, etc.) que se anuncian continuamente en los medios de comunicación², y que por otra parte hacen que se descredite de manera generalizada a nuestros líderes.
2. La deslegitimación de los grandes relatos por los que se regía la sociedad global, característica principal de la postmodernidad, y sus consecuencias, tal y como explicó Lyotard: "La función narrativa pierde sus functores, el gran héroe, los grandes peligros, los grandes periplos y el gran propósito. Se dispersa en nubes de elementos lingüísticos narrativos, etc., cada uno de ellos vehiculando consigo valencias pragmáticas *sui generis*. Cada uno de nosotros vive en la encrucijada de muchas de ellas"⁵⁰.

Por último, la situación de crisis económica mundial que vivimos en la actualidad está frustrando las expectativas profesionales y el deseo de emancipación de una juventud cada vez más preparada, lo que contribuye al incremento de un malestar psíquico generalizado.

A través de la presente revisión se quiere recalcar, que, puesto que el suicidio infanto-juvenil se da con una alta prevalencia y de manera cada vez más frecuente en todo el mundo, es necesario eliminar el oscurantismo que lo ha rodeado históricamente y realizar más estudios de prevalencia, prevención y detección precoz de la ideación suicida, con el fin de ofrecer a los pacientes un tratamiento adecuado y disminuir así el número de casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Seijo JC. Tentativas de suicidio en la adolescencia. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1995.
2. Buendía J, Riquelme A, Ruiz JA. El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones, 2004.
3. Villardón-Gallego L. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto, 1993.
4. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamani E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med.* 2009;58(2):95-102.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ psiquiatría clínica. Barcelona: Waverly hispánica, 2004.
6. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med.* 2009;58(3):144-51.
7. WHO Statistical Information System. Disponible en URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en/index.html (Consulta: 14 de enero de 2013).
8. INE (Instituto Nacional de Estadística). Disponible en URL: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase> (Consulta: 14 de enero de 2013).
9. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(2):67-73.
10. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res.* 2009;13(3):230-46.
11. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drugs.* 2003;5(4):243-65.
12. Greydanus DE, Apple RW. The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *J Multidiscip Healthc.* 2011;4:183-9.
13. Shin YM, Chung YK, Lim KY, Lee YM, Oh EY, Cho SM. Childhood predictors of deliberate self-harm behavior and suicide ideation in Korean adolescents: a prospective population-based follow-up study". *J Korean Med Sci.* 2009;24:215-22.
14. Lee A, Wong SY, Tsang KK, Ho GS, Wong CW, Cheng F. Understanding suicidality and correlates among Chinese secondary school students in Hong Kong. *Health Promot Int.* 2009;24(2):156-65.
15. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, et al. Suicidal events in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *J Clin Psychiatry.* 2009;70(5):741-7.
16. Liu X, Gentzler AL, George CJ, Kovacs M. Responses to depressed mood and suicide attempt in young adults with a history of childhood-onset mood disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(5):644-52.
17. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevet KN, Dawes MA, Hatzis ES, et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* 2009;169(1):22-7.
18. Kaminski JW, Fang X. Victimization by peers and adolescent suicide in three US samples. *J Pediatr.* 2009;155(5):683-8.
19. Ganz D, Sher L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatr.* 2009;61:333-47.
20. Qin P, Mortensen PB, Pedersen CB. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(6):628-32.
21. Swahn MH, Reynolds MR, Tice M, Miranda-Pierangeli MC, Jones CR, Jones IR. Perceived overweight, BMI, and risk for suicide attempts: findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. *J Adolesc Health.* 2009;45:292-5.
22. Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, et al. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - a pilot study. *Eur Psychiatry.* 2010;25(3):146-50.
23. Beck AT, Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
24. Beck AT. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2005.
25. Valadez-Figueroa I, Amezcua-Fernández R, Quintanilla-Montoya R, González-Gallegos N. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar.* 2005;7(3):69-78.
26. Burke AK, Galfalvy H, Everett B, Currier D, Zelazny J, Oquendo MA, et al. Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(2):114-21.
27. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(2):157-77.
28. Carmona JA, Tobón F, Jaramillo JC, Areiza YA. El suicidio en la pubertad y adolescencia. Un abordaje desde la psicología social. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó, 2010.
29. Rodríguez N. Guerra en las aulas. Madrid: Temas de hoy, 2004.
30. El País: "La autopsia practicada al adolescente muerto en Hondarribia revela palizas previas". Disponible en URL: http://elpais.com/diario/2004/09/30/sociedad/1096495210_850215.html (Consulta: 14 de enero de 2013).
31. El Universal: "El ciberacoso, una agresión que puede provocar suicidio". Disponible en URL: <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/64190.html> (Consulta: 14 de enero de 2013).
32. BBC Mundo: "El odio en internet también es social". Disponible en URL: http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/05/100519_acoso_redes_sociales_lh.shtml (Consulta: 14 de enero de 2013).
33. Cobo-Medina C. El suicidio infantil en España. *El médico.* 1985;131:57-70.
34. Nagy M. The child's theories concerning death. *J Genet Psychol.* 1948;73:3-27.
35. Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
36. Aranda-Aznar J. Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. *Rev Psiquiatr Med Eur Am Latina.* 1984;16(8):517-20.
37. El País: "Un joven muere con el 'juego del pañuelo'". Disponible en URL: http://elpais.com/diario/2010/01/09/sociedad/1262991605_850215.html (Consulta: 14 de enero de 2013).
38. Mann JJ, Emslie GJ, Baldessarini RJ, Beardslee W, Fawcett JA, Goodwin FK, et al. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology.* 2006;31(3):473-92.
39. Renaud J, Berlim MT, Séguin M, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. *J Affect Disord.* 2009;117:168-73.
40. Robinson J, Hetrick S, Gook S, Cosgrave EM, Yuen HP, McGorry PD, et al. Study protocol: the development of a randomised controlled trial testing a postcard intervention designed to reduce suicide risk among young help-seekers. *BMC Psychiatry.* 2009;9:59.
41. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Tuisku V, Kiviruusu O, Ruuttu T, et al. Detecting suicidality among adolescent outpatients:

- evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*. 2008;8:97.
42. Frosch E, McCulloch J, Yoon Y, dosReis S. Pediatric emergency consultations: Prior mental health service use in suicide attempters. *J Behav Health Serv Res*. 2009;38(1):68-79.
 43. Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22(3):160-8.
 44. Bauman Z. *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2005.
 45. Goethe JW. *Penas del joven Werther*. Madrid: Alianza, 2007.
 46. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8:3938-52.
 47. McCarthy MJ. Internet monitoring of suicide risk in the population. *J Affect Disord*. 2010;122(3):277-9.
 48. Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2006;332(7549):1058-61.
 49. Baker F, Bor W. Can music preference indicate mental health status in young people? *Australas Psychiatry*. 2008;16(4):284-8.
 50. Lyotard JF. *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra, 2008.