

# *En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicativa del suicidio infantil*

A. POLAINO-LORENTE y F. J. de las HERAS

Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad Complutense de Madrid

## INTRODUCCION

Es conocido como los problemas de salud o de tipo sociocultural y familiar influyen en el rendimiento escolar. Brown y cols. (1985) describen en la muestra estudiada por ellos un mayor rendimiento entre los hijos de familias con mayores ingresos económicos, mayor nivel de educación y entre aquellos en que la presencia de los padres en casa era mayor. Por otro lado, los rendimientos escolares eran menores entre los niños con diversas alteraciones de índole somática, especialmente entre los que padecían trastornos auditivos. En un trabajo similar realizado en España por Braña (1985) sobre 116 niños con retraso escolar y no infradotados intelectualmente, se describe que un 23 % padecían otitis, un 42 % trastornos de conducta y más del 66 % trastornos del lenguaje.

La presencia de estas correlaciones significativas entre problemas de salud y dificultades escolares nos viene a demostrar una vez más la estrecha relación que se establece entre las mismas, pero continúa siendo muy difícil precisar, como afirma Polaino-Lorente (1987), cuál es la causa y cuál el efecto. Esto resulta aún más complicado cuando se trata de valorar si es el fracaso escolar el determinante de un trastorno depresivo y de una conducta suicida asociada, o bien, es el trastorno depresivo el que da lugar al fracaso escolar. Lo mismo puede afirmarse de los trastornos psicopatológicos de índole no depresiva que pueden ocasionar conductas suicidas entre los escolares.

## PRINCIPALES PECUALIARIDADES DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES E INFANTO-JUVENILES

Realmente resulta necesario distinguir entre las características que ofrecen las conductas suicidas durante la infancia y las propias de la adolescencia, si bien, es difícil establecer una cifra concreta de edad que establezca la línea divisoria entre ambas, ya que la evolución de los rasgos psicológicos y psicopatológicos no es homogénea entre este tipo de población.

### **Conductas suicidas infantiles**

El suicidio durante la primera infancia ha sido muy discutido, al dudarse de la capacidad del niño para comprender el fenómeno de la muerte ajena y de la propia; y más aún de que la voluntad pudiese mediar en el hecho de que los niños que realizan una autoagresión tuvieran la intención de quitarse la vida. Probablemente, no se adquiere un concepto realista de lo que es la muerte hasta los diez o doce años de edad (Koocher, 1975). Rosenthal y Rosenthal (1984) han realizado un estudio sobre conducta suicida en niños de edad inferior a los cinco años, encontrando que todos expresaban el deseo de morir, pero no todos el deseo de matarse. En conjunto, el grupo suicida mostraba, en relación al control, y de forma significativa, una agresión no suicida autodirigida, pérdida de interés, ideas morbosas, depresión de acuerdo con el criterio de Weimberg (1973), impulsividad, hiperactividad y menor miedo y llanto frente al dolor.

No existe total acuerdo sobre las características propias del suicidio infantil, si bien se admite generalmente que las conductas suicidas durante esta época de la vida están muy determinadas por la vivencia del momento presente. Ya Deshaies (1947) consideraba el suicidio infantil como un acto impulsivo e instantáneo. Pfeffer y cols. (1983) no conceden excesiva importancia a la agresividad, y Cohen-Sandler y cols. (1982) piensan que el estrés previo tiene una importancia muy significativa. Moron (1977) describe tres tipos: el impulsivo, el hiperemotivo y el depresivo, resaltando como el niño vive el momento presente, por lo cual, su muerte es la simple negación del presente y la tentativa de suicidio responde en él, directamente, a una situación dada.

Esta situación suele estar centrada en problemas de índole familiar, el medio suele estar perturbado por ausencia de uno de los padres (muerte, enfermedad, divorcio, emigración, etc.), por graves discusiones entre ambos progenitores, existiendo con frecuencia malos tratos. En este sentido Green (1978) encontró conductas suicidas en un 40 % de los integrantes de una población de niños maltratados. Rosenthal y Rosenthal (1984) describen que un 80 % de los niños en edad preescolar que presentaron conductas suicidas eran niños no deseados o maltratados por sus padres.

La importancia del ambiente familiar en las conductas suicidas infantiles es comparable a su repercusión en el fracaso escolar, pudiéndose afirmar que los tres factores se hallan íntimamente relacionados. En muchos casos, un ambiente familiar inadecuado durante la infancia va a favorecer la aparición de conductas suicidas durante la adolescencia.

Krysnky (1985) sugiere que en los niños, los mismos mecanismos autísticos de huir de una realidad inquietante a través del aislamiento podrían conducir al suicidio (la muerte es el máximo aislamiento); de hecho, Peck y Schurt (1981) creen que tanto el adolescente como el preadolescente suicida se distinguen en su infancia por una tendencia a estar solos durante mucho tiempo, que viene dada por su escasa adaptación para las relaciones emocionales con los demás. En otras ocasiones, lo que el niño pretende es modificar la dinámica familiar mediante la tentativa de suicidio, y de no ser así, los niños pueden ensayar nuevas tentativas para intentar conseguir la satisfacción esperada (Anton y cols., 1984). Esta modificación puede estar relacionada con las calificaciones escolares obtenidas y con la actitud, en este sentido, de los padres hacia el niño; es decir, con lo que los padres esperan de él. Pero no hay que pensar con excesiva frecuencia en una postura puramente chantagista, ya que según Moron (1977) la niña no hace la guerra de chantaje hasta la pubertad, si bien, parece ser que el niño puede utilizar este tipo de comportamiento a partir de los siete años de edad.

### **Conductas suicidas infanto-juveniles**

La privación de los padres durante la infancia (Sinneidman, 1976) favorece la aparición de conductas suicidas durante la adolescencia. Stanley y Barter (1978) también encuentran una mayor incidencia de muerte o ausencia de los padres en las tentativas de suicidio estudiadas. Simpson (1976) encuentra en tentativas de suicidio femeninas una alta incidencia de privación de la madre durante la infancia. Cassorla (1984) encuentra, además, que la primera tentativa es más precoz entre los adolescentes con pérdida paterna o materna durante la infancia. Jacobziner (1960) encontró muerte del padre en un 8 % de los intentos de suicidio realizados entre los ocho y los diecinueve años de edad, si bien, Crook y Raskin (1975) creen que la pérdida por muerte es parecida en los grupos suicidas, deprimidos y controles y que lo que destaca en su estudio, es la mayor frecuencia entre los suicidas de separación antes de los doce años de edad de uno o ambos padres por abandono, divorcio o separación. Goldney (1981) encuentra en su muestra de tentativas de suicidio un 10 % de muerte de los padres durante la infancia y un 20 % de pérdida de uno de los padres por separación o divorcio.

La separación o divorcio de los padres parece tener una importancia

capital (Ross y cols., 1983), ya que «vivir felices con su familia» es el objetivo más frecuentemente deseado por la población infantil según datos obtenidos por Sainz (1984), y en definitiva, lo esencial radica en la ruptura o disociación de la estructura familiar (Choquet y Davidson, 1984), que conduce a una falta de integración del sujeto dentro de la misma (Guze y Borins, 1974). Estas familias han venido denominándose «broken homes» u «hogares rotos».

No solamente el hecho de haberse desarrollado dentro de un hogar deshecho puede favorecer la conducta suicida. Según Alonso-Fernández (1985) el imperio del autoritarismo familiar y la falta de control por parte de los adultos son factores contrapuestos que coinciden en fomentar entre los adolescentes las mismas inclinaciones a las conductas de evasión y de alto riesgo, siendo el principal fallo de los padres su incapacidad para adoptar con los hijos una postura serena y comprensiva, con lo que el conflicto padre-hijo es el dato nuclear más frecuente de la situación. Según Ross y cols. (1983), las ideas suicidas estarían asociadas con madres intolerantes y ofensivas, y con padres castigadores; y en general, con un patrón de educación negativo del padre del mismo sexo, caracterizado porque ambos padres favorecen a los hermanos en vez de al sujeto en cuestión y porque ambos padres no estimulan, engendran culpa, rechazan y no son afectuosos con él.

Otro factor que describió Hendin (1961) es el hecho de que las madres comiencen precozmente a inculcar a sus hijos sentimientos de culpa y de vergüenza, creando tempranos sentimientos de responsabilidad y deber moral que pueden derivar posteriormente en autoacusaciones y comportamientos autoagresivos. Ladame (1981) habla de una exagerada identificación entre padres e hijos relacionada con una también excesiva preocupación por el triunfo propio y el de sus hijos. Aunque esta preocupación, en sí misma, no sería anormal, en tales padres tendería a compensar sus sentimientos de fracaso, de incapacidad y de inseguridad. Quieren ver cumplidos en sus hijos los triunfos que soñaron para sí mismos y tienden por eso a bloquear otras clases de comunicación, especialmente las que giran en torno a los fallos de sus hijos. Las expresiones de los hijos relacionados con sentimientos de infelicidad, frustración y fracaso son totalmente inaceptables para los padres. Estos aspectos son especialmente relevantes cuando el problema se sitúa en torno al fracaso escolar, con lo que los niños o adolescentes se sienten incomprendidos e incommunicados dentro del ambiente familiar, si bien, los padres niegan esta situación frecuentemente. Estos sentimientos de incomprensión e incommunicación familiar son muy frecuentes entre los que intentan suicidarse (Peck y Litman, 1974; Simpson, 1976; Choquet y Davidson, 1984), ya que además, cuanto menor edad tiene el niño, más difícil le resulta encontrar ayuda psicológica fuera del ambiente familiar, ya que el único medio a su alcance es entonces el escolar.

Durante la adolescencia las conductas suicidas suelen ser menos graves que a otras edades (Giménez y cols., 1983), pero con mayor componente de agresividad (Tardiff, 1981; Inmamdar y cols., 1982). Según Alonso-Fernández (1985) suele tratarse de actos instantáneos que aparecen como una respuesta impulsiva a algún problema inmediato que surge sobre un largo conflicto de fondo y, en el pequeño número de tentativas en las que hay cierta premeditación, ésta suele limitarse a las veinticuatro horas previas al intento suicida. Chabrol (1984), ha planteado el suicidio del adolescente como una ambivalencia entre el deseo de muerte y de vida. Realmente es frecuente que éstos expresen más que un deseo real de morir, un deseo de cambiar de vida que se espera tras la muerte como un descanso o un estado «nirvánico», lo que significa que lo que se pretende es modificar la situación y no la autodestrucción (De las Heras, 1986). Otras veces se deja el resultado en manos del destino, a través de este comportamiento ambivalente, lo que se puede traducir en conductas de riesgo, consideradas clásicamente como equivalentes suicidas, como conducir de forma arriesgada, etc., que en otras ocasiones están más relacionadas con un exagerado deseo por experimentar elación (Gómez Dupertus, 1980) o con medirse a sí mismo (Alonso-Fernández, 1985). No obstante, a menudo existe una depresión de fondo, no siempre diagnosticada. Roy y cols. (1984) han encontrado que un 44 % de los adolescentes que consumaron el suicidio estaban deprimidos; y Angle y cols. (1983) al igual que Alessy y cols. (1984) han demostrado la gran importancia que tienen también en este sentido los trastornos de personalidad.

Factores de índole amorosa precipitan con cierta frecuencia algunas tentativas de suicidio durante la adolescencia, a veces con una intención manipuladora o chantagista y a veces porque agravan un problema de soledad e incomunicación. Especialmente durante la adolescencia hay que entender las conductas suicidas como un problema multifactorial en que los problemas se muestran insolubles, emergiendo la frustración y el estrés, lo que es percibido por el niño o el adolescente como una amenaza de la que muy difícilmente sabe defenderse (Polaino-Loente, 1988). Se recurre, entonces, a la conducta suicida como una forma de salida de la situación, que puede estar más o menos relacionada con un aprendizaje psicológico previo en este sentido. La acción desinhibidora del alcohol puede actuar como desencadenante, una vez que ya existe un trastorno psicopatológico o un conflicto previo, al igual que el consumo de otras drogas; datos que son más frecuentes entre niños o adolescentes sociópatas (Ward y Schuckit, 1980).

## EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO INFANTIL E INFANTO-JUVENIL

Según Stengel (1965) las tasas de suicidios tienden a distorsionar la verdad, incluso en países con una larga tradición científica. Dublin (1963) calculaba que en los Estados Unidos el número de suicidios era, con toda probabilidad, de un cuarto a un tercio más alto que lo registrado. En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística (1976) son mucho menos fiables, ya que constata en Barcelona 58,7 suicidios anuales por término medio durante el período 1966-75, mientras que Marti (1984) estudiando el total de autopsias por muerte violenta describe en la misma ciudad 180 suicidios, es decir, el triple que los registrados por las estadísticas oficiales. Lo mismo puede verificarse en el estudio llevado a cabo por Estruch y Cardús (1982) en Menorca. Más discrepante es aún el estudio realizado por De las Heras y cols. (1987) en Madrid, en el que encuentran 284 suicidios anuales, mientras que el INE publica una media de 47 suicidios anuales por término medio en dicha ciudad durante el período 1966-75, es decir, recoge una sexta parte de los casos.

Hecha esta salvedad, hay que decir que parece ser que el suicidio consumado es muy raro antes de los diez años de edad (Krynsky, 1985), si bien, todos los datos indican que se va haciendo más frecuente durante los últimos años. Pfeffer (1981) estudia su incidencia entre niños de seis a doce años comprobando su aumento en USA, ya que de una tasa de 0,4 por 100.000 calculada en 1955 se a pasado en 1975 a la cifra de 1,2. McClure (1984) ha encontrado más recientemente una tasa de 1,4 por 100.000; de 1,5 para los varones, y 1,2 para las niñas de edades comprendidas entre los diez y los catorce años.

En España existen pocos estudios epidemiológicos sobre suicidio infantil. El INE (1976) recoge muy pocos casos del total, dando una tasa de 0,04 suicidios por 100.000 habitantes entre los niños menores de trece años y de 1,02 entre los mayores de doce años y menores de veinte. En este sentido influye, además de las deficiencias del sistema estadístico oficial, el hecho de que el suicidio infantil quede especialmente encubierto en un buen número de casos. En estudios llevados a cabo al margen de las estadísticas oficiales observamos en Madrid según De las Heras y cols. (1987), que no hubo ningún caso durante 1984 en menores de trece años y entre los mayores de doce años y menores de veinte, la tasa fue de 4,78 por 100.000. En Barcelona, según Martí (1984) fueron de 0,73 y de 2,89 por 100.000 para las edades comprendidas entre diez y catorce años y de quince a diecinueve años respectivamente.

## IMPLICACIONES DEL FRACASO ESCOLAR EN LA ETIOPATOGENIA DEL SUICIDIO INFANTIL E INFANTO-JUVENIL

Las implicaciones del fracaso escolar en las conductas suicidas infantiles constituyen un problema de actualidad debido en parte al eco que la prensa nacional viene prestando a algunos casos sucedidos en España durante los últimos años, aunque se trata de un fenómeno conocido desde hace mucho tiempo. Kosky (1983), y Matter y Matter (1984) entre otros, han puesto especialmente de relieve el valor predictivo del fracaso escolar en las conductas suicidas infantiles, y de hecho, se ha podido comprobar que se produce una disminución de los rendimientos escolares durante el período previo a la conducta suicida (Ladame y Jeanneret, 1982).

Seguidamente vamos a intentar sistematizar las principales formas de implicación etiopatogénica del fracaso escolar en las conductas suicidas infantiles e infanto-juveniles (tabla 1).

### **El fracaso escolar como factor etiológico**

*En algunos casos, el fracaso escolar puede ser considerado como la causa fundamental de la conducta suicida. Esto es más propio de los niños que de los adolescentes, ya que en los primeros, los rendimientos escolares tienen más relevancia que entre los segundos; entre los adolescentes las conductas suicidas están desencadenadas más a menudo por conflictos en el terreno amoroso (Polaino-Lorente, 1988).*

En estos casos el fracaso académico es la causa del suicidio, sin que exista un trastorno psicopatológico previo. Se trataría de un niño absolutamente normal, que no está atravesando ninguna crisis emocional, a pesar de lo cual obtiene unos rendimientos menores a los que el mismo preveía. Esta situación puede surgir tras un cambio de colegio, o ante profesores muy exigentes que, por otro lado, no son capaces de motivar suficientemente al niño hacia sus asignaturas. El problema está en la falta de motivación o en las dificultades pedagógicas del profesor, ya que excepcionalmente se produce un nivel de exigencia desproporcionado con las capacidades de los alumnos, sino todo lo contrario. Además la situación se agrava, y esto es decisivo, con los niveles de exigencia de los padres, que incrementan los niveles de exigencia de los profesores. El niño teme las represalias de los padres, en forma de castigos o bien, lo que el niño teme es perder la estima de sus padres, por sí misma, o en relación a otros hermanos con los cuales vive una relación de competencia por obtener el cariño de los mismos. Este tipo de situaciones son especialmente frecuentes, según Fleck (1982) entre los hijos de padres excesivamente ambiciosos en los logros de sus hijos, sobre todo entre los que manifiestan aspiracio-

nes sociales de tipo de prestigio. Estas actitudes de los progenitores son introyectadas y predisponen al niño a una ambivalencia intensa y a la sensación de ser amado y valorado sólo cuando es capaz de realizar tareas y logros de una forma superlativa. Por el contrario, se presentan actitudes de resentimiento y de castigo hacia el propio yo cuando se produce el fracaso en términos de los objetivos propuestos. Se ha demostrado como los hijos de este tipo de padres padecen, con más frecuencia que el resto, depresión.

En estos casos, se produce un intenso sentimiento de frustración que puede ocasionar sentimientos de culpa o minusvalía, pérdida de la autoestima, sentimientos de inseguridad frente al resto de los compañeros, inseguridad frente al futuro, sentimientos de fracaso existencial, desesperanza, estrés, tendencia a la incomunicación o a la inhibición social, etcétera. La situación se ve agravada cuando la calificación tiene una especial trascendencia, porque supone repetir curso, no ir de vacaciones, quedarse sin un premio importante con el que se le había estimulado; cuando la calificación determina la posibilidad de acceder o no a un puesto de trabajo, poder iniciar los estudios deseados (por el alumno o por sus padres), ingresar en determinado centro de formación o aprobar una oposición. Las conductas suicidas, en estos casos, no suelen ser demasiado graves, aunque pueden llegar a causar la muerte. El suicidio se establece como una forma de reacción, generalmente bastante impulsiva, ya que se viene a considerar finalmente como la única salida a una situación de fracaso insostenible.

En otras ocasiones, el fracaso escolar no da lugar a un cuadro depresivo, sino a un cuadro de tipo histérico con ciertas implicaciones chantagistas o manipuladoras, en que surge la conducta suicida como un modo de llamar la atención o de reclamar cariño o estimación. Sería el caso del niño que se siente incapaz de atender las exigencias escolares por parte del profesor, poco motivado por éste, y que a la vez se siente incomprendido por el mismo. En un momento dado, hace un intento de suicidio con el fin de no perder la estimación de sus padres, o en un intento de comunicar su problema, de sentirse comprendido, tanto por parte de éstos como por parte del profesor. A veces, tras la conducta suya se esconde una intención más o menos consciente de enfrentar a sus padres con el profesor o el colegio, o incluso, de vengarse del profesor al culpabilizarle de su intento de suicidio. Los profesores pueden, por tanto, intervenir beneficiosamente en la prevención de las conductas suicidas infanto-juveniles, no disminuyendo el nivel de exigencias hacia sus alumnos, sino intentando motivarles más en sus estudios, facilitándoles la tarea con actitudes más pedagógicas y tomando una actitud suficientemente comprensiva e individualizada que permita vías de comunicación abiertas, francas y sinceras con los alumnos. Husain y cols. (1983) han sistematizado las siguientes pautas fundamentales en relación con los profesores y sus alumnos:

1. Escuchar al adolescente es de capital importancia.
2. Las amenazas de suicidio deben ser tomadas seriamente y jamás se



verán como propósitos manipulativos o para llamar la atención de sus familiares.

3. El hecho de que el adolescente suministre cierta información es ya algo muy importante. Las medidas que tome el profesor serán más o menos urgentes, en función de cual sea su propio juicio, pero contando también con la opinión del adolescente.

4. El profesor con su conocimiento de los recursos puede dar una importante ayuda para persuadir a padres y a adolescentes a que consulten con el especialista.

5. En el caso de que lo anterior no sea posible, el profesor puede continuar ayudándole y movilizar a otras personas en el colegio para que le ayuden (orientadores, otros profesores u otros estudiantes especialmente seleccionados para ello).

6. Si el adolescente comienza el tratamiento, sería deseable establecer un estrecho contacto entre la escuela y los profesionales que estén al frente del mismo, pues esto contribuye casi siempre a mejorar su respuesta terapéutica.

7. Si el adolescente debe continuar con el tratamiento, la relación entre terapia y profesor no ha de interrumpirse.

8. Los profesores ocupan una posición privilegiada en la detección precoz de los niños y adolescentes con riesgo de suicidio. Aunque no se dispone de ninguna receta, ni hay cuestionarios que sean infalibles sobre este particular, no obstante, la observación diaria de su comportamiento les permitirá identificar y apresar, precozmente, los cambios comportamentales que casi siempre preceden a la puesta en marcha del comportamiento suicida.

Por otro lado, y aunque se considere al fracaso escolar como el factor determinante de la conducta suicida, hay que considerar que ciertas personalidades son más propensas a este tipo de comportamientos, como es el caso de aquellas entre cuyos rasgos destacan la inseguridad, hiperresponsabilidad, intolerancia a las frustraciones, sentimientos de inferioridad, tendencia a la autoculpabilización y a la incomunicación, o exagerada necesidad de estimación. El fracaso en las calificaciones actúa ocasionando una distimia depresivo-angustiosa, un trastorno por ansiedad o un síndrome depresivo en cuyo marco surge la conducta suicida.

### **El fracaso escolar como desencadenante**

En estos casos, el trastorno psicopatológico se establece antes que el fracaso escolar, siendo éste último consecuencia de las alteraciones, especialmente de las de estirpe cognitiva, que forman parte del síndrome psicopatológico. La depresión es la entidad clínica que con más frecuencia precede al fracaso académico y al suicidio. En un reciente estudio de Polaino-Lorente y Doménech (1988) sobre la depresión en niños españoles de 4.º de

EGB se encuentra una tasa total de prevalencia del 1,8 % para la depresión mayor y de 6,4 % para los trastornos distímicos, que a su vez están significativamente relacionados en el estudio con el fracaso escolar. Además, cuanto más intensa sea la depresión, más bajo es el rendimiento en las tareas de aprendizaje, tal como demostraron Polaino-Lorente y Buceta (1984) en dos muestras experimentales.

La depresión ocasiona pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la capacidad para mantener la atención durante cierto tiempo (tenacidad de la atención), disminución de la memoria de fijación, desinterés generalizado, agotamiento e inhibición psíquica y física, disminución del impulso a la actividad y de las tendencias creativas, embotamiento de los procesos asociativos intelectuales y otros síntomas que hacen que, casi obligatoriamente, el deprimido fracase en sus estudios. Bien se encuentra totalmente desmotivado para estudiar o a pesar de estar estudiando durante un largo número de horas le resulta imposible comprender, asimilar o retener lo que estudia, con lo que, a pesar de todo el esfuerzo que realiza por estudiar, no obtiene prácticamente rendimientos, con los que se desespera, agravándose la sintomatología propia de la depresión, en cuyo marco comienzan a intensificarse las ideas suicidas. La depresión es el trastorno psicopatológico responsable de la gran mayoría de las conductas suicidas y sobre todo de los suicidios consumados (Rojas, 1984). Es fácilmente comprensible, que en el niño o adolescente deprimido, las calificaciones bajas consecuentes a las dificultades intelectuales provocadas por la depresión, actúan desencadenando comportamientos suicidas: es decir, la depresión cursa con ideas de suicidio que no se tienen que llevar a cabo necesariamente; pero cuando actúa algún factor precipitante de cierta importancia, como unas malas calificaciones, las posibilidades de pasar a la acción suicida son mucho más elevadas. Este tipo de conductas suicidas suelen ser menos impulsivas que las descritas anteriormente, ya que se han ido elaborando paulatinamente con el desarrollo del síndrome depresivo, por lo que tienen un carácter más reflexivo, premeditado, que implica mayor gravedad en las consecuencias de la conducta autolítica.

Padres y profesores son las personas que, por proximidad, deben de estar alerta ante la posibilidad de que un niño o un adolescente padezca una depresión, y que ésta sea la causa de unas calificaciones anormalmente bajas en él. Entonces es imprescindible que pongan el caso en manos de un especialista para iniciar lo antes posible el tratamiento de la depresión.

Situaciones similares a la descrita se pueden producir cuando se padecen otros trastornos psicopatológicos previamente al fracaso escolar, tal como sucede en algunas crisis emocionales, especialmente si existe de fondo un desarrollo anómalo de la personalidad de tipo neurótico, o un trastorno por ansiedad.

TABLA 1

**Principales implicaciones etiopatogénicas del fracaso en las conductas suicidas infantiles e infanto-juveniles**

A) Como factor <i>etiológico</i> :	factores diversos	→	fracaso escolar	→	trastorno psicopatológico	→	conducta suicida
B) Como factor <i>desencadenante</i> :	factores diversos	→	trastorno psicopatológico	→	dificultades intelectuales	→	fracaso escolar → conducta suicida
C) Como factor <i>concomitante</i> :	factores diversos	→	trastorno psicopatológico	→	conducta suicida		
			↓				
			fracaso escolar				

(Polaino y De las Heras, 1989.)

### **El fracaso escolar como factor concomitante**

En este tercer grupo de casos, el fracaso escolar surge como consecuencia del trastorno psicopatológico que padece el niño o el adolescente, pero sin que tenga una importancia relevante ni en la génesis ni en el desencadenamiento de la conducta suicida. Por así decirlo, suicidio y fracaso escolar constituirían dos síntomas de una misma alteración psicopatológica, pero sin que existiesen mayores vínculos entre ellos. Este tipo de situaciones son frecuentes entre los trastornos psicopáticos de la personalidad, también llamados por los americanos trastornos antisociales de la personalidad; que suelen cursar con fracaso escolar, si bien, las conductas suicidas están más en relación con factores de otra índole. Se trata de personas inadaptadas, que desprecian las normas sociales y los valores tradicionales. Difícilmente realizan esfuerzos que no se acompañen de una gratificación a corto plazo y suelen mostrar una gran agresividad, o al menos hostilidad, en sus relaciones humanas, actuando con rebeldía, a veces individualmente, aunque suelen integrarse en grupos de jóvenes marginales que se caracterizan por el abuso de alcohol y drogas, conductas delictivas, gamberrismo y descuido de las obligaciones escolares y familiares.

Las conductas suicidas surgen aquí de forma impulsiva, «en cortocircuito», como reacción a situaciones de intenso estrés psicosocial que no saben resolver; alternando generalmente las conductas de heteroagresividad con las de autoagresividad. Excepcionalmente es el fracaso escolar el estímulo que desencadena este tipo de reacciones, sino que suelen deberse a la situación límite que el fracaso escolar, junto con factores de otro tipo, producen en las relaciones del adolescente con la familia de la que dependen. Por tanto, en este tercer grupo, fracaso escolar y suicidio son dos síntomas de un grupo sintomatológico más amplio de un trastorno psicopatológico.

### **PRINCIPALES PAUTAS PREVENTIVAS DE LOS EDUCADORES EN RELACION AL FRACASO ESCOLAR Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS**

Hay que considerarlas dentro del modelo clásico de prevención primaria, secundaria y terciaria.

#### **Prevención primaria**

Consistiría en la prevención del fracaso escolar y sus consecuencias, entre las que se podría incluir, en algunos casos, a las conductas suicidas. Se trata de motivar suficientemente a los alumnos para que éstos puedan

responder adecuadamente frente al nivel de exigencias que se espera de ellos, facilitándoles el aprendizaje con métodos pedagógicos y prestándoles una mayor atención y dedicación en los momentos que puedan resultarles más difíciles (cambio de colegio, etc.). Los esfuerzos psicológicos en forma de gratificaciones psicológicas o afectivas cuando el alumno es capaz de demostrar aprovechamiento en una determinada materia, generalmente sirven para incrementar su interés por la misma y aumentar la confianza en sí mismos y en su capacidad para sacar un curso adelante. Por el contrario, las recriminaciones y refuerzos negativos cuando el alumno no está obteniendo los resultados que cabría esperar de él pueden ser eficaces en algunos casos, pero en otros, se corre el riesgo de que sirvan para desmotivarle aún más, con lo que se favorece el establecimiento del fracaso escolar. Si los castigos psicológicos se realizan en presencia del resto de los compañeros, suelen tener una repercusión menos favorable, ya que si bien en algún caso pueden servir para que alumno, a fin de evitarlos, reaccione adecuadamente, se corre el riesgo de que sirvan para que éste asuma una actitud pública de rebeldía y rechazo hacia el profesor, el colegio o hacia los estudios y las normas sociales en general; incrementándose los rasgos psicopáticos de su personalidad. En otras ocasiones, pueden potenciar los sentimientos de minusvalía o inferioridad respecto del resto de los compañeros, dando lugar a un rechazo hacia los estudios o hacia el centro académico, ya que, sobre todo entre los más jóvenes, se asocia la actividad escolar con situaciones de humillación o intenso sufrimiento.

### **Prevención secundaria**

Se encarga de detectar y resolver el fracaso escolar, una vez que ya se ha producido, para evitar que siga su libre evolución y prevenir las consecuencias desfavorables que pueda ocasionar. La principal pauta consiste en intentar descubrir el motivo que ha ocasionado el fracaso para solucionarlo y conocer cual puede ser la actitud más idónea para adoptar frente al alumno. Para esto resulta importante haber sabido crear un clima de confianza y de comunicación abierta y sincera con el alumno, ya que si no es así, difícilmente nos va a explicar lo que le ocurre (aunque puede ser que ni siquiera sepa el mismo interpretar lo que le está pasando, especialmente si padece algún trastorno psicopatológico). El cambio de impresiones con los padres del alumno tiene aquí una importancia capital, ya que nos va a servir para contrastar opiniones sobre cambios de comportamiento en el alumno durante la última temporada y para confirmar que existen problemas familiares, fundamentalmente entre los padres, lo cual es muy común al investigar un fracaso escolar. También se puede orientar a los padres sobre la conveniencia de realizar exploraciones médicas en el terreno psiquiatría, o incluso de la neurología, según los síntomas que presente el

niño, ya que el fracaso escolar puede ser un mero síntoma de un trastorno en estos ámbitos.

Una vez se ha conocido la causa del fracaso escolar, los educadores deben actuar adecuadamente en concordancia con los padres. Por ejemplo, si se trata de una depresión infantil, es necesario saber que hasta que cede la sintomatología más importante, el alumno no es capaz de memorizar ni manejar ciertos conceptos, con lo que todo su esfuerzo intelectual, no solamente es prácticamente vano, sino que esta situación puede incrementar la sintomatología depresiva, por igual que las quejas o recriminaciones que el alumno puede sufrir tanto por parte del profesor como por parte de su familia. Cuando esta última situación se produce, es frecuente que el alumno realice una conducta suicida, ya que se encuentra sin recursos para salir de una situación que él vive como cargada de afectividad e insostenible. Los médicos psiquiatras o los psicólogos, según cada caso, pueden orientar a los profesores, por igual que al niño y a sus padres, sobre la conducta más apropiada a seguir.

### **Prevención terciaria**

Consiste en las medidas para evitar que el fracaso escolar y sus consecuencias se puedan volver a repetir en ese alumno; es decir, en poner todos los medios que estén a nuestro alcance para combatir aquellos factores que ocasionaron el fracaso a fin de que no se vuelva a producir. Desde el punto de vista de los profesores es muy importante que no se clasifique (y menos aún en público) a ese alumno en ningún sentido, especialmente de «vago», «poco inteligente», «enfermo», «inadaptado», etcétera. En el pasado, estas situaciones se han producido con excesiva frecuencia, incluso entre hermanos que iban a un mismo colegio; partiendo de la experiencia del hermano mayor para enfocar la actitud hacia el menor. Esto puede hacer que el alumno sienta que nada va a cambiar a pesar de su esfuerzo personal, o puede inducirle unos rasgos de identidad que aún no posee. Hay que tener en cuenta que muchos adolescentes se encuentran ávidos de obtener un modelo de identidad, en un afán por descubrir y poseer un patrón de personalidad propio e individualizado, y que se pueden identificar exageradamente con condiciones que los demás les atribuyen, con lo que harían más suyos estos rasgos indeseables, achacándolos a su peculiar forma de ser.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALESSI, N. E.; MCMASNSUS, M.; BRICKHAN, A., y GRAPENTINE, L. (1984): «Suicidal bahvior among serious juvenile offenders». *Am J Psychiatry*, 141, 2, 286-287.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1985): «Conducta suicida en la adolescencia». *Psicopatología*, 5, 2, 147-159.
- ANGLE, C. R.; O'BRIEN, T. P., y MCINTIRE, M. S. (1983): «Adolescent self-poisoning: a nine-year followup». *J Dev Behav Pediatr*, 4, 2, 83-87.
- ANTON, C.; SALLE, C.; GUILLOUX, J., y MABRUT, C. (1984): «El suicidio del niño antes de la pubertad». *Psicopatología*, 4, 1, 33-38.
- BRANA, J. A. (1985): «Retraso escolar en niños no infradotados intelectualmente: Estudio neurobiológico de 116 casos». *Bordón*, 256, 27-41.
- BROWN, N. J.; MUHLENKAMP, A. F.; FOX, L. M., y OSBORN, M. (1985): «The relationship among healt beliefs, healt promotion activity». *Western J Nursing research*, 5, 155-163.
- CASSORLA, R. M. (1984): «Características das familias de jovens que tentaram suicidio en Campinas, Brasil: Um estudio comparativo con jovens, normais e psiquiatricos». *Acta psychiat Psycol Amer Lat*, 30, 125-134.
- CHABROL, H. (1984): «Les comportements suicidaires de l'adolescent». PUF, París.
- CHOQUET, M., y DAVIDSON, F. (1984): «Famille et suicide. Quelle famille pour les suicidants?». *Psychologie Medicale*, 16, 12, 2035-2037.
- COHEN-SANDLER, R.; BERMAN, A. L., y KING, R. A. (1982): «Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behavior in children». *J Am Acad Chil Psychiatry*, 21, 1978-1986.
- CROOK, T., y RASKIN, A. (1975): «Association of childhood parental loos with attemped suicide and depression». *J Cons Clin psychol*, 43, 277-280.
- DE LAS HERAS, F. J. (1986): «Prevención del suicidio». Tesis doctoral. Editorial de la Universidad Complutense. Madrid.
- DE LAS HERAS, F. J.; CIVEIRA, J. M.; ROJAS, E.; DUEÑAS, M., y ABRIL, A. (1987): «Epidemiología del suicidio en Madrid». *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 14, 5, 241-250.
- DESHAIES, G. (1947): «Psychologie du suicide». Alcan. París.
- DUBLÍN, L. I. (1963): «Suicide. A sociological and statistical study». Ronald Press, New York.
- ESTRUCH, J., y CARDUS, S. (1982): Herder, Barcelona.
- FLECK, S.(1982): «Familia y psiquiatría», en *Tratado de psiquiatría*. Freedman ed. Salvat, Barcelona.
- GIMÉNEZ, J. C.; MORALES, C., y LEZAGA, J. (1983): «La intoxicación medicamentosa voluntaria; estudio epidemiológico con especial mención a las diferencias observadas en función de la gravedad del intento suicida». *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*, tomo I, 243-252.
- GOLDNEY, R. D. (1981): «Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide». *Acta Psychiat Scand*, 64, 34-59.
- GÓMEZ DUPERTUS, D. P. (1977): «Le Suicide: Crisis du desespoir», en *Le Suicide*, P. Moron, Ed. Presses Universitaires de France, París.
- GREEN, A. H. (1978): «Psychopatology of abuse children». *J Am Acad Child Psychiatry*, 17, 92-104.

- GUZE, S. B., y ROBINS, E. (1974): «Suicide and primary affective disorders». *Brit J Psychiatry*, 125, 355-373.
- HENDIN, H. (1961): «Suicide in Denmark from». Columbia University, vol. VI.
- HUSAIN, S. A., y VANDIVER, T. (eds.) (1983): «Suicide in children and adolescents». SP Medical and scientific books. New York.
- INAMDAR, S. C.; LEWIS, D.O.; SIOMOPOULOS, G.; SHANOK, S. S., y LAMELA, M. (1982): «Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents». *Am J Psychiatry*, 7, 233-239.
- INE (1976): «Estadística del suicidio en España: años 1966 a 1970». Madrid.
- INE (1976): «Estadística del suicidio en España: años 1971 a 1975. Madrid.
- JACOBZINER, H. (1960): «Attempted suicide in children». *J Pediatr*, 4, 56-59.
- KOOCHER, G. P. (1975): «Talking with children about death». *J Orthopsychiatry*, 44, 404-411.
- KOSKY, R. (1983): «Childhood suicidal behavior». *J Child Psychol Psychiatry*, 3, 457-468.
- KRYNSKI, S. (1985): «La conducta suicida en la infancia». *Psicopatología*, 5, 2, 137-146.
- LADAME, F. (1981): «Les tentatives de suicide des adolescents». Masson, París.
- LADAME, F., y JEANNERET, O. (1982): «Suicide in adolescence some coments on epidemiology and prevention». *J Adolesc.*, 5, 355-366.
- MARTÍ, G. (1984): «Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983». *Rev psiquiatr Psicol Med Europa y Am Lat*, 8, 576-583.
- MATTER, D. E., y MATTER, R. M. (1984): «Suicide among elementary school children: a serious concern for counselor». *Elementary school quindance and consue-ling*, 4, 260-262.
- MCCLURE, G. M. (1984): «Recent trends in suicide amongst the young». *Brit J Psychiat*, 144, 134-138.
- MORON, P. (1977): «Le suicide». Presses Universitaires de France. París.
- PECK, M. L., y LITMAN, R. E. (1974): «El suicidio en la juventud: tendencias actuales», en *Sociología de la muerte*. Sala, Madrid.
- PECK, M. L., y SCHRUT, A. (1981): «A suicidal behavior among colleague students». *HSMHA Health Report*, 86, 149-159.
- PFEFFER, C. R. (1981): «Suicidal behavior of children: a review with implication for research and practice». *Am J Psychiatry*, 2, 138-141.
- PFEFFER, C. R., PLUTCHIK, R., y MIZRUCHI, M. S. (1983): «Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement and interrelations». *Am J Psychiatry*, 2, 140-143.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): «Educación para la salud». Herder, Barcelona.
- POLAINO-LORENTE, A. (1988): «Las depresiones infantiles». Morata, Madrid.
- POLAINO-LORENTE, A., y DOMENECH, E. (1988): «La depresión en los niños españoles de 4.º de EGB». Geigy, Barcelona.
- POLAINO-LORENTE, A., y BUCETA, J. M. (1984): «Depresión y rendimiento en el aprendizaje», en *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. A. Polaino-Lorente. Alhambra, Madrid.
- ROJAS, E. (1984): «Estudios sobre el suicidio». Salvat, Barcelona.
- ROSENTHAL, P. A., y ROSENTHAL, S. (1984): «Suicidal behavior by preeschool children». *Am J Psychiatry*, 141, 520-525.



- ROSS, M. W.; CLAYER, J. R., y CAMPBELL, R. L. (1983): «Parental rearing patterns and suicidal thoughts». *Acta Psychiat Scand*, 67, 429-433.
- ROY, A.; MAZONSON, A., y PICKAR, D. (1984): «Attempted suicide in children in chronic schizophrenia». *Brit J Psychiat*, 144, 303-306.
- SAINZ, M. (1984): «Los escolares y la muerte». *N Arch Fac Med*, 42, 10.
- SHENEIDMAN, E. S. (1976): «Suicidology: comtemporary developments». Grune & Strattor, New York.
- SIMPSON, M. A. (1976): «Self-mutilation and suicide», en *Suicidology comtemporary developments*. E. S. Schneidman ed. Grune & Strattor, New York.
- STANLEY, E. J., y BARTER, J. T. (1978): «Adolescent suicidal behavior». *Am J Orthopsychiatry*, 132, 180-185.
- STENFEL, E. (1965): «Psicología del suicidio y los intentos suicidas». Hormé, Buenos Aires.
- TARDIFF, K. (1981): «The risk of assaultive behavior in suicidal patients». *Acta psychiat Scand*, 64, 295-300.
- WARD, N. G., y SCHUCKIT, M. C. (1980): «Factor associated with suicidal behavior in polydrug abusers». *J Clin psychiatry*, 41, 379-382.
- WEIMBERG, W. A. (1973): «Depression in children refered to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment». *J Pediatr*, 83, 1065-1072.

## RESUMEN

El suicidio infanto-juvenil está relacionado en muchos casos con el fracaso escolar. El fracaso escolar puede constituir en algunos casos el principal factor etiológico de las conductas suicidas, especialmente entre los más jóvenes, originando una depresión u otro trastorno psicopatológico que ocasiona el suicidio. En otros casos el fracaso escolar es un mero factor desencadenante del suicidio, ya que existe una depresión previa que cursa con alteraciones cognitivas que provocan el fracaso escolar. Entre los de mayor edad, es frecuente que el fracaso escolar sea un mero factor concomitante de las conductas suicidas. Finalmente se analiza la posibilidad de su prevención.

## SUMMARY

Child and adolescent suicide is related in many cases to lack of success at school. Scholastic failure can constitute in some cases the main etiological factor in suicidal behavior, particularly among younger children, leading to depression or other psychopathological disorders which in turn cause suicide. In other circumstances scholastic failure is simply the factor which sets off the suicide as a previous depression exists which creates cognitive distortions and consequently leads to failure of school. Among older children, scholastic failure is frequently merely a factor accompanying suicidal behavior. Finally, analyzed preventive possibility.