

SUICIDIO Y PARASUICIDIO EN ADOLESCENTES: PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO

Tania Blanco Castro

Universidad de La Sabana

Chía

29 de Agosto de 2006

Resumen

El objetivo del presente artículo, fue conocer las causas que se presentan en el fenómeno del suicidio, los modelos explicativos que lo sustentan, la respuesta del adolescente frente a los contextos en los que se desarrolla, los factores protectores y de riesgo, la evaluación, tratamiento y prevención del suicidio. La revisión bibliográfica permitió evidenciar su multicausalidad y multidimensionalidad, como la importancia de desarrollar y generar estrategias de afrontamiento, toma de decisiones, entrenamiento en autocontrol y las más significativa, el fortalecimiento de vínculos en la familia, para brindarle a estas personas una mayor calidad de vida.

Palabras claves: Comportamiento autolesivo, intento de suicidio, autopsia psicológica, ideación suicida, prevención del suicido.

Abstract

The objective of the present article was to know the explanatory causes that appear in the phenomenon of the suicide, models that sustains it, the protective answer of the adolescent as opposed to the contexts in which it is developed, factors and of risk, the evaluation, treatment and prevention of the suicide. The bibliographical revision allowed demonstrating its multi-causality and multi-dimensionality, like the importance of developing and of generating strategies of facing, decision making, training in the automatic control and most significant, the fortification of bonds in the family, to offer to these people a greater quality of life.

Key Words: Self destructive behavior, attempted suicide, psychological autopsy, suicidal ideation, suicide prevention.

SUICIDIO Y PARASUICIDIO EN ADOLESCENTES: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El suicidio, siendo una de las conductas más preocupantes a nivel nacional e internacional debido a sus índices de mortalidad, pone en evidencia la necesidad de abordar esta problemática con el fin de disminuir los años de vida potencial perdidos (AVP) en la población joven, teniendo en cuenta que su representación es significativa en diversos ámbitos: familiares, sociales, culturales, educativos y del sector productivo del país. Esta revisión teórica estará soportada por artículos, revistas, libros y páginas electrónicas, medios que permitirán obtener diversas miradas sobre este fenómeno.

La palabra suicidio según la Real Academia de la Lengua (2003) proporciona varios términos: suicidio: “acción y efecto de suicidarse”; suicida (como sustantivo): “persona que se suicida”; suicida (como adjetivo): “dícese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente”; suicidarse: “quitarse violenta o voluntariamente la vida”.

Se entiende por suicidio “toda la muerte intencional autoinfligida que se realiza con conocimiento de su letalidad y es motivada por trastornos emocionales, pérdida de personas allegadas, trabajo o dinero, presión institucional, enfermedad incurable y mandato religioso, entre otras causas” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (ICML y CF), 1999). Debido a que es un fenómeno que en la mayoría de los casos se presenta como opción individual, frente a las circunstancias que conforman el entorno ya sea que existan características comunes entre los suicidas: edad, sexo, estrato social, condición laboral, salud mental, no intenta reducirlo a un sentido social del comportamiento, para las personas que cometen el suicidio (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001), sin embargo, no se descarta la existencia de niveles de integración y de regulación social, descritos por Durkheim (2000) en la Teoría de la Causalidad Social, donde el deseo y aspiraciones de los miembros de la sociedad, están restringidos por normas sociales, costumbres y valores siendo los causantes de la tasa de suicidio. Sociedades que presentan niveles considerablemente altos o bajos de esas dos características, podrían tener altas tasas de suicidio y el tipo de

suicidio dependería de la intensidad con la que se presenten esas características sociales. Asociado a esta relación Durkheim (1995) establece cuatro tipos de suicidio: a) egoísta, existen fuertes factores culturales que dirigen la conducta del sujeto; b) altruista, se presenta en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral; c) anómico, cuando un fallo de los valores morales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida y d) fatalista, se encuentra en oposición al anómico producto de un exceso de reglamentación, caracterizado por estados de desesperación, llevándolos a descargar su ira contra ellos mismos o contra otras personas.

Siguiendo el estudio de las teorías sociológicas, la Teoría de la Internalidad/Externalidad de Rotter, está basada en el aprendizaje social. En esta postura, las personas necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo del logro para desarrollarse óptimamente y están determinados por el control que tengan sobre los sucesos de su vida y la satisfacción de sus necesidades (González, 2003).

Verona, Sanchs – Ericsson, Joiner (2004) encontraron los siguiente:

Al controlar los síntomas de internalización y la comorbilidad de los síntomas de internalización y externalización, estos últimos se relacionaron con la conducta suicida tanto en hombres como en mujeres, aunque el valor pronóstico de las tentativas de suicidio por parte de la comorbilidad fue superior en las mujeres que en los varones. (p. 347).

Por otra parte, la teoría de la desesperanza aprendida de Seligman se fundamenta en la idea de que la percepción no continuada de no correlación entre los objetivos propuestos y los objetivos de sus actos puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. “El aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas provoca tres déficit en la persona: a) motivacional, b) cognoscitivo y c) emocional; lo cual se manifestaría a través de la depresión que sufriría el sujeto (Abramson, Seligman y Teasdale en Clemente y González, 1996) citado en (IML y CF, 2001).

Esta teoría muestra una relación particular del sujeto con el entorno social y con su propio desarrollo como ser social, relación que lo lleva al progresivo desligamiento entre el sujeto y la sociedad, e incluso entre el sujeto y el propio desarrollo reflejándose en apatía y desmotivación. En el capítulo de trastornos del estado de ánimo, la American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995), destaca en los síntomas de desesperanza, pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativa suicida como criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor. La esperanza o desesperanza es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Plantearlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo. Quintanilla, et al (2003). El grupo de investigadores muestra en la prueba de desesperanza de Beck, los resultados obtenidos de 79 pacientes con tentativa suicida, comparados con el grupo de referencia, sin ideación y sin tentativa suicida, el riesgo de intento de suicidio se incrementa en relación directa con la magnitud de desesperanza: es 4.5 veces (IC95% de 2.0 a 10.1) en los de desesperanza leve y de 6.1 veces en los de desesperanza moderada o severa.

Al intentar realizar una aproximación y explicación de este fenómeno, es necesario destacar el papel de la cultura y la influencia que ejerce sobre las personas y sobre los grupos establecidos. El modelo de aculturación, propuesto por Berry, & Kim, en (González, 2003), hace referencia a los cambios culturales que se observan cuando dos grupos culturales o étnicos están expuestos a contactos continuos. Durante el proceso, se desarrollan resistencias a los cambios, generando estados crónicos de tensión, que pueden dar lugar a diversas condiciones patológicas, entre ellas, el suicidio. Variables como la edad, el estado marital y la educación, tienen gran impacto en el proceso de aculturación. Igualmente, se pueden presentar cuatro posibles fases de adaptación cultural: a) Integración, deseo de mantener relaciones positivas con el grupo mayoritario; b) asimilación, la persona olvida su cultura; c) rechazo, la persona retiene su cultura nativa y no mantiene relaciones positivas con el grupo mayoritario y

d) marginalización, es el rechazo de la cultura nativa por el emigrante y abstención de contactos positivos con el grupo cultural.

Coatsworth (2000), en Goldney (2005), sostuvo que el nivel de influencias sociales e históricas que enfrentan familias hispánicas en Estados Unidos, al pasar tensiones de la aculturación como la adopción de actitudes y de comportamientos de la cultura del anfitrión y el establecimiento de relaciones conflictivas al interior del hogar, debido al autoritarismo ejercido por el padre, apoyado por la creencia cultural que acentúa respeto a los padres, restricciones en la autonomía femenina adolescente y la unidad de la familia, se enfrenta a las presiones compensatorias del ambiente cultural social más amplio sobre la autonomía y la sexualidad en las adolescentes, situación que prueba la adaptabilidad de una familia a las tensiones y a las condiciones que se generan para pensar en una tentativa de suicidio.

Por otra parte, la teoría de Los Constructos Personales de Kelly, parte de la idea de que todo lo sujetos tiene una manera particular de adaptarse al medio que los rodea, en función del desarrollo cognoscitivo que posee cada individuo, que sirve de referencia para procesar sus experiencias; se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición la que orienta y modifica la conducta. Es de esta manera como el suicidio se manifiesta como una forma de depresión que puede aceptar o rechazar la definición de la vida. En red (www.ub.es/personal/pcp/index.htm, 23 de abril de 2006).

Según Kelly (1955), el suicida es “aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esta solución, bien porque su mundo le resulta impredecible, o en el caso opuesto, porque sus anticipaciones le parecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés”, en (González, 2003). A partir de la “visión de túnel”, la persona decide no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar de la manera y el agrado, congruente con sus expectativas y necesidades (Hoyos, 2005).

Beck (1983), plantea desde la Terapia Racional Emotiva, que el suicidio acontece dentro de un contexto amplio de depresión. La Teoría Cognoscitiva de

Beck, tiene su origen en la idea que los hombres crean unas categorías mentales, en función de sus experiencias, las estructuran e interpretan orientando su conducta de acuerdo a percepciones establecidas de la realidad. Teniendo en cuenta estos criterios, se entiende que tanto la conducta desadaptada socialmente o incongruente e inadecuada, como sus agentes desencadenantes, se producen porque el sujeto percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro.

Entre los factores que inciden en esta compleja problemática se encuentran aspectos psicológicos, biológicos, culturales, familiares, filosóficos, religiosos y económicos, ente otros (Hoyos, 2005). El suicidio es un suceso multidimensional y multicausal, lo que hace pertinente el reconocimiento de los modelos explicativos del suicidio.

El Modelo Arquitectónico de Mack (1986) en (Bobes, Gonzalez & Sáiz, 1997), está basado en el estudio del suicidio juvenil y consta de elementos como el *macrocosmos*, que es la influencia que ejerce la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo. El segundo elemento hace referencia a la *vulnerabilidad biológica* o factores genéticos, el tercero son las *experiencias tempranas* que tienen influencia sobre etapas tempranas del desarrollo, en el cuarto elemento se menciona la *organización de la personalidad*, que involucra la dimensión narcisista, el desarrollo del yo y la autoestima; El quinto destaca las *relaciones del individuo*, que incluye a los padres, el grado de separación, identificaciones, lazos con otros adultos y relaciones con los amigos. Otro elemento fundamental es la *psicopatología*, que establece la existencia de cuadros depresivos y alcoholismo; la *ontogenia*, en la relación existente entre el desarrollo y la muerte, y por último las *circunstancias vitales*, como factores precipitantes tanto biológicos como socio-familiares.

El modelo Basado en el Estado de la Mente, considera el suicidio como un proceso dinámico y circular del que el individuo puede entrar y salir. Este modelo explicativo se sitúa dentro de una paradigma biopsicosocial (González,

2003) y reúne las variables en dos grupos: El primero, en el Contexto social general, en donde se generan cambios sociales, competitividad, incomunicación, valoración social del suicidio y medios de comunicación; se subdivide además en el Contexto social inmediato: acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia de conducta suicida en el entorno y características sociodemográficas; y Entramado individual del sujeto: aspectos bioquímicos, enfermedades psiquiátricas, factores cognoscitivos, evolutivos y de personalidad. En el segundo grupo se destaca el Estado mental del suicida que lo define como el conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida, depresión, desesperanza, baja autoestima falta de razones para vivir, soledad y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

Los factores de riesgo que plantea el Modelo de Sobreposición o superposición de Blumenthal, se agrupan en cinco áreas: trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y familiares y factores biológicos. La asociación de estas áreas incrementa la vulnerabilidad al riesgo de suicidio, sin embargo, al intervenir sobre estas áreas permite que el modelo sea de carácter preventivo (Bobes, Gonzalez & Sáiz, 1997).

El modelo de la Trayectoria del suicidio, sugiere que hay cuatro categorías de factores de riesgo que contribuyen al comportamiento suicida en las diferentes edades: biológico, psicológico, cognitivo y ambiental, cada una de estas categorías puede influir directamente en la ideación suicida y puede afectar otras categorías (Stillion & cols, 1989) en (Guerrero, 2003). Este autor afirma que se debe intentar tener una visión desde la perspectiva del desarrollo, ya que las fuerzas potentes que influyen en la conducta actúan desde el nacimiento y la dirigen hacia la madurez cuando no hay eventos que la distorsionen. Por tal motivo, el comportamiento de los individuos no puede considerarse como un fenómeno independiente de los problemas, de las crisis y de los retos que enfrentan.

Shneidman propone un modelo teórico explicativo del suicidio denominado Modelo Cúbico del suicidio de Shneidman (1987,1992), en (Bobes, Gonzalez & Sáiz, 1997), que supone una perspectiva psicológica del mismo. Los componentes de este modelo son: dolor, perturbación y presión. El dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas frustradas que se extiende desde un dolor inexistente hasta un dolor intolerable; la perturbación hace referencia a un estado alterado, que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad, consta de cinco posibilidades que van de la mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y elevada tolerabilidad) hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad). Finalmente, la presión, entendida como los aspectos interiores y ambientales que mueven o afectan al individuo. En el caso del suicidio, las presiones son negativas, incluye amenazas, alteraciones y daños. Los sujetos suicidas se situarían en la confluencia del máximo dolor, la máxima perturbación y la máxima presión negativa. Los esfuerzos terapéuticos deben dirigirse a las tres dimensiones, con el fin de sacar al individuo de esta tríada, para poder salvar su vida.

Este autor plantea diez características comunes del suicidio: La primera es que el propósito común del suicidio es buscar una solución; la segunda apunta al objetivo común, que es el cese de la conciencia; la tercera característica se dirige al estímulo común que es el dolor psicológico intolerable; en la cuarta, el estresor común son las necesidades psicológicas frustradas; la quinta es la emoción común, que en el suicidio es la indefensión – desesperanza; la sexta menciona un estado cognitivo común que es la ambivalencia; el estado perceptual común es la constricción; la acción común en el suicidio es el escape; el acto interpersonal común es la comunicación de la intención y la última característica es que el acto suicida es congruente con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida.

Además de abordar el suicidio desde una perspectiva psicosocial, se hace necesario destacar las grandes corrientes de la psicología, como lo fue en un principio la teoría psicoanalítica. Freud fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a este fenómeno (González, & Ramos,1997) plantea la existencia de fuerzas internas, constructivas y destructivas, en permanente conflicto, el cual se

resuelve precariamente en equilibrio o desajuste (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001); una forma de desajuste es la reversión de tendencias agresivas hacia el propio individuo, que podría expresarse en conductas en las que el sujeto se autolesiona, al parecer sin que medie su intención consciente. Tal es el caso de pacientes psiquiátricos en estados depresivos o psicóticos, que al presentarse de manera frecuente constituye lo que se denomina el síndrome de autolesión deliberada (Mendoza, Pellicer, 2002). En este estudio, los autores consideran que el comportamiento autolesivo resulta de una disfunción en la percepción nocioceptiva, particularmente en los mecanismos de alto orden de procesamiento, donde se integra el dolor como una experiencia consciente y se conceptúa como una sensación desagradable.

Teorías de acento psicobiológico relaciona la conducta suicida con alteraciones emocionales y ubican para ambas como fuente común, el mal funcionamiento del sistema nervioso central. En particular, la deficiencia de ácido 5-hidroxiindoleacético (5HIAA), metabolito de la serotonina cuantificable en el SNC, se ha visto asociado con mayor probabilidad de suicidio y de métodos violentos de autolesión (Sue, Sue & Sue, 1995), mencionado por (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001). Se presentan cambios químicos en dos regiones del cerebro: la corteza prefrontal orbital, que está justo encima de los ojos y el núcleo del raquí dorsal del tronco cerebral (Ezzell, 2003). Las alteraciones evidencian una reducción de la capacidad de producir y usar la serotonina, neurotransmisor que escasea en los cerebros de los impulsivos y los depresivos. En las víctimas de suicidio, el núcleo de raquí dorsal envía a la corteza prefrontal orbital cantidades de serotonina menores que las normales. Comparada con la depresión en adultos, la depresión en niños de 6 a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años, se caracteriza más por irritabilidad que por tristeza y se presenta con mayor frecuencia en relación con otras condiciones como ansiedad, trastornos de la conducta, hipercinesia y problemas de aprendizaje (Costello, EJ, 1996) citado en (Hazell, 2002). Los cálculos de la prevalencia de la depresión ente niños y adolescentes varían de 2% a 6% (Costello, 1989) en (Hazell, 2002) la prevalencia tiende a aumentar con la edad, con un marcado incremento hacia la época del inicio de la pubertad. Los jóvenes preadolescentes (hombres y mujeres) se ven igualmente

afectados por esta enfermedad, pero la depresión se ve más frecuentemente entre las mujeres adolescentes que en los hombres (Birmaher, Ryan, & Williamson, (1996).

Debido a la ingesta de antidepresivos, el gobierno estadounidense ordenó a los fabricantes de medicamentos la inclusión de una advertencia en los productos ante el reciente estudio comisionado por la Agencia de Alimentos y Fármacos de EE.UU (FDA) en el que se concluyó que “el dos o tres por ciento de los jóvenes tratados con antidepresivos corrían el riesgo de desarrollar tendencias suicidas” (s.a., extraído de la red, 1 de junio de 2006, www.bbcmundo.com). En Gran Bretaña una decisión similar se tomó a finales del 2003, “porque ninguna de las drogas, excepto el Prozac, había sido benéfica en el tratamiento de depresión en jóvenes y los estudios sugerían que podrían aumentar el riesgo de suicidio” (Semana, 2004).

Luego de hacer un recorrido por diversas perspectivas relacionadas con el suicidio se establece conceptualizar al suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma (Durkheim, 2000). Cabe destacar, que esta definición no distingue dos especies de muerte diferentes, la situación de la persona que siendo conciente de su actuación toma la decisión de suicidarse, a la que realiza un sujeto con una determinada psicopatología mental. Sin embargo, la intencionalidad de la conducta de los “suicidas” no siempre era la de matarse y a veces ni siquiera la de hacerse daño (Bobes, González & Sáiz, 1997). Contraria es la mirada en circunstancias en las que el dolor es muy grande; tal como el caso de las enfermedades terminales, optando por recibir un tratamiento agresivo o suicidarse, para evitar estar sometido a un estresor agudo.

Los psicólogos clínicos de corte conductual – cognoscitivistas, incluyen varias manifestaciones (González, 2003): una posibilidad es poder anticiparse al evento indeseable y evitarlo, pero cuando no es posible escapar físicamente, entran en juego otros sistemas psicológicos de escape: la despersonalización, desorientación en casos de accidente, inclusive puede llegar a olvidar información

vital referida al propio yo. Estas situaciones se clasifican dentro de los trastornos disociativos: amnesia psicógena, fuga psicógena, trastorno de despersonalización y trastorno de identidad disociativa (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001).

Entre todos los factores que se consideran incluyentes en la conducta suicida se cree que hay un área en donde las personas no tienen posibilidad de influir, es la enfermedad mental. Ejemplo claro, la persona que tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, uno de sus signos es la presencia de alucinaciones auditivas en las que “oye voces que le ordenan matarse” y sobre las que el paciente no tiene control.

En términos del desarrollo psicológico en la adolescencia, Laufer (1998) menciona ocho criterios que determina si el comportamiento del joven es normal o si debe considerarse como una señal que anuncia una dificultad presente o futura. El primer interrogante es si la regresión a formas infantiles de comportamiento es tan fuerte que existe el peligro de abandonar el deseo o el esfuerzo de progresar hacia comportamientos más adultos, al evidenciar una relación de dependencia y querer vivir sin riesgos genera el siguiente criterio que se refiere al comportamiento rígido del adolescente que no puede permitirse una relajación temporal de las demandas que se hace así mismo, son niños que enferman repentinamente y tienen pensamientos catastróficos; las relaciones sociales del adolescente ¿Le ayudan a mantener relaciones infantiles, o favorecen su deseo de evolucionar hacia la edad adulta? Prefieren tener a su alrededor compañeros que lo admiren y no personas que se presenten como rivales; ¿son los amigos más importantes en la vida del adolescente que los padres?, en este se pretende observar si el adolescente está en capacidad de sentir que sus pensamientos, sentimientos y decisiones tienen más independencia de lo que los padres creen; ¿Tienen el adolescente la capacidad de expresar o experimentar sentimientos apropiados o hay una notable discrepancia entre un suceso y la forma en que el adolescente reacciona frente a él?; ¿Existe alguna interferencia en la capacidad del adolescente para jugar y comparar reacciones del mundo externo, con las creaciones de su propia mente?, este criterio puede ayudar a decidir si hay problemas mentales severos y lo que comúnmente se llama la ruptura de la

realidad; ¿cuál es la actitud del adolescente hacia el futuro? si es atractivo o atemorizante. El último criterio tiene una estrecha relación con los dos primeros, confirmando la capacidad del adolescente de afrontar situaciones atemorizantes sin descartar el paso siguiente a la adultez. De acuerdo a este patrón de personalidad, se empezaron a distinguir las tentativas como comportamientos totalmente distintos de los que resultaban en suicidio por no presentar intención de morir, lo que hizo que se utilizaran términos como parasuicidio (Kreitman, 1987) citado en (Bobes y cols., 2004). Casullo (2000), afirma que los parasuicidios comprenden conductas varias que incluyen desde gestos e intentos manipuladores, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales.

Laufer (1998) refiere el caso de un adolescente que es atendido en el Brent Adolescent Center y encuentra en él que el hecho de la propia muerte y su irreversibilidad no existe en su mente, aún estando por varios días hospitalizado en compañía de sus padres, quienes permanecieron en este lugar a la espera de signos vitales y que al reaccionar su saludo fuese emotivo sin darse cuenta de lo cerca que había estado de la muerte.

Se habla de ideación suicida cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio (Beck,1985). La organización de la intencionalidad según Ringel (1989) citado en (Casullo,2000) presentaba un proceso de ideación suicida que denominó “síndrome presuicida”, dicho síndrome estaba caracterizado por el estrechamiento y la reducción de la vida psíquica del sujeto, como por la inhibición de impulso agresivos y por los deseos de muerte y fantasías de autodestrucción, todos ellos consecutivos. El acto suicida no es más que un punto de todo un proceso, la culminación de toda otra serie de actos encadenados, llevados a cabo en función de la ideación de la persona, de su intencionalidad suicida (Bobes y cols.,2004).

Epidemiología

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. La OMS clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios/100.000 habitantes / año se consideran bajas, entre 5 y 15 medias, entre 15 y 30 altas y por encima de 30 muy altas (Platt, Bille y Kerkhof, 1992) citado en (Bobes y cols, 2004).

El más alto índice de suicidios de gente joven en el mundo según un estudio publicado el 3 de abril de 2004 en la revista médica británica *The Lancet*, revela que las principales causas que conllevan a los jóvenes de Tamil Nadu a quitarse la vida son los conflictos familiares, la violencia doméstica y las enfermedades mentales. Los investigadores que estudiaron los casos de adolescentes de entre 10 y 19 años en la zona que rodea la localidad India de Vellore, calcularon una tasa de suicidios entre las jóvenes de 148 por 100.000 y de 58 por 100.000 entre los varones. La tasa de suicidios a nivel mundial es de 14,5 por 100.000. Los principales medios para quitarse la vida son el ahorcamiento y el envenenamiento por ingestión de pesticidas (s.a., extraído de la red, 1 de junio de 2006, www.bbcmundo.com).

En países como Canadá, Colombia y Estados Unidos se ha producido un acentuado crecimiento del número de suicidios en adolescentes y adultos jóvenes (Bobes y cols, 2004). En Japón, se está implantando una nueva corriente en la que los sitios virtuales atraparán principalmente a jóvenes que viven solos, a aquellos que están profundamente deprimidos, una oportunidad que de otro modo no tendrían de entrar en contacto con otros que se sienten igual a ellos. Se cree que unas 26 personas murieron en pactos suicidas en menos de dos meses. El último incidente involucró a siete personas que fueron halladas muertas el 29 de noviembre de 2004 (s.a., extraído de la red, 1 de junio de 2006, www.bbcmundo.com).

En Estados Unidos en el 2000, el método de suicidio más utilizado fue el arma de fuego 61.2% varones y 37.2% en mujeres (Bobes y cols, 2004).

Las tasas de suicidio entre la juventud, es especial entre los varones, ha aumentado al punto que en la actualidad es la segunda causa de muerte para los varones de raza blanca entre los 15 y 24 años y la tercera para este grupo de edad en general (Papalia & Wendkos, 1998).

En Colombia, en el 2004 según datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá se registraron 235 casos de suicidio; en el 2005, 217, de los cuales el 80.2% fueron realizados por hombres, mientras que el 19.8% correspondió a mujeres (González, 2006).

En todo el planeta, el índice de suicidios de hombres es tres veces superior al de las mujeres, una situación completamente opuesta a la del sur de la india (s.a., extraído de la red, 1 de junio de 2006, www.bbcmundo.com).

El rango de edad en el que se presentó mayor incidencia en este año en Bogotá, fue de los 15 a los 17 años en hombres, correspondientes al 13.55% y en las mujeres dentro del mismo rango de edad 4.76%. Entre los 18 y 24 años, el 9.36% de los hombres frente a 2.26% en las mujeres. Los meses en los que se presenta una tasa alta de suicidios son febrero, mayo y octubre; los días en que los hombres escogen son el martes y domingo, en las horas de la tarde oscureciendo, mientras que las mujeres lo hacen el sábado y el jueves, hacia el medio día. En las localidades que se presentan con mayor frecuencia Suba (33) y Kennedy (28). El ahorcamiento es el mecanismo más utilizado en Bogotá (González, 2006).

En lo que ha corrido de este año, 37 personas se han suicidado que equivalen al 81% en hombres y 18.9% en mujeres. (González, 2006).

Las tasas de parasuicidio y de tentativas de suicidio durante el año 2005, correspondió el 54% al género femenino y el 46% al masculino. Estos datos se obtuvieron por registros realizados en los centros de atención de urgencias de la red adscrita y privada que en total se reportaron 1058, de los cuales 570 correspondieron al sexo femenino. La edad al igual que en el suicidio consumado está en el rango de 16 a 20 años, 297 en total que corresponde al 28.1%; 184 se

presentó en las mujeres 34.4%, mientras que se registraron 113 casos en hombres que equivale al 24.7%. Para el rango de 21 a 25 años, se reportaron 233 intentos de suicidio que representa el 22.0%. 114 mujeres intentaron suicidarse (20%) cifra menor que en los hombres 121 que equivalen al 25.3% del total de la población (González, 2006).

Un estudio revela que las jóvenes menores de 18 años que son activas sexualmente, tienen más probabilidades de deprimirse e intentar suicidarse. Puede tener su origen en la falta de herramientas por parte de las jóvenes para lidiar con una relación sexual y todo lo que esto implica, mas allá de los posibles embarazos y los posibles contagios, es decir, con las rupturas, con el desamor o infidelidades. Adicionalmente, refiere que la culpa puede ser un detonante de estos estados emocionales pues la gran mayoría de las niñas que tienen relaciones lo hacen a escondidas de sus padres y pueden sentir que en cierta forma traicionan su confianza (Semana, 2003).

El mecanismo más utilizado para el intento de suicidio en Bogotá fue la intoxicación, 709 personas recurrieron a este sistema, equivalente al 73%, seguido de arma cortopunzante 179 personas, 17.6%. En total, aparecieron registradas 1038 personas. Ciudad Bolívar fue la localidad reportada con el mayor número de intentos de suicidio, 152, correspondientes al 15.3% del total de la población y se registró una tasa x 100.000 habitantes de 20.6%. (Alejo, 2005).

Por otra parte, en el 2005, más del 85% de la población hizo un intento de suicidio en su vivienda u hogar, el 50% de las personas estaban afiliadas a una Empresa Promotora de Salud (EPS) y un 20% se encontraban afiliadas al Régimen Subsidiado. El 80% de los casos se registraron entre las 6 de la mañana y las 6 de la tarde. En cuanto al nivel de escolaridad de las personas con conductas parasuicidas, el 53% tenían estudios de secundaria o media vocacional y el 23% reportó haber terminado la primaria (Alejo, 2005).

En el presente año, el periódico el Tiempo (mayo 25 de 2006) publicó el reportaje de un intento de suicidio de una joven de 21 años, quien al llegar a su casa sintió la soledad por la ausencia de su compañero, de profesión policía

muerto en Jamundí, situación que la condujo a tomar un revolver, al parecer de su compañero, con el que se propinó un tiro que le cruzó por el lado de la boca y salió por la parte posterior de la cabeza.

Debido a la inclusión del suicidio dentro de la Política Distrital de Salud Mental y al conocimiento de datos cuantitativos frente al tema, la conducta suicida en adolescentes y jóvenes se halla asociada a lo que se ha denominado “ausencia de futuro”, entendida como la imposibilidad de la realización de los planes y proyectos de los sujetos que se expresa en desesperanza, apatía, soledad y el aislamiento, que se manifiesta en el intento de suicidio y los suicidios observados en la ciudad en localidades anteriormente mencionadas, que por condiciones de vida y salud se consideran en emergencia social (Dirección de Salud Pública (SDS), 2003). Desde entonces, se instauraron acciones como: a) procesos de seguimiento a los casos de conducta suicida captados a través de servicios de urgencias, consulta externa y EPS, b) capacitación al personal de salud en el manejo del paciente con conducta suicida e inicio en el presente año de procesos de prevención integral de la conducta suicida con énfasis en el ámbito escolar (Alejo, 2005).

Marco Legal

En Colombia, la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado), no está tipificada como delito. Sin embargo, dado que otras muertes están relacionadas con el suicidio, como el homicidio-suicidio y la inducción a ayuda al suicidio, se citarán apartes del Código Penal, que en su Libro Segundo, Parte Especial de los Delitos en Particular, I, Delitos contra la Vida y la Integridad Personal, Capítulo Segundo, tipifica el homicidio en los siguientes artículos: *Artículo 106. Homicidio por Piedad.* El que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres años. En el *Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio.* El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

Factores de Riesgo

Según Casullo (2000), se pueden señalar como principales factores de riesgo: a) Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos), b) Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos), c) Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos), d) Violaciones sexuales (experiencias vitales traumáticas), e) Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal), f) acceso a armas de fuego (ambientales), g) Adicción a drogas (uso de sustancias), h) conflictos entre los padres (familiares), i) desempleo, problemas laborales (psicosociales) y familias disfuncionales muy violentas (familiares).

Existe relación entre el maltrato de niños y adolescentes y el suicidio en la adolescencia (Loredo, 2001). Las víctimas de cualquier tipo de maltrato muestran una elevada tendencia a sufrir una variedad de enfermedades psiquiátricas que incluyen trastornos depresivos, por ansiedad, de conducta, negativismo desafiante, por déficit de atención con hiperactividad y consumo de drogas. El autor plantea una de las formulaciones más influyentes sobre los procesos psicológicos involucrados en el modelo traumatogénico, que postula consecuencias inmediatas del abuso sexual sobre cuatro aspectos del funcionamiento psicológico: El primer aspecto es la sexualización traumática, este es un proceso en el que la sexualidad del niño es modelada en formas inapropiadas para su grado de desarrollo y sus relaciones interpersonales como resultado del abuso. El segundo es la traición: los sujetos pediátricos descubren que una persona de quien ellos dependen les ha causado daño; tercero, la impotencia: este es un proceso en el que la voluntad del niño, sus deseos y sentido eficiencia son anulados de manera constante y cuarto, la estigmatización, que es el conjunto de connotaciones negativas: maldad, vergüenza y culpa, que son comunicadas al niño con respecto a sus experiencias, las cuales se incorporan a la imagen que el niño tiene de sí mismo.

El maltrato emocional, es un factor de predisposición más fuerte que el maltrato físico en una amplia gama de problemas, incluso síntomas de internalización y externalización, deficiencias sociales, baja autoestima y conductas suicidas, además de diagnósticos y hospitalizaciones psiquiátricas (Sauceda & Maldonado, 2001).

El caos ambiental que produce el consumo de drogas y de alcohol, sumado a las dificultades interpersonales y las pobres habilidades para enfrentar los problemas, aumentan el riesgo de suicidio (Semana, 1992).

Andrés, estudiante de undécimo grado, salió de su casa para la de sus abuelos, de donde llamó a su novia, con quien había tenido una pelea hacía dos días y le propuso que se vieran, pero ella se negó. Andrés tomó la pistola que su abuelo mantenía en su escritorio, volvió a llamar a su novia y le dijo: “Si no me quiere ver, aténgase a las consecuencias”, y con ella al otro lado de la línea se disparó un tiro en la boca. Tenía 19 años. (Semana, 1997).

De la gran multitud de tensiones experimentadas por cada adolescente, es posible aislar algunos factores comunes que ejercen un efecto especial en el comportamiento del mismo. Laufer (1998) le da gran relevancia a factores como la relación de los padres, en donde el adolescente es capaz de sentir que sus pensamientos y sentimientos le son propios, independiente de la reacción de sus padres. Contrario es el caso de Paula, una niña de 11 años que se encontraba en clase de matemáticas, en la que llevaba más de una hora y sin embargo no podía olvidar lo que su padre le había advertido la noche anterior: “si pierdes el año, te mato”. La niña sintió que no tenía otra salida, se paró del pupitre, caminó hacia la ventana del salón que quedaba en un cuarto piso y se arrojó al vacío. Murió inmediatamente (Semana, 1993). La relación con sus compañeros, que promuevan su deseo de convertirse en adultos y la visión que el adolescente tiene de si mismo como una persona físicamente madura, la actitud del adolescente como persona masculina o femenina, así como la capacidad de cambio de imagen de niño cuidado por sus padres a la de alguien que necesita sentirse propietario de su cuerpo.

Existen tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia: El primero, es el Depresivo Perfeccionista: se encuentran personas con un Superyó muy rígido, se manejan con altas expectativas de logro, necesitan de aprobación social y son vulnerables a situaciones de fracaso y crítica; tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido, son solitarias y posiblemente su desarrollo al interior de la familia se produjo en un ambiente hostil y conflictivo. El segundo, es el Impulsivo: que

caracteriza a las personas con baja tolerancia a la frustración, irritables, sin afectos negativos, marcada tendencia a la actuación (acting-out) de sus conflictos. Sensibles al rechazo, se le dificulta resolver situaciones problemáticas y se han criado en familias violentas; el tercero, es el Desintegrado: persona con estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad, suelen padecer ataque de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico (Casullo, Bonaldi & Fernández, 2000).

En los adolescentes es importante destacar un factor que se ha denominado Efecto de la identificación. Según este planteamiento, una conducta suicida puede precipitar otros intentos en grupos con características similares, denominado también como suicidio por imitación (Kaplan, & Sadock, 2000). Aunque exista control sobre los medios de comunicación, los adolescentes pueden consultar por internet páginas que divulgan conductas suicidas, así como el contacto con otros adolescentes, con los que comparten información alrededor del suicidio (Sánchez, Guzmán & Cáceres, 2005).

En Gales, dos adolescentes de 13 y 14 años respectivamente, se hicieron amigas en un sitio de chateo en donde acordaron suicidarse juntas. La menor de 14 años sobrevivió al intento de suicidio por sobredosis, pero su mejor amiga, de 13, murió a principios del 2004 (s.a., extraído de la red, 1 de junio de 2006, www.bbcmundo.com).

El estudio realizado por Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005), encontró que los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas, tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo. La imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos.

En 1991, la revista semana, en su edición 485 publicó un artículo, dedicado a Derek Humphry, el escritor del manual sobre las diversas técnicas de suicidio. A pesar de que el autor se dirige a pacientes desahuciados que prefieren acelerar una muerte cercana, los expertos coinciden en que muchos de sus lectores

no son ni terminalmente enfermos ni están necesariamente dotados de sentido común indispensable para no caer en la tentación de ensayar las diversas opciones que presenta, sino que obran empujados por la curiosidad que este tipo de temas despierta.

Algunos facilitadores o circunstancias pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona se involucre en comportamientos autodestructivos. Los denominados facilitadores reducen las limitaciones externas y crean la ilusión de que el suicidio no es sólo la solución para el problema que se enfrenta, sino que además es atractivo y normativo (Casullo, Bonaldi, & Fernández, 2000). Ejemplo de ello es la exposición a situaciones de suicidio, el acceso a armas para llevar a cabo actos suicidas, determinadas normas culturales, actitudes de atracción hacia la muerte o rechazo a la vida, sensaciones de ser diferente a los demás (Orbach, 1995). Se incluye también las horas de exposición ante programas de televisión en los que aparecen suicidios consumados. Existen cierto tipo de cubrimientos noticiosos que aumentan el comportamiento suicida en poblaciones vulnerables. A la inversa, ciertos tipos de cubrimiento pueden ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida. No obstante, existe siempre la posibilidad de que la publicidad sobre el suicidio pueda hacer que éste parezca "normal". Una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir a y promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes (Bertolote, extraído de la red, 2 de junio de 2006).

Suicidio Y Prejuicio Social

Según Hoyos (2005), durante mucho tiempo, "el suicidio fue un tema del que se evitaba hablar, por sentirse como motivo de vergüenza y condenando social, religiosa y moralmente, pues al desconocerse las causas que lo desencadenan se optó por atribuirle toda la responsabilidad al suicida" (p.15).

Actualmente, se ha reconocido este fenómeno debido a los múltiples factores, la disolución de la familia, la pérdida de vínculos, la neurobiología, la masificación e individualización del hombre y en general la pérdida de roles y valores, entre otras (Semana, 1993).

Las conductas suicidas por tener la posibilidad de conducir a la muerte, son rechazadas y ocasionan alarma y angustia cuando se presentan; sin embargo, hay diversas creencias sobre el suicidio que son erróneas: El que amenaza con suicidarse jamás lo hace, se ha encontrado que hasta un 80% de quienes fallecieron comunicaron en algún momento su intención. Los que hacen gestos suicidas leves nunca se suicidan, si realmente quieren morirse usarían algo efectivo. Estudios han demostrado que por lo menos el 15% de quienes hacen intentos de suicidio, se suicidan posteriormente (s.a.). Se necesita estar locos para pensar en suicidarse. Se suicidan sanos y enfermos, dementes y no dementes, niños, jóvenes, adultos de todas las edades, que pertenecen a diferentes clases sociales (Hoyos, 2005). Las conductas suicidas son culpa de la familia, pues no le dieron afecto suficiente a la persona suicida. Como ya se ha mencionado, no se puede reducir la presentación del fenómeno a un solo factor. Tener armas o venenos fácilmente disponibles no influye en las conductas suicidas. Todo lo contrario, entre mayor accesibilidad a los mecanismos, mayor riesgo. El abuso de alcohol u otras sustancias no tiene relación con las conductas suicidas. Los estudios que se han presentado (Bolognini y cols, 2002). Es posible asegurar con certeza quién terminará suicidándose y quién no: las conductas suicidas cambian en una misma persona, por eso es necesario la evaluación y seguimiento de dichas personas para evaluar el riesgo en diferentes momentos.

Preguntarle al paciente por ideas o planes de suicidio, puede inducir el suicidio. Al contrario, hacerlo permite que el paciente comunique sus inquietudes, se sienta escuchado y reconocido como ser humano. El que intenta suicidarse y falla solo quiere llamar la atención, puede que el momento la persona no conocía un método que le asegure el final de su existencia, así como el haber sido atendida a tiempo, sin embargo, puede reincidir y la próxima pueda que conozca más sobre el tema (González, 2006).

Las Autopsias Psicológicas

El término autopsia, del griego, ver por los propios ojos, hace referencia a un procedimiento para clarificar la naturaleza de la muerte centrado en sus

aspectos psico-sociológicos. Se trata esencialmente, de una técnica psicobiográfica cuyo objetivo es la reconstrucción de las circunstancias del fallecimiento; es un proceso de recolección y análisis de datos obtenidos de diversas fuentes que se centra en la evaluación de los sucesos de la vida o historia vital de la persona fallecida (Casullo, Bonaldi, & Fernández, 2000). Se ha empleado en la comprensión de actos suicidas a fin de conocer mejor los factores de riesgo asociados con este tipo de comportamientos y se transforma en una investigación retrospectiva minuciosa que pretende conocer la intención de la persona fallecida en lo referido a su propia mente; la información se obtiene entrevistando a las personas vinculadas afectiva y/o socialmente con el sujeto fallecido. Generalmente se mencionan cuatro modos básicos de morir: muerte natural, accidente, suicidio y homicidio.

Inicialmente, las entrevistas psicológicas se realizan con parientes de primer grado o cónyuge y luego se van extendiendo a amigos y conocidos. Durante este proceso es necesario: a) establecer criterios basados en los informantes que van a ser entrevistados, b) Delimitar la manera en que esos informantes van a ser abordados y el encuadre técnico que se le va a dar a la tarea, c) considerar el plazo mínimo de tiempo que se espera entre el momento del fallecimiento y el comienzo de las entrevistas, d)Elaborar un plan de trabajo en el que se especifique la forma en que van a integrarse las diversas fuentes de datos y e) Elegir bien las técnicas de evaluación a ser utilizadas. (Jiménez, 2001). Es importante hacer aproximaciones sucesivas, que vinculen diferentes comportamientos que en vida concretó la persona que falleció: detalles de la muerte, estructura de la familia, características de la personalidad y estilo de vida del suicida, patrones más comunes de reaccionar ante situaciones estresantes, papel del alcohol o las drogas en su forma de vivir, tipo de relaciones interpersonales, posibles cambios en los patrones habituales de conducta en etapas anteriores a su muerte y reacciones de los informantes ante el suicidio.

Calidad De Vida Y Su Relación Con Lo Mental, Probablemente Asociada
Al Riesgo Suicida

La Secretaría de Salud de Bogotá D.C, realizó en 1999 la investigación denominada “Condiciones teórico-metodológicas para la realización del diagnóstico de salud mental en Santafé de Bogotá, debido a que sólo podían ser conocidas a través de indicadores de desarrollo económico, que miden logros materiales, hasta visiones en las que se entiende que calidad de vida integra el análisis de satisfactores de diferente condición.

La calidad de vida se convierte en un factor que define en gran medida la salud y por otra parte, la calidad de vida incorpora elementos de las competencias psicológicas del individuo que tienen relación con su capacidad para interactuar con otros, adaptarse y sacar provecho del medio (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001). Para obtener una evaluación de calidad de vida, se tendría en cuenta la percepción del sujeto en cada aspecto y su nivel de satisfacción. El instrumento diseñado indaga a los sujetos acerca de la Autoaceptación, conocimiento de sí mismo y madurez; Habilidad para adaptarse al medio, disposición cognitiva y afectiva para ajustarse al entorno; estabilidad socioafectiva, relaciones familiares, pareja, sociales que implica tanto el afecto que se da como el que se recibe; integridad física, satisfacción de necesidades primarias y proyección, oportunidades de actualización junto a aspiraciones salariales.

Señales de Alerta de Suicidio en los Adolescentes

Algunas conductas que requieren de respuesta inmediata: Cuando tienen la intención de autolesionarse (amenazando, hablando), cuando buscan la disponibilidad de obtener lazos, armas, píldoras u otros mecanismos para suicidarse y cuando hablan o escriben acerca de la muerte o del suicidio.

Conductas asociadas que requieren de evaluación: Cuando el adolescente se siente desesperado; expresan rabia o cólera y buscan venganza; actúan impulsivamente o se involucran en actividades arriesgadas, aparentemente sin pensarlo; cuando se sienten atrapados, sin salida. Incrementan el uso de alcohol o abuso de drogas, se alejan de los amigos, de las actividades del colegio, de la comunidad y de la familia. Expresan ansiedad, agitación, insomnio o hipersomnio. Frente a cambio repentinos de humor, pérdida del interés o razones para vivir,

pérdida de significado de la vida, actúan de manera inmadura y demuestran indiferencia hacia los demás (Franke, 2004).

Evaluación

La evaluación del pensamiento o conducta suicida de los niños y adolescentes es una parte esencial del proceso de tratamiento y persigue las mismas metas generales que en la evaluación de los adultos (Freemann, Reinecke, & Aldekoa, 1995). En la evaluación inicial es posible estimar un riesgo que permita tomar acciones preventivas, e iniciar un enganche terapéutico para una intervención en crisis (Sánchez y cols, 2001).

La evaluación de la conducta e ideación suicidas se realiza mediante entrevistas clínicas, historial familiar y personal, los informes de los padres, profesores, amigos, hermanos y la información obtenida mediante escalas objetivas, como el Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ) (Robles y cols, 2005).

Los aspectos que deben ser evaluados incluyen los siguientes: El grado de intento de suicidio; Los estresores que pueden aumentar la ideación, riesgo o probabilidad de suicidio; La concepción del individuo sobre la muerte o el morir; Historia familiar de suicidios; Nivel de impulsividad, potencial de actuación o control de impulsos; Intentos previos; Destrezas, recursos y problemas de manejo del individuo; Riesgo de acciones suicidas; Actitudes de los otros significativos hacia el suicidio, la muerte o el morir y Actitudes de los otros significativos para solicitar o recibir ayuda externa (Freemann, Reinecke & Aldekoa, 1995).

Para evaluar grandes grupos, se utilizan instrumentos generales estandarizados, como entrevistas diagnósticas, que se centran en la detección del trastorno, de otros problemas asociados y de variables riesgo. Los estudios de valoración de tratamientos extraen las muestras de contextos escolares o clínicos, evalúan grupos más pequeños, suelen emplear baterías de autoinformes, se interesan principalmente por los resultados de la terapia y por las variables predictoras de la eficacia terapéutica. Los estudios de caso se llevan a cabo con sujetos clínicamente deprimidos, que son evaluados individualmente mediante una gama amplia de instrumentos (algunos, como los autorregistros o la observación natural, característicos de la terapia individual), con el fin de lograr

una mejoría clínicamente significativa y el mantenimiento de las ganancias (Caballo & Simón, 2001).

Una de las principales áreas de diferencia entre la evaluación de los niños y los adultos, es la disponibilidad de datos sobre los resultados académicos, los registros o comentarios anecdóticos del profesor y la información que puede obtenerse del profesor de religión. Como los niños viven en el entorno familiar, la conducta mostrada en casa también puede evaluarse (Freemann, Reinecke & Aldekoa, 1995). Además la evaluación de la motivación para el intento de suicidio incluye: Sucesos que precedieron al intento, Grado de intención suicida: antes, durante y después del intento, La explicación del individuo sobre el hecho y Trastorno psiquiátrico diagnosticado.

Intervención

La elección de una configuración terapéutica específica necesita ser modificada según va avanzando el tratamiento. Las configuraciones terapéuticas incluyen: al Niño solo, en caso de ausencia de los padres, por fallecimiento, falta de cooperación de los mismos; el Niño y padre(s), por separado; Padre(s) solos, los padres adquieren destrezas que les permitirá participar en una terapia combinada; Niño y padres en terapia individual, de pareja o familiar; Terapia familiar limitada, participan únicamente los miembros seleccionados, pertinentes para el proceso; y Terapia Familia Extensiva, en la que se espera que participen todos los miembros de la familia (Freemann, Reinecke & Aldekoa, 1995).

Para intervenir en la depresión infantil, es utilizado el Programa emoción-actividad-cognición (PEAC), elaborado por Méndez (1998), quien describe pormenorizadamente la terapia. El PEAC se desarrolla en tres fases: *la fase educativa*: instructiva, *la fase de aplicación*: modificaciones y *la fase de consolidación*: mantenimiento. El programa comprende tres elementos básicos para el cambio terapéutico: educación emocional, actividades agradables, reestructuración cognoscitiva y otros elementos complementarios: habilidades sociales, relajación, higiene de sueño; también incluye elementos dirigidos a la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos: tareas para la casa, solución de problemas, entrenamiento en autocontrol. La colaboración de los

padres es fundamental, el PEAC les asigna doble papel: como coterapeutas, ya que posee un elevado grado de control sobre los antecedentes y consecuentes de la conducta de su hijo y como sujetos de terapia, puesto que algunas veces su comportamiento inadecuado contribuye a mantener inadvertidamente el problema del hijo. La duración del tratamiento oscila en función del niño, de la gravedad del trastorno, de los problemas asociados y de otras variables como la situación familiar, el rendimiento académico o el funcionamiento social.

Chiles y Strosahl (1995) en (González, Díaz, Fernández, Vicente, 1997), recomienda una estrategia de intervención en siete pasos para ayudar al paciente durante una crisis suicida: Primero, validar el daño emocional: se le comunica al paciente que su dolor es entendido para neutralizar sus impulsos suicidas; Segundo, Discutir la ambivalencia: la intención es dirigirlo hacia el aspecto positivo – mantener la vida-; tercero, Proporcionarle coraje y ánimo; cuarto, Establecer un plan de crisis; quinto, apoyarse en recursos sociales y comunitarios. Amigos, familia, grupos de iglesia, etc; sexto, Asegurar un contacto telefónico: dos llamadas entre la evaluación inicial y la siguiente visita; y por último, Iniciar el tratamiento farmacológico más adecuado.

Bellack y Small (1988), en (González, Díaz, Fernández, Vicente, 1997), señalan cinco puntos especialmente importantes en el abordaje terapéutico de la crisis suicida: La importancia de la disponibilidad de un terapeuta para atender al paciente a cualquier hora, (es importante destacar estas sugerencias en el contexto colombiano); la importancia de realizar una labor de aumentar el *insight* con el problema de la agresión, analizando cualquier fantasía consciente o inconsciente de suicidio; en la mayoría de los casos el suicidio es una forma de *acting-out*, es importante “ganar tiempo”; La hospitalización breve puede ser especialmente pertinente ante el riesgo elevado de suicidio, ya que proporciona cierta protección y permite iniciar la psicoterapia; El empleo de terapia electroconvulsiva puede ser de importancia en algunos sujetos suicidas.

El tratamiento del adolescente que ha intentado suicidarse, depende de sus diagnósticos psiquiátricos y de la situación de su contexto familiar. Cuando el maltrato sea físico o sexual es reciente, adquiere gran importancia proteger al

menor no sólo de la situación previa de maltrato, sino de la que se crea por haber informado, en especial si es el padre o alguna persona cercana a la familia. Si el adolescente se encuentra ante la posibilidad elevada de un nuevo intento, conviene internarlo en un hospital pediátrico o psiquiátrico, según sea el caso e iniciar psicoterapia y farmacoterapia de ser necesario. Alternadamente, se requiere trabajar con la familia que también sufre una crisis y prepararla para recibir al adolescente en casa (Sauceda, Maldonado, 2001).

Prevención

Las personas que contemplan el suicidio a menudo muestran un marcado cambio de comportamiento en uno o más aspectos. Algunas señales comunes de alarma incluyen el aislamiento de la familia o amigos; hablar acerca de la muerte, el más allá o del suicidio; regalar posesiones preciadas; abuso de alcohol o drogas; cambios en la personalidad como ira creciente, aburrimiento y apatía; descuido poco usual de la apariencia personal; dificultad para concentrarse en el trabajo o escuela; alejarse del trabajo, el estudio u otras actividades habituales; quejarse de problemas físicos cuando orgánicamente nada funciona mal; cambios en los hábitos de sueño o alimentación o comer más de lo habitual, así como comer menos (Papalia, Wendkos, 1998).

Luego de la tragedia del 9/11, en la preparatoria de Winchester, en Winchester, Massachussets se instituyó un programa de educación escolar bajo el nombre de Estudiantes que ofrecen Apoyo (TAP), conformado por treinta estudiantes que se encuentran en grado 10 a 12, dentro de las actividades que realizan, proporcionan talleres para alumnos de grados inferiores enfocados en la depresión y en primavera, patrocinan programas de media jornada, orientados a promover las conductas sanas. A su vez, tienen a los estudiantes en actividades al interior de la escuela, compartiendo con otros compañeros, situación que no le da espacio a los jóvenes de sentirse solos (George, 2002).

Algunos estudios han sugerido que la eliminación del monóxido de carbono del gas doméstico y la legislación para el control de armas tendría como consecuencia un descenso en las tasas de suicidio llevados a cabo mediante estos

métodos, pero no repercutirían en los realizados de otras formas (Bobes, González, Sáiz, 1997).

En cuanto a la prevención y recurrencia de los niños y adolescentes, cuando se trata de incesto abuso, pueden beneficiarse de la psicoterapia grupal con víctimas similares. El terapeuta debe diseñar un tratamiento basado en las características del niño, la presencia de síntomas psiquiátricos y el contexto familiar. También es aconsejable proporcionar al menor otras fuentes de apoyo emocional y social mientras la familia permanezca disfuncional, además de trabajar con el adolescente sus tendencias hostiles. Los trastornos disruptivos de la conducta, que incluyen tendencia a la impulsividad y agresividad, deben ser tratados antes de que el niño llega a la adolescencia, así como en el adolescente, para hacer prevención de la misma manera en el consumo de alcohol y droga y de esta manera evitar conductas de riesgo (Loredo, 2001).

Se han propuesto diferentes estrategias para prevenir el suicidio en Bogotá, entre ellas: a) Entrenar al personal educativo y a otros responsables encargados de detectar niños y adolescentes en situación de alto riesgo; b) Educar a los niños en las escuelas con respecto a los principales aspectos del suicidio; c) Elaborar y divulgar un directorio de servicios profesionales, sensibilizados y debidamente entrenados; d) Crear programas de apoyo entre los padres; e) Promover centros de ayuda o líneas telefónicas permanentes para casos de crisis depresivas; f) Restringir el acceso a las armas en el hogar o incrementar las medidas de seguridad por su tenencia; g) Proponer la creación de programas de prevención de suicidio en los cuales se tenga en cuenta la dinámica familiar como eje central y en los que se proporcionen estrategias de afrontamiento, manejo de habilidades y estrategias de comunicación (IML y CF, 2001).

CONCLUSIONES

El suicidio es uno de los fenómenos más impactantes a nivel mundial, sobre todo por el incremento en la tasas de mortalidad que se presentan en la población adolescente, debido a que son eventos multidimensionales y multicausales, cuya complejidad plantea una serie de interrogantes que sólo pueden ser estudiados bajo una visión transdisciplinaria y de complejidad.

Dentro de los factores que inciden en tomar la decisión de terminar con la vida o realizar intentos de suicidio, se encuentran los psicobiológicos, cognitivo, y ambiental. A nivel psicobiológico se sustenta la relación de la conducta suicida con las alteraciones emocionales desencadenadas por el mal funcionamiento del sistema nervioso central, que presenta cambios químicos en la corteza prefrontal orbital y el núcleo del raqué dorsal del tronco cerebral. Estas alteraciones reducen la capacidad de producir y usar la serotonina, neurotransmisor que escasea en los cerebros de los impulsivos y depresivos (Ezzel, 2003)

Los factores cognitivos juegan un papel importante en la elaboración de categorías mentales en función de las experiencias de las personas, las cuales son estructuradas generando interpretaciones orientadas hacia la conducta teniendo en cuenta las percepciones que se establecen de la realidad (Gonzalez, 2003). El suicidio se presenta como una alternativa cuando se percibe una imagen distorsionada de la realidad convirtiéndose en sucesos negativos sobre si mismos, su contexto, situación que se registra en las afirmaciones “no tengo razones para vivir”, la ausencia de futuro está presente convirtiéndose en el eje central de todos sus pensamientos.

De igual forma, los factores ambientales propician los espacios para adoptar conductas de riesgo, cuando la persona dispone de armas u otro tipo de artefactos con los que pueda causarse daño, relacionándose directamente con el contexto cultural, social, económico y familiar en el que se desarrolle la persona. La exposición continua a eventos estresantes, asociado a la dinámica familiar disfuncional (abuso, violencia intrafamiliar) generan desadaptación e inestabilidad en todas las áreas (personal, social, laboral, familiar) a lo largo del ciclo vital,

ligado al consumo de alcohol y fármacos que pueden desinhibir a las personas deprimidas o disfóricas y facilitar el intento suicida.

Ya que para el adolescente es primordial tener un grado de pertenencia a un grupo, construir patrones de comportamiento, creencias, actitudes y sentirse identificado con el mismo, se generan los suicidios por imitación que tienen un alto impacto cuando las personas que lo han intentado o que finalmente han muerto han sido cercanas y significativas para el individuo, conduciéndolo a reproducir la conducta ya sea porque lo haya presenciado o por la influencia de los medios de comunicación, internet, chat, que han ganado un espacio significativo en la vida de los adolescentes, convirtiéndose en un medio para conocer personas, que luego de un proceso de interacción, comparten creencias que con el tiempo, luego de experimentar la soledad, deciden planear su muerte. Sin embargo, como se expuso en el caso de las adolescentes de Gales los pactos de suicidio no siempre llegan a ocurrir, debido a que los métodos utilizados no pueden tener los mismos efectos en diferentes personas, la menor de 13 años murió por sobredosis, mientras que su amiga de 14 sobrevivió (www.bbcmundo.com, 1 de junio de 2006).

La mayoría de suicidios se presentan en hombres, (siendo el domingo el día crítico). Las mujeres registran un mayor porcentaje en intento de suicidio y el día en que se reportan más casos de suicidio, es el sábado. En este año, las localidades que presentan un alto índice de suicidios son Ciudad Bolívar, Suba, Tunjuelito y Usme (González, 2006). El arma de fuego y el ahorcamiento son los mecanismos más utilizados. El primero, lo eligen los hombres y las mujeres optan por el segundo. Más del 85% de los intentos de suicidio ocurren en la vivienda u hogar de quien intenta quitarse la vida.

La prevalencia general en Bogotá para el año 2005, fue de 1038 individuos con intento de suicidio y la tasa de intentos por 100.000 habitantes en el 2005, fue de 15,5 en Bogotá. La ausencia de futuro, inestabilidad emocional, relaciones conflictivas al interior del hogar, problemas económicos, sentimientos de desesperanza, entre otros predisponen al adolescente a tomar la decisión de acabar con su vida.

En los intentos de suicidio, más que buscar la muerte, pretende dar una voz de alerta a las personas que rodean a la persona que se expone, convirtiéndose esta conducta y percibida como una opción para obtener una ganancia o la atención de los demás, debido a que la adolescencia por ser un periodo transicional, genera cambios psicológicos, emocionales, cognitivos, conductuales que al no contar con un acompañamiento, la persona no estará preparada para afrontar las situaciones y esa “visión de túnel” desencadenará en situaciones catastróficas.

Al realizar la evaluación de la conducta suicida, se utiliza la entrevista clínica, la historia personal y familiar, informes de padres, hermanos, profesores, amigos y la información que se obtiene de escalas objetivas como el Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Cuando es necesario hacer la evaluación de grupos se utilizan instrumentos generales estandarizados en las que se encuentran las entrevistas diagnósticas, centradas en la detección de trastornos, de otros problemas y de las variables de riesgo.

En la intervención se ha utilizado el Programa emoción-actividad-cognición (PEAC) para la depresión infantil, que consta de tres fases: la educativa, de aplicación y consolidación. La participación de los padres en el proceso es muy importante, ya que son ellos quienes están la mayor parte del tiempo con los menores y quienes a su vez pueden observar las conductas que deben ser modificadas por el menor así como las que son realizadas como adultos que pueden estar interfiriendo en el proceso.

Las intervenciones durante una crisis suicida debe estar centrada en la validación del daño emocional ya que al sentirse reconocido y entendido puede disminuir el impulso suicida, dirigiéndolo hacia aspectos positivos que en este caso es la vida, apoyándose de las redes sociales que mantenga la persona y del contacto telefónico y/o personal con el mismo.

Lograr disminuir la tasa de suicidios es uno de los retos que se imponen e cuanto al tema de salud pública se refiere, por lo tanto la prevención es una herramienta que debe ser utilizada en la que se deben tener presentes la responsabilidad de las organizaciones y personal que tenga a cargo niños y adolescentes (familia, amigos, instituciones educativas, iglesia, etc) para detectar situaciones de alto riesgo, aspectos del suicidio, tener información sobre los

centros de atención en caso de emergencia y posibilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento, estrategias de comunicación y manejo de habilidades que puedan ser utilizadas en cualquier situación y contexto.

La conducta suicida se ha visto como el tema del cual no se quiere hablar, en donde el silencio se convierte en el obstaculizador de emociones y situaciones que por la misma dinámica en las que se desarrolla no se permite tener conocimiento sobre los hechos, condición que al experimentarse al interior de la familia, tiene mayor probabilidad de repetición por otro integrante de la misma. Culturalmente, se tiene ciertas creencias erróneas sobre el suicidio en donde se afirma que necesariamente debe existir una condición médica para pensar en suicidarse, quien amenaza con suicidarse no lo hará jamás, se puede saber quién se va a suicidar y quién no. En todas las interpretaciones que se generan alrededor del tema, se debe tener en cuenta como se ha mencionado a lo largo del artículo que el suicidio es multicausal y multidimensional, situación que permite abordar al suicidio y visualizarlo como una conducta compleja en la cual las personas que han intentado poner fin a sus vidas, deben recibir el apoyo, seguimiento y tratamientos necesarios para reducir el riesgo autolítico.

Referencias

- Abramson, Seligman & Teasdale en Clemente y González, 1996. En: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2001). *Forensis 2000. Datos para la vida*. Santafé de Bogotá.
- Activas pero arrepentidas. (2003). *Revista Semana*. Junio 30, p.81. secc. Vida Moderna.
- Advierten peligro de ciber-suicidios*. (2004). Obtenido en junio 1 de 2006, de www.bbcmundo.com, secc. Internacional.
- Al borde del abismo. (1997). *Revista Semana*, Abril 21 al 28, edic. 781, informe especial.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2001). *Investigación sobre Suicidio en Bogotá*.
- Alejo, H. (2005). *Comportamiento del intento de suicidio durante el año 2005*. Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud.
- Antidepresivos con etiqueta*. (2004). Obtenido en junio 1 de 2006, de www.bbcmundo.com, secc. Ciencia y Tecnología.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (2ª ed). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 – Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *Am J Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bertolote, J.M. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios. Trastornos mentales y cerebrales*. Obtenido en junio 2 de 2006, de la fuente www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/preveperiodistas.htm.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., & Williamson, D.E. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bobes, J., González, J.C., Sáiz, P.A., & Díaz, J. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.

- Bobes, J., González, J.C., & Martínez, P.A. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M.P., & Sáiz, P.A. (2004). *Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- Bolognini, M., Laget, J., Plancherel, B., Stéphan, P., Corcos, M & Halfon, O. (2002). Drug Use And Suicide Attempts: The Role Of Personality Factors. *Substance Use & Misuse*, 37(3), 337–356.
- Caballo, V., & Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid. Edic. Pirámide.
- Casullo, M.M., Bonaldi, P.D. & Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Código Penal Colombiano.
- Coatsworth, J. (2000). En Goldney, R. (2005). Suicide Prevention A Pragmatic Review of Recent Studies. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26,3. Base de Datos PsycARTICLES.
- Costello, E.J. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM III – R disorders. En Hazell, P. (2002). *Depresión en niños y adolescentes. Evidencia clínica salud mental: la mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva*. Bogotá: Grupo Editorial Legis, BMJ Publishing Group, Centro Cochrane Iberoamericano.
- Costello, E.J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. En Hazell, P. (2002). *Depresión en niños y adolescentes. Evidencia clínica salud mental: la mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva*. Bogotá: Grupo Editorial Legis, BMJ Publishing Group, Centro Cochrane Iberoamericano.
- Diccionario de Psiquiatría (1989). Barcelona: Herde.:518-524.
- Dirección de Salud Pública (SDS). (2003). *La conducta suicida*.
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid : Ediciones Akal S.A. Cuarta edic.
- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*. Madrid : Ediciones Coyoacán. Colección Diálogo. Sociología ; No. 14.

- El Manual del buen suicida. (1991). *Revista Semana*, Agosto 20 al 27, edic. 485, pp. 70-71, secc.. Vida moderna.
- Ezzell, C. (2003). Neurobiología del suicidio. *Investigación y Ciencia*, 319, 17-23.
- Franke, A. (2004). When Students Kill Themselves, colleges May Get the Blame. *Chronicle of Higher Education*, 50, 42. (Tomado de la Base de Datos Professional Development Collection Ebsco Host).
- Freemann, A., Reinecke, M., & Aldekoa, J. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- George, P. (2002). Student Suicide and 9/11. *Education Digest*, 67, 9, 12-16.
- González, J. (2006). Suicidios en Bogotá. Primer trimestre 2005-2006. *Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida -CIECS-*.
- González, J. (2003). Ideación, intento y suicidio en Bogotá: Un estado de arte (2000 – 2002). Bogotá. Alcaldía Mayor.
- González, J.C., Ramos, Y. (1997). Aproximación teórica al fenómeno suicida. Cap. 2, *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. (pp.5-11). Barcelona: Masson.
- Feixas, G. (2006) *Constructos Personales* En: www.ub.es/personal/pcp/index.htm l. 23 de abril de 2006).
- Hazell, P. (2000). Depresión en niños y adolescentes. *Evidencia clínica salud mental : la mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva*. -- Bogotá : Grupo Editorial Legis, BMJ Publishing Group, Centro Cochrane Iberoamericano, 2ª ed.
- Hoyos, M. (2005). *Sanando heridas después de un suicidio*. Bogotá. Fundación Omega.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (ICML y CF). (1999). CRNV y cooperación Alemana al Desarrollo. *Forensis Datos para la vida*.
- Jiménez, F. (2001). *Evaluación psicológica forense: fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia*. Salamanca : Amarú Ediciones.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2000). Sinopsis de psiquiatría. 8th ed. Madrid: editorial Médica Panamericana. P. 1423-5.

- Kreitman, (1987) citado en Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M.P., & Sáiz, P.A. (2004). *Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- La región en donde los jóvenes se matan.* (2004). Obtenido en junio 1 de 2006, de la fuente www.bbcmundo.com. sección ciencia.
- Laufer, M. (1998). *El adolescente suicida*. Madrid : Biblioteca Nueva.
- Los niños suicidas (1993). *Revista Semana*. Agosto 17 al 24, edic. 589, informe especial.
- Loredo, A. (2001). *Maltrato en el niño*. México. McGraw Hill.
- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Mendoza. Y, Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25,4, 10-16. Base de Datos Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Morir Joven. (1992). *Revista Semana*. Septiembre 29 a octubre 6, edic.543. secc.Vida Moderna.
- Orbach, I. (1995). A Taxonomy of factors related to suicidal behavior. En Freemann, A., Reinecke, M., & Aldekoa, J. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Papalia, D., & Wendkos, O. (1998). *Psicología del desarrollo*. México : McGraw-Hill. 7ª ed.
- Platt, Bille & Kerkhof, (1992) citado en Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M.P., & Sáiz, P.A. (2004). *Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- Quintanilla, R., Haro, L.P., Flores, M.E., Celis, A., & Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*,5,2. 10 p.
- Real Academia Española. (2003). *Diccionario de la lengua española*. Madrid : Espasa-Calpe, 22ª ed.
- Ringel, (1989) En Casullo, M.M., Bonaldi, P.D. & Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., & Hernández, Muñoz. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr, Instituto Jalisciense de Salud Mental* 33, 5, 292-297. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(5):292-297.
- Sánchez, R., Gómez, D., Pinzón, A., & Guzmán, Y. (2001). Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. *Revista de La Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Colombia*, 40, 2,105-109.
- Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y., & Forero, J. (2002). Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*, 22, 417-424.
- Sánchez, O. (2003). Comprensión del suicidio a través de conceptos del desarrollo. *Acta Pediátrica de México*, 24,5,312-316.
- Sánchez, R., Guzmán, Y., y Cáceres (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para la ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,34,1, 12-25.
- Sauceda, J.M., & Maldonado, J.M. (2001).El suicidio en adolescentes ¿consecuencia de alguna forma de maltrato infantil?. En Loredó, Arturo. *Maltrato en el niño*. (pp.63-80). México: McGraw Hill.
- Stillion y cols, (1989) En Guerrero, O. (2003). Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. *Acta Pediátrica de México*,24,5, septiembre – octubre de 2003. Disponible en red: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx.
- Sue, M. Sue, D & Sue, F. (1995), En Alcaldía Mayor de Bogotá, (2001). Investigación sobre suicidio en Bogotá.
- Un intento de suicidio en medio del drama por la tragedia de Jamundí. (2006, mayo 25). *El Tiempo*, secc. justicia.
- Verona, E., Sanchs – Ericsson, N., & Joiner, T.E. (2004). Tentativas de suicidio relacionadas con la psicopatología de la externalización en una muestra epidemiológica. *Am J Psychiatry*,7,347-354 (p. 347).