

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

María Angélica Galeano Fetecua

Universidad de La Sabana

RESUMEN

La psicología en su estudio y práctica lleva a los profesionales de la salud a enfrentarse diariamente a duras realidades como lo es el suicidio en la población adolescente. Actualmente las tasas de mortandad por esta causa llaman la atención de diversos saberes. Por lo tanto, la revisión teórica que se presenta a continuación pretende cubrir los interrogantes que se plantean con respecto al suicidio e incluye estudios que abarcan hallazgos psicológicos de la población adolescente y una visión sociológica que amplía el espectro argumentativo. Es así como los psicólogos pueden enriquecer la experiencia para intervenir en esta problemática, desde programas de promoción y prevención eficaces que ayuden a erradicar este problema desde sus raíces primarias.

Palabras clave: Adolescencia, suicidio, parasuicidio, motivación, sociedad.

ABSTRACT

The study and practice of psychology leads to health professionals to face hard realities every day, as the suicide in teenagers. Nowadays, the mortality rates because of this are driving the attention of many scholars. Therefore review pretends to cover the main questions about suicide and find better explanations of this hard reality. In the inclusion of studies that comprehends the psychological findings about the adolescent population and a sociological view that extends the argumentation. For this reason all psychologist can enrich their experience to work with this problems, from programs of promotion and prevention that helps to finish this issue from its primary roots.

Key words: Adolescence, suicide, motivation, society.

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

El suicidio es un fenómeno que aumenta día a día en toda la sociedad y afecta a muchas personas, ya que deja abiertas numerosas cuestiones y reflexiones acerca de la vida y del ambiente en el que se desarrolla la persona que decide terminar con su vida. La muerte es un componente inevitable de nuestro futuro, sin embargo, cuando una persona se suicida, especialmente un adolescente el hecho se torna aún más impactante, pues la muerte que se precipita es una muerte, que para la concepción de la sociedad en lo que respecta al ciclo vital, es aun un hecho todavía muy lejano.

La complejidad de la conducta suicida ha motivado una gran diversidad de enfoques, tipologías, teorías y modelos explicativos, los cuales han permitido abordar su estudio y comprender la amplia diversidad al interior del mismo, por la variedad de eventos multidimensionales y multideterminados que llevan a los individuos de muy diversas maneras a la muerte propia.

Se entiende por suicidio toda muerte intencional autoinflinjida 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 (González y Rodríguez, 2001).

Este mismo autor afirma que se han llevado a cabo numerosos estudios acerca del suicidio desde diferentes posiciones, desde la tesis de Pinel y Esquirol hasta las de Jousset y Moreau de Tour, además de otros, quienes concibieron el suicidio en el siglo XIX como una patología de carácter psiquiátrico que obedece a los desórdenes mentales específicos y claramente delimitados. En contraposición a esta visión se encuentra la visión sociológica, y en ella se destaca el estudio realizado por Emile Durkheim en 1877, para quien el suicidio va más allá de solo las cuestiones

individualistas y de carácter patológico, siendo un acto social, sugiriendo que los niveles de integración y de regulación social (los deseos y aspiraciones de los miembros de la sociedad son restringidos por normas sociales, costumbres y valores) son los causantes del suicidio social. Durkheim estableció cuatro tipos de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista. En el suicidio egoísta existen fuertes factores culturales que dirigen la conducta del sujeto; el suicidio 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; el suicidio anómico se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida, la anomia como estado social es una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución o cambio social, que pueden surgir como resultado de la guerra, crisis económicas y cambios rápidos en la movilidad o en la estructura social. Por otra parte, Durkheim planteó un cuarto tipo de suicidio: el fatalista, que descubrió como aquel que está implacablemente limitado, caracterizado por estados de desesperación, llevándolos a descargar la ira contra ellos mismos o contra otras personas.

Hay otras visiones acerca de este tema, una de ellas es la visión del suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada, expuesta por Stekel expresando que quien no desee matar a otro, o que al menos lo desee, se mata a sí mismo (González y Rodríguez, 2001).

Por ésta misma corriente va la visión de Sigmund Freud, donde el suicidio era para él es un síntoma penoso, producto de la civilización, una consecuencia de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes, en cierto grado, en cada persona, convirtiéndola en un ser vulnerable al suicidio. Freud interpretó el suicidio

como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervendrían especialmente la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. Según él la base del suicidio radica en un instinto tanático de muerte (Sarró y De la Cruz, 1991, citado por González y Rodríguez, 2001).

Por otro lado, escuelas más recientes, neoconductistas, han propuesto otras formas de ver el suicidio. Por ejemplo, la teoría de los constructos personales de Kelly (en González y Rodríguez, 2001) parte de la idea de que todos los sujetos tienen una forma particular de adaptarse al medio que les rodea, en función del desarrollo cognoscitivo que posee cada individuo y que sirve de parámetro para expresar sus experiencias; se fundamenta en que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto hace de ella, siendo esta condición la que orienta y, en algunos casos, modifica la conducta.

Según lo anterior, el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión que o acepta o rechaza la definición de la vida; Kelly define al suicida como: ‘aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esa solución, bien sea porque su mundo le resulta impredecible o bien, en el caso opuesto, porque sus anticipaciones le aparecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés’ (Clemence y González, 1996, citado por González y Rodríguez, 2001).

Otra visión de suicidio es la propuesta en la teoría de la internalidad / externalidad de Rotter, que se basa en el enfoque del aprendizaje social, esta escuela considera que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social, por tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación

con los demás y con situaciones específicas a las que estuvo sometida. En esta teoría la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente, rompiéndose el vínculo entre ambos por el agotamiento, reificación de los significados, o simple inconformismo con el estatus y rol socialmente impuestos. Es decir, para que las personas se desarrollen óptimamente necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que tengan los sucesos de su vida y la satisfacción de sus necesidades (González y Rodríguez, 2001).

Finalmente, la teoría de la desesperanza aprendida de Seligman se fundamenta en la idea de que la percepción continuada de no-correlación de los objetivos propuestos y los resultados 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 provocan tres déficit en la personalidad: a) motivacional, b) cognoscitivo, y c) emocionales; lo cual se manifestará a través de la depresión que sufriría el sujeto'. Esta teoría muestra una relación especial del sujeto con el entorno social y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva a su integración sino, todo lo contrario, provoca el progresivo desligamiento entre el sujeto y la sociedad, e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social al ser unos de sus principales efectos la apatía y la desmotivación (González y Rodríguez, 2001).

Por mucho tiempo se han buscado explicaciones satisfactorias acerca de la complejidad de las conductas suicidas, es por eso que en la actualidad cobran gran importancia los modelos multidimensionales que son los que dan explicaciones multicausales a este fenómeno.

Villardón (1993), propone agrupar modelos explicativos distinguiendo modelos de vulnerabilidad biológica, psicosocial, y biopsicosocial. Los principales modelos multidimensionales que se destacan son:

1. El modelo arquitectónico de Mack, el cual está basado en el estudio del suicidio juvenil. Consta de los siguientes elementos: a) macrocosmos, es decir, la influencia que ejerce el sistema educativo, la cultura, los factores sociopolíticos y la actividad económica en los brotes de suicidio entre escolares; b) vulnerabilidad biológica, es decir, factores genéticos; c) experiencias tempranas, influencias de diversos factores sobre las primeras etapas de desarrollo; d) organización de la personalidad, es decir, la dimensión narcisista, desarrollo del yo y la autoestima; e) relaciones del individuo con los padres: el grado de separación con respecto a ellos, identificaciones, lazos con otros adultos, relaciones con los amigos; f) psicopatología, cuadros depresivos y alcoholismo; g) ontogenia, relación existente entre el desarrollo y la muerte o el tipo de relación particular con la muerte; y h) circunstancias vitales, factores precipitantes como alcohol o drogas y sociofamiliares como traslados, desavenencias, fracaso escolar (González y Rodríguez, 2001).

2. El modelo basado en el estado de la mente (Bonner y Rich, 1987), se sitúa en un paradigma biopsicosocial amplio. Considera al suicidio como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden entrar y salir. Reúne las variables en dos grupos: a) del contexto social general, como cambios sociales, competitividad, incomunicación, valoración social del suicidio y medios de comunicación. Esta variable a su vez, se subdivide en (a.1) contexto social inmediato, como acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia de conducta suicida en el entorno y características sociodemográficas; y (a.2) entramado

individual del sujeto, aspectos bioquímicos, enfermedades psiquiátricas, factores cognoscitivos, evolutivos y de personalidad, así como el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo; y b) el estado mental suicida, conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida (depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la solución de problemas) (González y Rodríguez, 2001).

3. El modelo de sobreposición (Blumenthal y Kupfer, 1986), contempla factores de riesgo, que son agrupados en cinco áreas: a) trastornos psiquiátricos; b) rasgos y trastornos de personalidad; c) factores psicosociales y ambientales; d) variables genéticas y familiares; y e) factores biológicos. Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia o de vulnerabilidad y la posible capacidad de intervención sobre estas esferas dota al modelo de un carácter preventivo, ya que la presencia de ciertos factores protectores, como flexibilidad cognoscitiva, esperanza, respaldos sociales sólidos y tratamiento psiquiátrico adecuado, contribuyen a la conservación de una barrera protectora contra la conducta suicida (González y Rodríguez, 2001).

4. El modelo cúbico del suicidio (Schneidman, 1987,1992) se representa gráficamente con un cubo con 125 cubiletes, 25 de ellos en cada plano, 5 en cada fila y columna. Cada una de las tres caras visibles del cubo corresponde a un componente del modelo dolor, perturbación y presión. La cara anterior del cubo representa el dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas frustradas. La cara lateral corresponde a la perturbación, estado alterado que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad. Además, consta de una escala de cinco posibilidades, que van desde la mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y

tolerabilidad elevada) hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad). La cara superior del cubo representa la presión, entendida como los aspectos interiores y ambientales que mueven o afectan al individuo; presiones negativas como amenazas, alteraciones y daños.

Según González y Rodríguez (2001). Schneidman señala ciertas características comunes a todo acto suicida: a) El propósito común del suicidio es buscar una solución, b) El objetivo común es el cese de la conciencia, c) El estímulo común es el dolor psicológico intolerable, d) El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas, e) La emoción común es la indefensión, la desesperanza, f) El estado cognoscitivo común es la ambivalencia, g) La acción común es el escape y; h) Es congruente con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida.

5. El modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio (Silverman y Felner, 1995) propone que hay una serie de procesos que conducen al suicidio y que se deben desplegar durante indeterminado tiempo. El objetivo general de la prevención consistiría en modificar aquellos procesos que conducen a un determinado trastorno, la vulnerabilidad personal sería la resultante de la exposición a los factores de riesgo y a los factores protectores. Desarrollos tempranos problemáticos pueden determinar que un sujeto adquiriera vulnerabilidad al suicidio, aunque esa adquisición no es sinónimo de comienzo del trastorno, por lo cual es posible intervenir sobre dicha vulnerabilidad mediante programas preventivos. En cada etapa de la vida del individuo podría examinarse la presencia de condiciones de riesgo suicida, la adquisición de vulnerabilidades y aquellos factores que incrementan la capacidad de reacción frente a las condiciones de riesgo (González y Rodríguez, 2001).

6. Finalmente el modelo de aculturación propuesto por JW Berry y U Kim (1998), describe cuatro posibles fases de adaptación cultural: a) integración, que es el resultado de la retención de la cultura tradicional por parte del emigrante y del deseo de mantener relaciones positivas con el grupo mayoritario del país al cual se emigra; b) asimilación, resulta cuando la persona que emigra decide olvidarse de su cultura nativa y mantener relaciones positivas con el grupo cultural mayoritario del país al que llega, c) rechazo, cuando el emigrante decide retener su cultura nativa y a la vez no mantener relaciones positivas con el grupo cultural mayoritario de la nación que emigra; y d) marginalización, es el resultado del rechazo de la cultura nativa por el emigrante, así como la decisión de no mantener contactos positivos con el grupo cultural de la nación a la que llega.

Según lo anterior, Redfield y col (1936), definen la aculturación como aquellos cambios culturales que se observan cuando dos grupos culturales o étnicos están expuestos a contactos continuos. Por lo tanto, existe una serie de variables como la edad, el estado marital y la educación, que tienen gran impacto en la aculturación; este proceso lleva a estados crónicos de tensión, los cuales pueden dar lugar a diversas condiciones patológicas, entre ellas el suicidio.

Al tener conocimiento de la multidimensionalidad y las visiones acerca del suicidio desde diferentes autores, enfoques y perspectivas, es interesante conocer un poco más acerca del suicidio en la adolescencia. Por ejemplo, es importante hacerse preguntas que a veces resultan irrelevantes, obvias y que no se tienen en cuenta cuando se conocen casos de suicidios en la adolescencia y éstas pueden aportar y dar respuestas a algunos interrogantes que se tienen para entender este fenómeno que día a día se presenta con más frecuencia en el mundo, especialmente en la sociedad

Colombiana. Algunos de estos interrogantes que darían respuestas al suicidio podría ser: ¿qué tiene que ver esta etapa de la vida o por qué los cambios que conllevan ser adolescente, hace más probable que un joven llegue o piense en tomar decisiones drásticas como lo es, terminar con su propia vida?

Para poder dar respuesta a este interrogante, es necesario conocer el desarrollo y los cambios que se llevan a cabo en esta etapa de la vida. Por consiguiente, la adolescencia es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse. Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y se re – crea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que éste lo transforma (Minsalud, 2000, citado por González, 2002).

Los adolescentes se han convertido en personas que pueden resolver problemas complejos, analizar dilemas morales y crear la visión de sociedades ideales, aunque en cierta manera el pensamiento de los adolescentes sigue siendo inmaduro. Tienden a ser críticos en extremo, en especial frente a las figuras de autoridad, a contradecir, a ser tímidos, indecisos, y en apariencia hipócritas, características que reflejan algo de egocentrismo.

Para entender mejor lo que sucede en la adolescencia, se debe conocer e identificar las diferentes etapas de la misma. Por ejemplo, el Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud y varios textos de Psicología Evolutiva afirman y coinciden que hay diferentes etapas de la adolescencia, tales como:

Adolescencia temprana o inicial: 10 – 13 años

En esta etapa el adolescente se ajusta a los cambios puberales los cuales marcan el inicio de la misma. Este se encuentra ambivalente en cuanto a separarse de sus padres o no, y se prefiere socializar con “pares” del mismo sexo. En esta etapa se conserva un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. Se reinicia su curiosidad sexual, principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora que tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad (González, 2002).

La angustia y los arrebatos de furia asociados con los años adolescentes en las culturas occidentales se han denominado rebelión adolescente. Tal rebelión puede ir acompañada no sólo de conflictos con la familia sino también de un aislamiento de la sociedad adulta y una hostilidad hacia sus valores (González, 2002). En cuanto a la relación con los padres, los jóvenes experimentan una constante tensión entre querer alejarse de ellos y darse cuenta de cuánto dependen de ellos.

Adolescencia media: 14 – 16 años

En este periodo, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Se exploran diferentes imágenes para expresarse y para que sea reconocido en la sociedad, así mismo hacer diversos roles de adultos. Socializan con pares de diferente sexo y se inicia actividad sexual con el que identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa.

En la adolescencia se intensifica la búsqueda de la identidad que se manifiesta en el campo físico, cognoscitivo, y en el desarrollo social y emocional. La identidad e intimidad son preocupaciones importantes que subyacen tras los cambiantes estados emocionales.

Durante esta crisis de identidad la principal virtud es la fidelidad, es decir, lealtad ante todo, confianza mutua con sus pares, sentimientos de entrega a la persona amada y a los compañeros.

Adolescencia final o tardía: 17 – 21 años

El adolescente inicia su independencia por lo tanto es capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Además establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y la intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología.

Uno de los cambios profundos en la vida de los adolescentes ocurre en acercarse a las personas del otro sexo para establecer amistad y relaciones amorosas. El adolescente busca verse a sí mismo como un ser sexual, poderse adaptar a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa para el logro de la identidad sexual.

En Colombia de 1992 a 1995 el grupo de investigación de la División de Educación de la Fundación FES realizó un proyecto de investigación que buscaba indagar acerca de la cultura del adolescente escolar. La anterior investigación se denominó Proyecto Atlántida y se utilizó una metodología de investigación

cualitativa lo cual permitió involucrar a los propios adolescentes como investigadores de su realidad. Además, se identificó la forma en que los adolescentes colombianos se ven a sí mismos y como ellos perciben el mundo de los adultos. Para los investigadores que lideraron el mencionado proyecto les es posible plantear la dificultad para definir al adolescente, así:

Según el concepto de generación, el adolescente hace parte de un grupo de la sociedad expuesto a eventos particulares desde el punto de vista histórico, hecho que conforma particulares y homogéneas maneras de ver, comprender y participar en la sociedad, diferenciándose así del adulto y del niño (Cajiao, R., Parra, R., y col, 1995).

Desde la escuela se concibe al adolescente ubicado en la secundaria. En una sociedad con total cobertura educativa, esta puede ser una variable definitoria de la adolescencia. Pero no es así, por lo menos en la sociedad colombiana, donde todavía la escolarización no es completa para toda la población y menos aún en la secundaria; por lo tanto, definir al joven desde la escuela excluye a buen número de ellos que no tuvieron acceso por falta de oferta educativa o que lo tuvieron pero, por alguna razón, son marginados o excluidos de la escuela (Cajiao, R., Parra, R., y col, 1995).

El trabajo, por su parte, tiene la capacidad de definir al joven, particularmente en contextos de privación económica y social, pues a edades muy tempranas la situación los obliga a trabajar sin alcanzar a completar su circuito educativo.

La conformación de una familia permite poseer un criterio para dejar de ser joven. La adolescencia es una edad y un tiempo en el cual todavía se depende económica, social y afectivamente de los padres. Ser adulto implica no sólo independencia económica; también salir del hogar de los padres y conformar una familia propia. Esto puede suceder a variadas edades, de acuerdo con los contextos

socioeconómicos, entre otras cosas, lo que hace tan difícil la delimitación de adolescencia (Cajiao, R., Parra, R., y col, 1995).

Según los medios de comunicación sólo parece existir un adolescente, a quien le gusta vestirse de una determinada manera, se siente atraído por una música especial, posee unos gustos particulares, tiene una manera de relacionarse con los demás, de ser distinto, de pensar diferente; de tal forma, dichos medios de comunicación crean imágenes y representaciones de joven unificadas: por un lado, producen esas realidades que tienden a crear y, por otro, no diferencian, según estratos sociales, las diversas maneras de ser y sentirse joven (Cajiao, R., Parra, R., y col, 1995).

Adolescencia temprana y suicidio

La conducta suicida contempla: a) el suicidio consumado, que incluye todos los actos autoinflinjidos por el (la niño/a) o joven y que dan como resultado su propia muerte; b) la tentativa, intento de suicidio o parasuicidio, es todo acto realizado por el (la niño/a) joven que sin llegar a tener como resultado la muerte es realizado de forma deliberada contra sí mismo. Incluye la voluntariedad; c) la amenaza de suicidio; y d) la ideación suicida, que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación del suicidio (González, 2002).

A pesar de la aparente claridad en las definiciones, en la práctica se presentan dificultades tales como establecer el diagnóstico diferencial, entre acto suicida y acto accidental, imprudencia o conducta temeraria. Varios autores debaten si debe estar

presente o no el deseo de muerte en la consumación del acto suicida y no se incluye en el concepto la causa subyacente al acto en sí mismo.

Para Rodríguez (1998) el suicidio en la infancia y la adolescencia no es un proceso psicopatológico, es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y es un continuo que se origina en la ideación, la amenaza, las posibles tentativas y puede finalizar con el suicidio consumado.

Uno de los temas que ha generado mayor discusión es si existe o no un deseo de muerte en el adolescente que desea suicidarse. Gispert y Cols, (1985) citado por González (2002), resaltan la discrepancia de opinión entre los profesionales y los adolescentes. Mientras los primeros minusvaloran el deseo de muerte, los segundos los sitúan en el centro de su propia conducta. Al preguntársele a los adolescentes si deseaban morir, el 73 % afirmó haber tenido deseos de muerte en el momento del intento o sentimientos de indiferencia ante la posibilidad de morir (Catalina, 1987, citado por González, 2002).

Si el deseo de muerte constituye un motor importante de los comportamientos suicidas, las situaciones de conflicto mantenidas en el medio familiar son uno de sus antecedentes más claros. La vivencia de situaciones insoportables que se perciben sin solución forman parte de la vida cotidiana de muchos de estos adolescentes: el alcoholismo del padre, la ausencia del padre o la madre, la amenaza de separación o divorcio, y las discusiones violentas (Rodríguez, 1998).

Es importante diferenciar el suicidio en niños de 10 a 14 años y el de jóvenes de 15 a 24 años. El suicidio en menores de 15 años aunque es poco frecuente, (1 caso por cada 100.000 hab. Año), no deja de inquietar por lo corta de la edad y por las dificultades planteadas para su investigación. Aunque hay pocos estudios realizados

sobre suicidio consumado en estas edades, Bakwin (1972), citado por González (2002), revisó algunos trabajos de la literatura mundial de niños entre tres y diez años de edad y encontró en los pocos casos clínicos que los niños pertenecían a hogares en los que eran maltratados o tenían problemas de conducta que probablemente les creaban dificultades. Los métodos mediante los cuáles los más jóvenes se causan la muerte muestran una preponderancia de métodos activos/violentos al igual que en los de adultos. En los EEUU, los niños de diez a catorce años usan armas de fuego/explosivos y ahorcamiento, estrangulación y asfixia. En nuestro país este grupo recurre principalmente al ahorcamiento como mecanismo de muerte.

Shaffer encontró que de manera similar, casi la mitad de los adolescentes dejan notas, lo que parece mostrar “mayor hostilidad dirigida hacia fuera”, fenómeno también observado por Farberow y Shneidman (1957). Como en el caso de los adultos, muchos de los adolescentes habían hablado, amenazado o intentado suicidarse antes de su tentativa final. Shaffer encontró dos asociaciones con suicidio para esta población joven: a) una crisis disciplinaria, más de una tercera parte de las circunstancias precipitantes del suicidio, es decir, que el adolescente fue reprendido o tuvo dificultades con los padres o en el colegio; y b) parecían ser mayores, más maduros físicamente y en general, más brillantes que el promedio de la población (González, 2002).

Es muy importante tener presente que en general los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, duda sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras, y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con

padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbar e intensificar las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una ‘solución’ (González, 2002).

Sin embargo, hay otros autores que coinciden con lo mencionado anteriormente, y adicionalmente proponen que para que la construcción de la idea de muerte (ya sea natural o causada intencionalmente) en los adolescentes, éstos deben tener una noción de ciertos conceptos y significados. Casullo (2000), propone que los adolescentes conforman los siguientes conceptos con relación a la noción de muerte: a) soy una persona con existencia personal; b) pertenezco a una clase de sujetos que son mortales; c) por deducción lógica puedo concluir que mi propia muerte es una certeza; d) existen diversas causas que pueden provocar la muerte; e) pueden evitarse algunas de esas causas, pero no todas; f) la muerte se relaciona con un suceso futuro. El futuro hace referencia al tiempo que aún no he vivido; g) la muerte es un suceso final, implica el fin de mi vida aquí. Nunca más voy a pensar y hacer algo con mis amigos, mi familia (...); y h) la muerte es una separación última y definitiva de este mundo real y concreto.

Para poder construir estas nociones sobre la muerte propia y de fondo llegar a pensar en la posibilidad de el suicidio, son necesarias ciertas adquisiciones psicológicas previas que las posibiliten como: el autoconcepto, operaciones de razonamiento lógico, concepciones acerca de probabilidad, necesidad y causalidad, nociones temporales (físicas y psicológicas), ideas sobre finalidad y separación y el concepto de ‘negación de la vida’, éstas nociones sólo se llevan a cabo y se consolidan en la adolescencia (Casullo, 2000).

En la literatura que existe de adolescencia, coincide que la etapa evolutiva designada como 'adolescencia' supone, desde una perspectiva cognoscitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de 'no ser', la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias. Por lo cual, morir es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales (Casullo, 2000).

En contraposición a lo anterior Laufer (1999), indica que el hecho de la propia muerte y su reversibilidad no existen conscientemente en la mente del adolescente, ya que entre los adolescentes que se han tratado o se están tratando en el Brent Adolescent Centre que han intentado el suicidio, apenas se muestran sorprendidos de seguir con vida después del intento.

El adolescente que intenta suicidarse se queda con una parte muerta de sí mismo dentro de él; esta parte muerta permanece ahí hasta que la persona encuentra una forma activa de comprender lo que ocurrió en el momento de su intento y por qué necesitó llevarlo a cabo. En otras palabras debe ponerse en contacto con el significado del intento del suicidio. Es entonces esencial ayudar al adolescente a crear una continuidad en su vida y reconocer que aún es vulnerable a otros intentos, a menos que, o hasta que, entienda la razón del primer intento y lo haga parte de su vida mental (Laufer, 1999)

Es por eso, que no todas las ideas que se pasan por la mente de los adolescentes han sido motivadas por una decisión consciente de morir; muchas veces

ni siquiera pretenden generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza y enojo. Debido a ello, se han hecho estudios de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

Ideaciones suicidas. Se estudian distintos procesos cognoscitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Casullo, 2000).

Parasuicidios. Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. 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 (Casullo, 2000).

Suicidios. Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr (Casullo, 2000).

Además, en una investigación epidemiológica realizada por Casullo (2000), se permitió categorizar tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia:

Depresivo Perfeccionista. Hace referencia a personas con un Superyó muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a

internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.

Impulsivo. Caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting-out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas.

Desintegrado. Es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el auto – control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

A fin de lograr una comprensión más precisa de los diversos factores vinculados con los comportamientos anteriores, se analizarán algunos de ellos en base a algunas de las propuestas de Orbach (1994), quien al igual que Casullo (2000), coinciden en una categorización taxonómica donde se comprende la dinámica esencial presente en los comportamientos autodestructivos, tanto en sus aspectos teóricos como clínicos. Estas son unas de las propuestas de Orbach:

Presencia de psicopatología. Diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas; no puede decirse que son causa de ellos sino que su presencia aumenta la probabilidad de un suicidio. Al aludir la presencia de psicopatologías se refiere a regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de los mecanismo de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias de

afrentamiento frente a situaciones conflictivas. La depresión es sin duda el cuadro clínico más relacionado con comportamientos suicidas. Aproximadamente un 15% de las personas con esta patología realizan intentos suicidas; dos tercios de los que intentaron quitarse la vida sufrían de algún malestar del tipo de una presión primaria (Maris, 1991; Murphy, 1986, citado por Casullo, 2000).

Investigaciones en las que se compararon adolescentes que lograron suicidarse con quienes solo lo intentaron indican que aproximadamente el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que lo intentaron habían sido diagnosticados con presencia de trastornos afectivos primarios.

Estadísticas similares se han encontrado para referirse al consumo de alcohol y uso de sustancias y su relación con comportamientos suicidas. Aproximadamente el 4% de las personas hospitalizadas por problemas de alcoholismo terminaron suicidándose (Murphy y Wetzel, 1990).

Más de la tercera parte de los que completaron actos suicidas así como el 10% de quienes revelaron tener ideaciones suicidas eran consumidores excesivos de alcohol u otros tipos de drogas. Clark y Fawcett (1992) señalan que la comorbilidad de alcoholismo y depresión aumentan el riesgo de suicidio.

Además, una reciente investigación realizada por la American Psychological Association afirma que el consumo de sustancias hace más vulnerable que la gente joven intente o piense en el suicidio. De 300 jóvenes que participaron en el estudio, el 23.7 % reportó haber intentado suicidarse, para este grupo los principales predictores de este intento suicida son por efectos negativos del ambiente, estrés y por que están expuestos a violencia intrafamiliar. Además hay otras variables importantes que hacen que un joven esté en un mayor riesgo de suicidarse como se mencionaba

anteriormente como por el uso de sustancias, estresores psicosociales, el temperamento y la personalidad del joven. (Howard, Lennings y Copeland, 2003)

Los trastornos de conducta también aparecen asociados con comportamientos suicidas, especialmente en la infancia y en la adolescencia; investigaciones realizadas comprueban que aproximadamente el 25 % de los intentos suicidas en la etapa adolescente fueron diagnosticados como problemas de conducta y, a la vez, este tipo de trastorno era una de las características más llamativa en una muestra de adolescentes suicidas (Murphy y Wetzel, 1990).

Ha sido posible verificar la asociación entre esquizofrenia y suicidio; el 10 % de personas con esquizofrenia crónica terminaron suicidándose (Bleuler, 1978, citado por Casullo, 2000).

Los sujetos que padecen de ataques de pánico también se ubican entre quienes están en alto riesgo de cometer suicidio; Johnson, Weissman y Klerman (1990) entrevistaron a 18.000 adultos en 5 ciudades de EEUU y encontraron que aquellas personas con historias personales en las que estaban presentes ataques de pánico, tenían una probabilidad tres veces mayor de cometer suicidio que la población general estudiada.

Los malestares psicopatológicos contribuyen a la génesis de comportamientos suicidas en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminuyen las defensas y originan sentimientos de desesperación y desesperanza. Probablemente, psicopatología y suicidio sean entidades separadas que se yuxtaponen ocasionalmente al compartir causas similares (Casullo, 2000).

Estados fenomenológicos. Aluden a estados emocionales muy intensos, que no pueden ser tolerados por los sujetos y que, al persistir, generan un deseo intenso de ponerles fin (Baumeister, 1990).

Las emociones intensas se estructuran como reacción a situaciones permanentes de estrés crónico y traumas que interactúan con predisposiciones o características de personalidad, estrategias inadecuadas para afrontar tales situaciones estresantes, así como con relaciones interpersonales insatisfactorias. La desesperanza es uno de los estados fenomenológicos asociados con comportamientos suicidas. Investigaciones concretadas por Topol y Reznicoff (1982) encontraron que la desesperanza diferenciaba a los adolescentes suicidas de aquellos que no lo eran. (Casullo, 2000).

Al comparar pacientes internados con y sin intentos de suicidio, Reynolds y Eaton (1986) verificaron que la ineficacia para resolver problemas y las tendencias suicidas estaban muy asociadas a sentimientos de desesperanza. Casi un tercio de adultos jóvenes que completaron el suicidio dejaron notas que expresaban sentimientos de fracaso por no poder lograr metas que se habían propuesto (Peck, 1983, citado por Casullo, 2000).

Según Casullo (2000), el fracaso puede ser vivido por los adolescentes y jóvenes con mucha humillación; la desesperanza y el sentirse humillado originan deseos de dejarlo todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas muy comunes en sujetos con ideaciones e intentos suicidas

Procesos autodestructivos. Una forma de comportamiento autodestructivo es autoadjudicarse el origen de los sucesos vitales negativos. La posibilidad de atribuir

la causa de las dificultades así como de los acontecimientos percibidos como negativos a otras personas (no a sí mismo/a) protege al individuo, de alguna manera de sentirse deprimido y desvalorizado (Casullo, 2000).

Rasgos o estilos de personalidad. Los rasgos o estilos de personalidad son características estables de la persona en relación a determinados contextos o hábitat en función de los cuales se fueron estructurando. En este sentido, la variable personalidad debe ser analizada en su relación con los procesos autodestructivos y a las situaciones generadoras de estrés psicosocial. Algunas características pueden convertirse en altamente autodestructivas, bajo determinadas circunstancias:

La ambición. Si no se establece un buen balance entre las posibilidades y las altas aspiraciones, tanto personales como familiares, pueden conducir a situaciones suicidas. Los sujetos perfeccionistas conforman un subgrupo interesante dentro del grupo de potenciales suicidas (Smith, 1985; Shafer, 1989, citado por Casullo, 2000).

La impulsividad. Numerosos casos de comportamientos suicidas y parasuicidas están relacionados con fracasos en el control de los impulsos (Casullo, 2000).

La apatía y el pesimismo. Muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida estables, y desarrollan lo que Shneidan (1980, citada por Casullo, 2000) denomina visión del túnel, esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia

de pensamientos dicotómicos, rigidez de pensamiento, incapacidad para lograr razonamientos divergentes

Rigidez Cognoscitiva. Numerosos estudios consideran que este es un factor limitante altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional. Una personalidad rígidamente estructurada con características de tipo obsesiva- compulsiva es frecuente de encontrar entre personas con intento de suicidio (Clark, Fawcett, 1992, citado por Casullo, 2000).

Rechazo a recibir ayuda. La desconfianza y el aislamiento están también presentes en sujetos con riesgo suicida; estas personas generalmente descartan toda propuesta de orientación y apoyo frente a las situaciones conflictivas que pueden estar viviendo (Casullo, 2000).

Situaciones de estrés. El estrés se entiende como circunstancias objetivas, condiciones o situaciones personales que causan fatiga emocional, reducen la motivación y deterioran las capacidades para afrontar problemas.

Estudios concretados con adolescentes que intentaron quitarse la vida, permitieron verificar la existencia de problemas en las etapas de individuación-separación de las figuras maternas provocadoras de situaciones de alta ansiedad por separación, que culminaron en intentos de suicidio (Roumasset, 1991, citado por Casullo, 2000).

Facilitadores e inhibidores de los comportamientos suicidas. Los denominados facilitadores reducen las limitaciones externas y crean la ilusión de que el suicidio no solo es la solución para el problema que se enfrenta, sino que además es atractivo y normativo. El efecto de las creencias y normas culturales sobre los comportamientos que se están analizando son de mucho peso. La significación que una cultura o subsistema cultural asigna al hecho de morirse va a traer efectos en el comportamiento de sus miembros. Países como Japón, revela actitudes de mayor tolerancia respecto al suicidio que los EEUU. Las creencias religiosas también deben ser tenidas en cuenta: la muerte adelanta la llegada a un mundo en el que se vive mejor y es posible el reencuentro de los seres queridos (Casullo, 2000).

También se ha podido verificar una fuerte correlación entre abuso físico y sexual, abandono paterno durante la infancia y reacciones de disociación e intentos de suicidio en la edad adulta (Casullo, 2000).

Por otro lado, las bases genéticas y las bases biológicas también pueden incrementar la posibilidad de estructurar comportamientos suicidas. Existe un vínculo entre las funciones serotogénicas cerebrales y el suicidio; baja producción de serotonina y dopamina. Se ha encontrado en pacientes depresivos así como vinculación entre conductas de alta impulsividad y agresión y la presencia de serotonina (Clark, 1990, citado por Casullo, 2000).

Diferencias según género. La variable sexo es uno de los mejores predictores de suicidio. Dado que en algunos trabajos se habla de sexo y en otros de género, la palabra sexo se refiere a las características estructurales y fisiológicas innatas

relacionadas con la reproducción. En tanto, género alude a hechos y fenómenos que se suponen relacionados con las influencias sociales y culturales, género es aquello que una realidad cultural define como femenino o masculino. Por lo cual, la variable género está significativamente relacionada con múltiples comportamientos humanos e influencias fuertemente arraigadas a la ubicación de la persona en la estructura social (Casullo, 2000).

Es por eso, que numerosos estudios indican que las mujeres adolescentes tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de verse involucradas en ideaciones suicidas y están más expuestas a concretar parasuicidios que sus pares masculinos. Las mujeres adolescentes tienen menores probabilidades de morir en los intentos de matarse. La incidencia del parasuicidio se incrementa más lentamente en las mujeres a medida que pasa el tiempo. En las últimas décadas se ha verificado un significativo aumento en las tasas de suicidios adolescentes femeninos; entre los varones son mayores las tasas de suicidios logrados (Casullo, 2000).

Entonces, se considera que la sociedad occidental ofrece modelos diferentes según género relacionados con decidir poner fin a la propia vida. Los suicidios son más inaceptables por las mujeres, en la medida que implican un nivel de autodeterminación que se percibe incompatible con el ideal de feminidad (Casullo, 2000).

Por lo cual, en un estudio realizado por Boriwsky, Wagman, Marjorie y Resnick (2001) coincide con lo que se decía anteriormente, ya que esta investigación muestra que las mujeres son más emocionales que los hombres, esto en ciertas situaciones o momentos se puede llegar a convertir en un factor protector para ellas. Sin embargo, los factores de riesgo que incluyen un intento de suicidio tanto en

hombres como en mujeres son la victimización, la violencia, el uso de alcohol y sustancias psicoactivas, problemas escolares, síntomas somáticos, intento de suicidio por parte de amigos e historias de enfermedad mental. Al calcular las probabilidades estimadas de intentos de suicidio en los adolescentes se calcula que la presencia de 3 factores protectores reduce el riesgo de suicidio.

Igualmente, las diferencias en las tasas de prevalencia según género (son más altas las que se refieren a suicidios concretados para los varones y parasuicidios en las mujeres) están muy relacionadas con los recursos para matarse: los varones emplean más frecuentemente armas de fuego, lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto, que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o al gas, cuyos efectos letales son menores (Casullo, 2000).

Sin embargo, una investigación de la *Journal of Abnormal Psychology* realizada por Wichstrom y Hegna (2003), muestra la presión que sienten los adolescentes para cumplir los roles que la sociedad impone, especialmente respecto a su identidad sexual. Este es un estudio comparativo entre la población de los homosexuales, lesbianas y bisexuales frente a la población heterosexual. Los resultados de este estudio muestran que hay una mayor prevalencia y mayor riesgo de intentos suicidas en la población homosexual, debido a la carga y presión que tiene la sociedad frente a esta población. Por ejemplo, tienen la presión de los roles según su sexo, confrontar a sus padres y amigos acerca de los gustos, ideologías y opiniones.

Investigaciones realizadas en la ciudad de México por González y Andrade (1995) ponen en evidencia la relación según género frente a los recursos de apoyo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida. El varón muestra un patrón diferente en los recursos de apoyo: busca ayuda en la familia cuando se trata de resolver

problemas familiares y no así cuando se trata de problemas personales y con amigos. En los hombres la búsqueda de apoyo está determinada por el área de conflicto, hecho que no se observa entre las mujeres adolescentes. Entre ellas al apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas, en tanto que los varones tienden a preferir no buscar ayuda ni consejo.

Por otro lado, según la investigación cualitativa realizada por la Fundación FES a través del Proyecto Atlántida (1995), los adolescentes tienden a tener profundos sentimientos de soledad, vacío, abandono y pérdida, por eso cualquier disculpa, mentira o creación ficticia los puede alejar de la realidad por medio de una vivencia interna de pérdida de sentido de la vida, porque es en la etapa de la adolescencia cuando el ser humano toma conciencia de su existencia como ser individual, temporal y social. Es el momento en que surgen angustias existenciales al percatarse de que mucho de lo que será dependerá de él mismo y cada vez menos de sus padres, es de alguna manera enfrentarse a la libertad pero también a la soledad.

Adicionalmente, el suicidio es un hecho que desafortunadamente compromete a un elevado número de personas. Sin embargo, es aún más preocupante cuando el índice de suicidios aumenta cada vez más en la población adolescente, ya que los niños y los jóvenes son el futuro de la sociedad. Por lo tanto, es necesario crear planes de prevención para padres y adolescentes donde estos puedan conocer un poco más sobre el tema y que estos sirvan para adquirir habilidades de afrontamiento relacionadas con este fenómeno.

Debido a lo mencionado anteriormente, González y Rodríguez (2001) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC), coinciden y proponen una variedad de estrategias para prevenir el suicidio en los adolescentes:

1. Entrenar al personal educativo escolar y a otros responsables encargados de detectar adolescentes en situación de alto riesgo.
2. Educar a los adolescentes en las escuelas con respecto a los principales aspectos del suicidio.
3. Elaborar y divulgar un directorio de servicios profesionales, sensibilizados y debidamente entrenados de salud mental.
4. Crear programas de apoyo entre los pares.
5. Promover centros de ayuda o líneas telefónicas permanentes para casos de crisis depresivas.
6. Restringir el acceso a las armas en el hogar o incrementar medidas de seguridad para su tenencia.
7. Intervenir después de que se haya producido un suicidio a fin de evitar que otros adolescentes traten de suicidarse.
8. 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.

Adicionalmente, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACPA, 2002) formuló una serie de recomendaciones para los padres, para que estos identifiquen los siguientes síntomas o manifestaciones de sus hijos y busquen ayuda profesional, si la situación continúa. Entre ellos mencionan:

- a. Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- b. Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- c. Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o escape de la casa.
- d. Uso de drogas o de alcohol.

- e. Abandono inusual en su apariencia o presentación personal.
- f. Cambios pronunciados en su personalidad.
- g. Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- h. Quejas frecuentes de dolores físicos tales como dolores de cabeza, estómago y fatiga, los cuáles están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- i. Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- j. Poca tolerancia a elogios o premios.
- k. Poner en orden sus asuntos: por ejemplo, regalar sus pertenencias favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles u objetos significativos. (Es importante mencionar que estas actividades, los familiares las identifican inusuales en estos jóvenes).
- l. Cambiar su estado de ánimo bruscamente a “muy contento” después de un periodo de depresión. Así mismo recomiendan expresar atención a expresiones verbales tales como: a) quejarse de ser “malo” o de sentirse “abominable”; y b) lanzar indirectas como “no le seguiré siendo un problema”, “nada me importa”, “para qué molestarse” o “no te veré otra vez”.

A través de esta revisión teórica, se conocieron modelos explicativos, teorías y enfoques acerca del suicidio. Además se identificaron las diferentes etapas de la adolescencia y se cuestionó el impacto que tiene estar en ese periodo de la vida, con el elevado índice de suicidios que se presentan en el mundo y en nuestra sociedad Colombiana.

Por consiguiente, a lo largo de esta revisión teórica se llegó a la conclusión que los suicidios son eventos multidimensionales y multicausados, cuya complejidad plantea una serie de interrogantes que sólo pueden ser estudiados bajo una visión

transdisciplinaria. En palabras de Max Neef (1991), “el ser humano va a requerir de mucha creatividad para poder lograr lo que tal vez aún no ha alcanzado, y es llegar a comprenderse a sí mismo”.

Por lo tanto, se deben crear planes de intervención eficaces, basados en las creencias y conocimientos con los que cuentan los adolescentes acerca de la vida y la muerte.

Además los Psicólogos y Profesionales de la Salud, deben proporcionar información a los padres, a las familias, maestros y a los propios adolescentes acerca de los cambios propios de esta etapa, con el fin de que cualquier persona pueda identificar los factores de riesgo y factores protectores para que así disminuyan los suicidios en la población Colombiana, especialmente en los adolescentes.

Referencias

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Berry JW, Kim U. (1998). Acculturation and Mental Health, *Health and cross-cultural psychology, Toward Applications*. N Sartorius (Ed), London.
- Boriwsky, I., Wagman, Marjorie, Resnick M., (2001). Adolescent *Suicide Attempts: Risk and Protectors*. *Pediatrics*, 107, 485 – 486.
- Cajiao, R., Parra, R., Castañeda, E., Parodi, M. & Muñera, J., (1995). Proyecto Atlántida Adolescencia y Escuela. *La Cultura Fracturada*. Fundación FES y COLCIENCIAS TM Editores.
- Casullo, M. (2000), Comportamientos Suicidas en la Adolescencia, *Ideaciones y comportamientos suicidas*. Lugar Ediciones S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Clark, C.D, Fawcett, J. (1992). Risk factor for suicide in schizophrenia and other psychotic and non psychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 259-266.
- González, F., Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. México.
- González, J., Rodríguez, A. (2001). Forensis 2000 datos para la vida. *Suicidios*. Santa Fe de Bogotá, 118 – 141.
- González, J., (2002). Forensis 2001 datos para la vida. *Suicidios en Colombia 2001*. Santa Fe de Bogotá, 167-190.
- Howard, J., Lennings, C., Copeland, J. (2003). Suicidal behavior in a young offender population. *American Psychological Association*, 24(3), 98-104.

- Johnson, J., Weissman M., Klerman C. L. (1990). Panic disorder, comorbidity with suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Laufer, M., (1999). *El adolescente suicida*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- Max-Neef M. (1991). De la esterilidad de la certeza a la fecundidad de la incertidumbre. *Congreso Internacional de la Creatividad. Universidad Javeriana. Facultad de Psicología*.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990). The life time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 36, 65-69.
- Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Psychologist*, 38, 149-152.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años*. Febrero 2000.
- Rodríguez J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I. España, Sevilla.
- Wichstrom, L., Hegna, K., (2003) Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 144-151.