

SUICIDIO: CONDUCTA DE ADOLESCENTES PROBLEMA O UN PROBLEMA  
DE LA ADOLESCENCIA?

Aurora Vaca

Universidad de La Sabana

Chía, Febrero de 2006.

## Resumen

El presente artículo realiza un recorrido por los principales temas que rodean al suicidio en la adolescencia. En primer lugar, se habla sobre cómo aparece en la historia la conducta suicida y de donde proviene esta palabra. En segunda instancia, se trata temas relacionados con el suicidio tales como: definiciones necesarias del tema, fases que se cumplen en el suicidio, teorías que lo explica y factores de riesgos, precipitantes, causas de suicidio, señales de advertencia, clasificación de personalidad suicida, clasificación de conductas suicidas, significados psicológicos, características familiares, factores bioquímicos, indicadores de la presencia de un suicida potencial, que se debe hacer ante un posible suicida, mitos y quienes son las otras víctimas de suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, Adolescencia, Conductas Suicida, Suicidio y Personalidad.

## Abstract

The present article realized a review about the principal topics around the suicide in the adolescent. First all, related about the history of suicide behavior and the etymological origin of term. Second, related about the different topics such as: necessary definitions, suicide phases, theories about the suicide that explain it and risk factors, leadings, suicide causes, warning signals, classification of suicide behavior, psychological meanings, familiar features, biochemical factors, indicators of the presence of a suicidal potential, that is due to do before possible a suicidal one, myths and that are the other victims of suicide.

**KEY WORDS:** Suicide, Adolescence, Suicide Behavior, Suicide and Personality.

## SUICIDIO: CONDUCTA DE ADOLESCENTES PROBLEMA O UN PROBLEMA DE LA ADOLESCENCIA?

Actualmente los trastornos de ánimo de niños y adolescentes se hacen cada vez más evidentes alrededor de todo el mundo. Las manifestaciones que antes se presentaban en forma esporádica, en este momento van en incremento, dejando ver un problema que es necesario abordar. ¿Qué ocasiona que un niño o un adolescente quiera acabar con su vida?, ¿Es posible que los problemas que deben afrontar hayan aumentado? ¿O es que los adolescentes tienen menos recursos que antes para afrontar sus dificultades?

Cuando se habla de los adolescentes con problemas no quiere decir que todos los adolescentes sean difíciles, o que ésta sea una etapa en la que estos problemas sean "típicos", sino que se piensa en ellos como señales que muestran que el adolescente está en dificultades y necesita ayuda.

Este artículo pretende hacer un recorrido por los diferentes temas de importancia que rodean al suicidio en los adolescentes. En primera instancia, se hablará un poco sobre la aparición, a través de la historia, de la conducta suicida, y de dónde proviene esta palabra. En segundo lugar se tocarán temas relacionados con el suicidio como son: definiciones necesarias del tema, fases que se cumplen en el suicidio, teorías explicativas del suicidio, factores de riesgo, factores precipitantes, causas del suicidio, señales de advertencia, tipos de clasificación de personas suicidas, clasificación de la conductas suicidas, significados psicológicos, características familiares, factores bioquímicos, indicadores de la presencia de un suicida potencial, lo que se debe hacer ante un posible adolescente suicida, mitos, y, por último, quienes son las otras víctimas del suicidio.

A lo largo de la historia se ha sabido sobre personas con conducta suicida. En el año 1737, Desfontaines utilizó por primera vez la palabra suicidio, entendida como el acto de matarse uno mismo, voluntariamente. Etimológicamente la palabra suicidio procede de: sui "sí mismo" y cidium "matar".

Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas: Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva Económica, Geográfica, Jurídica o Política. Sin embargo, el suicidio es un fenómeno que escapa al

control social, no cumple reglas ni religiones; el suicida es un ser independiente de sus medio circundante, que pretende tener el control de su vida y de su corporeidad, ocasionando, por una parte, molestias y rechazo en todos los estamentos sociales y por otra, interrogantes sobre las posibles causas que lo han llevado a autodestruirse.

#### Definiciones Necesarias

Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo (Saldaña 2001). Sin embargo, muchas veces estos comportamientos no han sido provocados con la finalidad de morir, sino como una expresión de cólera rabia , frustración. Por este motivo es que actualmente se han realizado definiciones más exactas al estudiar los comportamientos suicidas. Así tenemos:

- a) **Ideaciones Suicidas:** se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de la vida, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.
- b) **Para-suicidas:** comprende conductas variadas 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 las ejecuta, dichos actos deben ser poco habituales.
- c) **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 que desea lograr.

Según los estudios de Berman y Jobes (1991) los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 4% respectivamente) en tanto que éstas intentan suicidarse sin lograrlo en una proporción más frecuente que los varones.

Si esto se presenta en estos porcentajes, es necesario mencionar, que el suicidio consumado es alrededor de cinco veces más frecuente para los adolescentes varones que para las adolescentes mujeres. Una razón probable es la estrecha brecha entre suicidio consumado y conducta agresiva. (Shaffer 1999)

En 1969 la Organización Mundial de la Salud publicó el primer trabajo sobre la prevención del suicidio, la estimación mundial diaria de suicidios que se hacía en ese entonces era de 1000 personas, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y demás, en Colombia la tasa de suicidio va en aumento.

### Fases del Suicidio

El proceso suicida avanza a través de tres fases bien definidas, a saber:

Fase de ideación Suicida: en la que el individuo se plantea la posibilidad de quitarse la vida como solución aparente a diversos problemas.

Fase de Ambivalencia: donde se enfrentan el instinto de supervivencia y el deseo de auto aniquilación. Esta fase puede ser breve o muy lenta y es muy importante en el momento de plantear una terapia.

Fase de Decisión: en la cual el sujeto entra en calma, sin dudas, y se dedica a la planeación del acto final.

Algunas características se han mantenido a lo largo de los años respecto a las dimensiones que rodean al Suicidio, como por ejemplo, el número mayoritario de hombres que terminan con su vida respecto a las mujeres, el método más utilizado como son las armas de fuego; el menor porcentaje de suicidios presentados en zonas urbanas que rurales; los latentes índices de alcoholemia o drogas psicoactivas en los sujetos, entre otros.

### *Teorías Explicativas Del Suicidio*

Los Constructos Personales: Teoría de Kelly

Parte de la idea de que todos los sujetos se adaptan de forma particular al ambiente, de acuerdo a su aspecto cognitivo que les permite procesar sus experiencias.

De la forma como se procesan las experiencias se determinan que los sujetos interpreten la realidad de manera independiente. Su teoría general llamada de Constructos Personales, postula: “La idea subyacente es que la realidad no se explica por si misma, siendo el propio sujeto quien atribuye el significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es interpretado desde la singularidad de nuestro pensamiento” (Kelly, 1961). Explica el suicidio como un acto en donde el sujeto busca encontrar sentido a su vida, pero no es un acto malo o

patológico, es entendible si se observa desde el pensamiento de la persona quien lo ejecuta, el suicidio entonces según el autor no tiene una intención auto destructiva, apoyado esto por dos razones: A. El futuro es incapaz de motivar al sujeto dado que es obvio, “no hay nada por hacer”, B. Cuando el futuro es impredecible, el sujeto entonces huye y abandona el control.

Plantea además que existe un efecto de radicalización en el suicidio, esto significa que el sujeto da una definición y extensión de la realidad de una única forma.

Igualmente propone conceptos nuevos como:

Dilación versus constricción: Amplitud del campo de intereses personales.

Angustia

Amenazas.

Hostilidad.

Culpa.

Postulado básico: procesos psicológicos de una persona orientados por la predicción, y,

Corolario de elección.

La Internalidad – Externalidad: Teoría de Rotter

Al interior del aprendizaje social hace un aporte al tema del suicidio explicando que la carencia de refuerzo eficaz como consecuencias de las conductas puede conducir al sujeto a un estancamiento por las limitaciones impuestas por el medio; propone dos maneras por las que un sujeto puede llegar al suicidio: En primer lugar, por percibirse como incapaz de controlar su vida y, en segundo lugar por considerar el suicidio como una alternativa plausible ante la carencia de refuerzo vital.

Indefensión Aprendida – Teoría de Seligman

Se basa en la idea de que la percepción continua de una persona de no-correlación entre los objetivos de sus conductas y los resultados que se dan, produce un sentimiento de impotencia e incapacidad de control lo que suscita un sentimiento de indefensión, limitación y/o bloqueo de su actividad. El aprendizaje e interiorización de la carencia de control provoca tres déficit en la personalidad: motivacional, cognitivo y emocional. En consecuencia, el estado depresivo es un aprendizaje en el que los resultados de la conducta son incontrolables. Esta teoría muestra la relación entre el sujeto y su entorno

social, en donde el sujeto se desliga de su desarrollo social e individual, lo que le causa apatía y desmotivación.

Se puede clasificar la indefensión en:

Global: Cuando abarca toda la existencia del sujeto.

Específica: Cuando se centra en factores o situaciones concretas.

Crónica: cuando es constante, y,

Transitoria: de corta duración.

La indefensión resulta como reducto de la frustración continua.

Las ultimas tendencias:

Shneidman (1976), determina cuatro elementos básicos para el tema del suicidio: La hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia auto destructiva (hostilidad) esta provocada por estados emocionales negativos (perturbación). Agregándole la percepción distorsionada de la realidad y su valoración (constricción); esto determina un alto riesgo de suicidio, es decir el cese. Igualmente define el suicidio como el lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento provocada por un estresor cuyo origen está en las necesidades frustradas, dándoles al suicida características como el estancamiento por indefensión y desesperanza, disminución en la capacidad de resolución y decisión por situaciones de desorientación cognitiva, restricción de su capacidad de percepción, lo que hace que se base solamente en los aspectos negativos de la situación, el suicida evade en lugar de enfrentar estas situaciones.

Perspectivas sociológicas

En su obra *El Suicidio*, Emil Durkheim (1897), expone el suicidio como un acontecimiento con bases sociológicas. Para ello utiliza el análisis estadístico comparativo de diferentes variables como el sexo, la edad, el estado civil, la religión, los meses del año, el país y los valores sociales.

Esta teoría parte del supuesto de que la sociedad es un marco, un instrumento que modela el desarrollo de los sujetos y es quien orienta directa o indirectamente el suicidio.

### Teoría de Elusión Social

Tiene dos determinantes que son la identidad y la experiencia. La primera orienta las expectativas del sujeto de acuerdo con los condicionamientos sociales y, la segunda, determina la relación del sujeto con la sociedad, convirtiéndose en una fuente de motivación, cuando ofrece expectativas, y de inhibición cuando impone barreras, provocando ambivalencia.

La experiencia implica un proceso de constante revisión de objetivos personales y prescripciones sociales que en ocasiones son consonantes y en otras, son tan diferentes que pueden llegar a provocar debilitamiento de la motivación para vivir, por cuanto el sujeto puede estar encasillado en un modelo de existencia que no se ajusta a sus necesidades.

En la consecución del suicidio intervienen también directa o indirectamente las condiciones macrosociales, que no solamente afectan la estructura social sino que también tocan a cada uno de sus miembros.

Finalmente, a causa de la suma de diferentes factores, el sujeto se auto excluye de la dinámica social, y por ende, puede llegar al suicidio.

### *Factores de Riesgo*

Una aproximación científica para prevenir y entender el suicidio es a través de la identificación de los factores de riesgo (socio-culturales, biológicos y psicológicos) que ayudan a incrementar la probabilidad del suicidio en la población joven. Al dilucidar las causas, a identificar grupos de alto riesgo y a desarrollar y evaluar estrategias efectivas de intervención.

Cada suicidio tiene sus propias características: Historia, razones, lugar, método.

A continuación se describirá cada uno de los factores arriba mencionados, adicionando aquellos que son específicos de la población adolescente:

#### Factores Biológicos

Muchos estudios han encontrado que los bajos niveles de serotonina están ligados a la agresión, al abuso de alcohol y a enfermedades mentales. Sin embargo, la evidencia de los datos no indica si los bajos niveles de serotonina son una causa o un resultado de estados de ánimo y emociones particulares o incluso si los dos se relacionan de manera directa.



Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos paciente deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas del ácido 5-Hidroxiindoleacético (5-HIAA), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones, se desintegra en el cuerpo,

Se ha estudiado, por parte de algunos científicos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, la relación entre comportamiento, serotonina y medio ambiente, en monos Rhesus. Se estimaron las cantidades de serotonina midiendo la concentración de los niveles del ácido 5-Hidroxiindoleacético, en el fluido que rodea la medula espina y el cerebro. Los resultados indicaron que los monos con baja concentración de 5-HIAA demostraron comportamiento impulsivo durante la infancia, agresividad inapropiada y antisocial y abuso de alcohol si tenían acceso a él.

Otras investigaciones en humanos plantean que la tendencia hacia el suicidio no siempre tiene un vínculo con la depresión, es importante aclarar que los pacientes deprimidos también exhiben niveles bajo de 5-HIAA. Lo que es notable, es que se hayan encontrado niveles bajos de esta sustancia en personas suicidas sin una historia de depresión y en individuos suicidas que sufren de otros trastornos mentales (Brown & cols. 1982).

#### Factores Psicológicos

Se ha encontrado una mayor tasa de suicidios en personas que padecen una enfermedad concreta que en aquellos que no padecen de alguna y es así como los hallazgos aseguran que de manera consistente muchos de los que acaban con sus vidas padecen uno de los trastornos del DSM-IV.

Diversos autores han llegado a la conclusión de que no es en si la enfermedad la causa directa del suicidio, sino las consecuencias sociales que conllevan la aparición de la enfermedad; entre ellas puede estar la discriminación de que puede ser objeto, la pérdida de oportunidades, junto con la imposibilidad de responder a las expectativas que los demás le han fijado. Esto deja entrever, una falta de técnicas de enfrentamiento suficientes y/o efectivas para superar las diferentes situaciones que provocan cargas de estrés.

A continuación se presentan las enfermedades que a nivel global o mundial se han relacionado estrechamente con el suicidio:

La depresión y los trastornos afectivos aparecen en la punta, como los gestores del suicidio, las pérdidas afectivas de diverso tipo que llevados al grado de trastorno de la actividad tanto como tristeza patológica, en la que el individuo se mantiene en un estado depresivo, tras haber sufrido una pérdida y angustia patológica, que conlleva una reacción desproporcionada al estímulo, es decir ansiedad extrema, desembocan generalmente en un cuadro depresivo.

La imposibilidad de recuperar a ese ser querido, el fracaso imposible de evitar, se encuentran entre los diversos motivos que desencadenan un cuadro depresivo. La depresión actuaría como un proceso de despojo de la existencia social del individuo y por lo tanto, se asemejaría a la muerte real, a la que una vez asumida como opción, se precipitaría a través del suicidio.

Hasta ahora la teoría cognitivo-psicosocial ha brindado una de las explicaciones más eficaces al proponer el modelo de indefensión aprendida, donde la clasificación de las depresiones se reduce a una diferencia en la intensidad de ésta. Parece ser entonces que la nueva tendencia de concebir la depresión es la de una reacción ante los desequilibrios afectivos, producto de situaciones conflictivas.

Por supuesto, un deseo de suicidio es muy diferente de un intento, aunque por lo general se observa cualquiera de estas dos en estrecha relación con la depresión, principalmente en niños y adolescentes; de otra parte, investigadores como Beck, Emery & Greenberg piensan que es más la misma desesperanza que la depresión, que en últimas serviría como enzima para provocar el desequilibrio que dirige al sujeto hacia el suicidio o hacia la ideación suicida.

La ideación suicida, que hace su aparición entre los 10 y 14 años principalmente, se caracteriza por una constante de pensamientos suicidas en el individuo. Esta diferenciación entre ideación, intento y acción suicida debe quedar clara al momento de evaluar el por que no todos lo que han pensado en suicidio lo han intentado.

Los investigadores sugieren con una fuerte evidencia, que las personas que acaban con su existencia son las que mayor desesperanza han desarrollado, aún dejando y omitiendo en cierta medida los grados de ideación y depresión que presenta la persona.

La esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y esquizoides son mucho más difíciles de tratar, y fue hasta los años setenta donde fue incluida en el documento de la O.M.S. como un importante riesgo dentro de la evolución de la enfermedad.

#### Factores Sociales

“El suicidio no es un simple problema de conflicto o frustración, ni depende de un simple impulso, es una compleja cuestión de pérdida, o no obtención de motivación y refuerzo de necesidad de vivir mediante la interacción social” (M, Clemente; A. González)

El suicidio monocausal solo se da cuando la vida de una persona gira en torno de un objetivo específico, pero lo cierto es que las personas se desarrollan e interactúan dentro de un marco social que incluye múltiples aspectos determinantes de su calidad de vida. Los aspectos o medidas de la calidad de vida de un sujeto se clasifican en tres grupos:

Necesidades primarias: vivienda, salud, trabajo.

Necesidades de apoyo social: matrimonio, familia, sentimientos de pertenencia a un grupo.

Necesidad de desarrollo personal y autoestima: oportunidades de trabajo, educación, creatividad, competencia.

La educación concretamente no solo implica un nivel cultural, también determina un entorno concreto, expectativas de trabajo, un mayor o menor acceso a recursos sociales e influye directamente en la exposición a enfermedades o accidentes. En fin, determina las condiciones ambientales, el hábitat del sujeto. Contemplando de esta manera al individuo, se termina reconociendo que más que una unidad, más que un miembro de la sociedad, es un ser multifacético, con expectativas de autosatisfacción en muchos niveles. Entonces el suicidio implica una no expectativa de logro de una calidad de vida mínima y se produce luego que la persona ha recorrido un largo camino en el que se han agotado todas las alternativas.

Los factores sociales que facilitan la auto aniquilación son, entre otros:

La Ambivalencia Sociológica: Consiste en la aparición de conflictos y contradicciones que dependen ya sea del estatus que ocupa el individuo o del que se espera que ocupe. Los conflictos son el producto de incompatibilidad entre expectativas y posibilidades de realización. La ambivalencia sociológica no contempla variables de

personalidad, a pesar de ser uno de los orígenes más importantes de la ambivalencia psicológica, que a su vez es el conflicto entre los rasgos de personalidad del sujeto y los rasgos exigidos por el estatus que ocupa. El conflicto sólo es real cuando el estatus ha sido impuesto y no elegido libremente, situación que presupone una aceptación de roles, obligaciones y restricciones que contradicen la actitud y los objetivos del sujeto.

**Apoyo Social:** Todos los sujetos tienen la necesidad de un entorno que los ayude y los apoye. De esta relación con el medio, se deriva la calidad de salud mental y física y la esperanza de vida, por eso las personas que viven en soledad se consideran otro tipo de desajuste familiar, por cuanto están más expuestas a la depresión, la ansiedad, el estrés y a poseer una realidad reducida a sí mismas. El entorno y las relaciones de pertenencias estables y positivas aumentan la autoestima, amortiguan la depresión, la ansiedad y restan intensidad a la presión que causa el estrés. La vinculación social supone refuerzo positivo de un lado, y de otro, restricciones a la propia identidad. El problema aparece cuando la persona es incapaz de abandonar un grupo que no reporta satisfacción personal o cuando es incapaz de establecer relaciones dentro del estatus que ocupa.

**Necesidades de Desarrollo Social:** Implican oportunidades de educación, trabajo y de competencia. El trabajo es el enlace principal del sujeto con la sociedad, en torno a él se teje un sentimiento de pertenencia a un grupo determinado que sirve para otorgarle un estatus, una remuneración, un estilo de vida, y la satisfacción de sus necesidades, pero también puede tener efectos contrarios cuando la remuneración no se ajusta a las expectativas o cuando la actividad en sí misma tampoco se adapta a éstas.

Por otra parte, se han planteado determinados factores específicos de riesgo que pueden estar presentes en el suicidio y en el intento de suicidio en los adolescentes. Estos son:

Desequilibrio de neurotransmisores, trastornos emocionales, pobres habilidades para resolver problemas, violaciones agresivas y sexuales, trastornos de la identidad sexual, trastornos psiquiátricos, adicción a drogas, acceso a medicamentos, dificultades en el grupo familiar, divorcio o separación de los padres, incompreensión de los padres de los cambios del adolescente, crisis de autoridad de los padres, carencias emocionales o inapropiadas formas de expresión afectivas, inadecuada disponibilidad del tiempo libre,

dependencia económica del adolescente, manifestaciones de insatisfacción en los adolescentes que adoptan diferentes modalidades, conductas violentas, rebeldes, depresivas, delictivas, apáticas, autodestructivas, uso de medios compensativos incorporándose a instituciones, adhiriéndose a ideologías o grupos particulares o vestimentas y apariencias extravagantes, recursos para evadir la realidad como drogas, ritos, comunas pseudo religiosas.

Otros factores de riesgo que pueden estar presentes en el suicidio son:

Historia familiar de suicidio: Los adolescentes que se suicidan tienen hasta un 50% de casos historia familiar de suicidio o intento de suicidio, especialmente en los casos en que el adolescente también había estado deprimido.

Imitación, identificación y contagio: Exposición a noticias, películas etc. sobre suicidios.

Suicidio epidemias

Asociado con alteraciones biológicas: Disminución de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y asociado a alteraciones peri natales.

Los casos podrían estar comprendidos en éstas tres categorías:

- Grupo impulsivo, volátil que es muy sensible a la crítica.
- Grupo muy ansioso y perfeccionista, preocupado por el futuro y con miedo a cometer errores.
- Grupo con depresión clínica, sobre todo en mujeres y que estaban tratadas en el momento de cometer suicidio.

#### *Intento de Suicidio*

Estudios revelan que el 27% de los adolescentes habían pensado en suicidio en los últimos 12 meses, 16% habían realizado un plan, 8% habían realizado un intento y 2% habían realizado un intento que requería atención médica.

En las mujeres es de 3 a 7 veces más frecuente los intentos de suicidio.

El intento de suicidio suele estar precipitado por un problema interpersonal, familiar, afectivo etc. Otros factores precipitantes son los problemas escolares, ambientes abusivos, duelo, rechazo, problemas de drogas etc.

Cuando no existen factores precipitantes, suele estar más relacionado con la existencia de una depresión o asociado a trastornos depresivos, trastornos de conducta e historia de consumo de drogas.

Los padres deben estar alertas ante los signos de alarma. Lamentablemente, no siempre es así. En un estudio se vio que 57 por ciento de los adolescentes que intentaron suicidarse sabían que tenían depresión, pero sólo 13 por ciento de sus padres la habían identificado.

Otro elemento a tener en cuenta y vigilar de cerca es la aparición de "epidemias de suicidios", cuando se da gran cobertura en los medios a un suicidio de otro adolescente o de algún personaje famoso, se ha visto que esto puede ejercer un efecto inductor y un joven que estaba pensando en el suicidio puede tomar, finalmente, la decisión.

Todos estos factores afectan a la juventud. Hoy en día, la juventud se ve envuelta en el mundo de las drogas, alcohol, de evasión por medio de los nuevos medios masivos de comunicación y del sexo promiscuo, causando la pérdida de valor y sentido de la vida. Esa pérdida de sentido lleva a un razonamiento equivoco que plantea ¿para qué seguir viviendo si no tengo por que vivir? ¿por que entonces no termino con mi vida?. Estos razonamientos terminan en algunos casos en la pérdida de una vida, con el "Suicidio".

#### *Causas*

Al discutir las causas de la conducta suicida encontramos en los adolescentes:

Crisis de identidad: pérdida del sentido del sí mismo y de perspectiva futura.

Depresión

Conflictos afectivos de pareja y familiares

Crisis de valores

Conflictos sexuales

Es necesario distinguir entre la causa final que desencadena el acto suicida y los factores que pueden haber contribuido a él.

Indicadores de la presencia de un suicida potencial

Estas son señales de advertencias para padres, profesores, familiares que brindan la posibilidad de detectar y evitar la tragedia.

- Existencia de un cuadro depresivo de perturbaciones respecto al sueño, a la alimentación y declive de los resultados escolares.

- El aislamiento y la separación gradual del grupo
- Interrupción de la comunicación con los padres o con las personas importantes en la vida del adolescente.

- Intentos suicidas anteriores (o implicaciones en accidentes).

También puede existir un significado psicológico, para que el adolescente realice el acto suicida, tema que será tratado más adelante.

Señales de advertencia:

Son señales de advertencias para padres, profesores, familiares que brindan la posibilidad de detectar y evitar la tragedia.

La depresión en el adolescente:

La depresión en la adolescencia se diferencia de la depresión adulta. En los inicios de la adolescencia los síntomas se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos.

Fatiga persistente, inquietud, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento, y, comportamiento teatral.

Como se observa, los adolescentes no expresan los síntomas de la depresión en los adultos:

Tristeza.

Desilusión.

Insomnio

Anorexia

Idea suicida y,

Sentimiento de culpa entre otros.

Las razones para este enmascaramiento sintomático:

- Las transformaciones de la edad son una amenaza para la autoestima. Si a esto se le añade la sintomatología depresiva de subvaloración, desesperanza sería una amenaza adicional..

- El desarrollo cognoscitivo no le permite un nivel de reflexión, de introspección sobre el pensamiento propio de la depresión adulta.

En la etapa final de la adolescencia, la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de drogas, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.

Signos que pueden alertar sobre posibles conductas suicidas:

No podemos hablar de una "personalidad suicida", pero hay signos que nos pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los adolescentes como pueden ser:

Ensimismamiento, urgencia por estar sólo, aislamiento, mal humor, cambios de personalidad, amenaza de suicidio, entrega de las pertenencias más preciadas a otros, cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde, o el escaparse de la casa, uso de drogas o de alcohol, abandono poco usual en su apariencia personal (parecen tristes, aislados, irritados, ansiosos, cansados, indecisos o apáticos), aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o deterioro en la calidad de su trabajo escolar, quejas frecuentes de dolores físicos, tales como dolores de cabeza, de estómago y fatiga, asociados en su estado emocional, pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones, poca tolerancia de los elogios o premios, cambios en el comportamiento (falta de concentración en la escuela, trabajo o en tareas rutinarias, calificaciones que empeoran), cambios en sus hábitos alimenticios (episodios de inapetencia o de bulimia), cambios físicos (falta de energía, subir o bajar de peso repentinamente, falta de interés en su apariencia), un cambio drástico en su vida o una pérdida de un ser querido (ya sea por causa de muerte, divorcio, separación o relación fracasada), bajo nivel de autoestima (no sienten que tienen valor alguno, sentimiento de culpabilidad u odio hacia sí mismos), falta de esperanza en el futuro (sienten que nada va a mejorar, que nada cambiará), preocupación con la muerte, reflexiones personales sobre la muerte, amenazas directas por suicidarse al decir cosas como, "¡Mejor quisiera morirme!" "Mi familia estaría mejor sin mí." o "No tengo razón para vivir." Estas amenazas hay que tomarlas siempre en serio, quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable", lanzar indirectas como: "no seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez", ponerse muy contento después de un período de depresión.

#### *Tipos De Clasificación De Personas Suicidas*

Para Durkheim, en el suicidio se trata de dar muerte mediante una acción, producida por la víctima misma y ante la cual, tiene absoluta conciencia del resultado a producirse.

Propone distintos tipos de suicidas:



El altruista, en el que la motivación hacia la muerte está originada por una rígida estructuración en la sociedad en la que se vive. La muerte en sí misma no es tan importante como preservar el "honor".

El egoísta, en el cual el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. No interesa lo que los demás opinen

El anómico, que se produce ante una confusión de valores sociales, que lleva a una crisis individual acerca del sentido de la existencia.

#### *Clasificación De Las Conductas Suicidas*

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos. Sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

Vinoda, uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión auto producida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como sub meditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima, sin reconocerlo, se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo;

La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.

Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida", y

El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Farberow menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

#### *Autores Clasifican La Conducta Suicida*

El origen: puede ser psicótico, neurótico, psicodisplásico o filosófico. En el psicótico, la persona se halla desconectada de la realidad y de lo que pasa en su entorno. Sufre alucinaciones y tiene ideas ilógicas no aceptadas por los demás. El neurótico se caracteriza por manifestaciones teatrales con escasa intención real de suicidio. En el psicodisplásico, el psicópata dirige la agresividad hacia sí mismo. El filosófico se produce en personas que sienten un vacío en su existencia.

La forma: puede ser impulsivo, obsesivo y reflexivo. El primero se lleva a cabo súbitamente, sin avisos previos de la intención. El obsesivo se produce por una idea de autodestrucción, que resulta imposible rechazar. El reflexivo se caracteriza por un análisis detenido de la idea de suicidio, siendo más frecuente en personas deprimidas.

### *Significados Psicológicos*

El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida.

Beachler describe varios significados psicológicos posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable;
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona;
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea auto castigarse para mitigar la culpa;
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte;
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad;
6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro;
7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa, y
8. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Kovacs, por su parte, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.

### *Características Familiares*

La adolescencia existe en un contexto social particular. Por consiguiente, el tratamiento de los problemas de esta edad deben tomar en cuenta los contextos sociales que influyen sobre el adolescente. La familia es el elemento fundamental, el medio

social del que emergió el adolescente, el espacio vital en el que se configura su subjetividad. En otras palabras, frente a los cambios que ocurren en los ambientes sociales de los que participa el adolescente, es más susceptible a las modificaciones que se operan en la familia y a su vez, el adolescente afecta al grupo familiar al que pertenece.

Este enfoque implica sólo se implica la relación causa efecto, sino que se deben considerar los múltiples condicionantes que implican la aparición de un comportamiento desajustado del adolescente. Por ejemplo, ante un adolescente violento no basta tratarlo sólo a él y no incluir a la familia en la que probablemente constatemos códigos comunicativos agresivos, descalificadores y patrones de conducta violentos.

En consecuencia con lo anterior, el extender la atención hacia las personas significativas para el adolescente implica, que si producimos transformaciones en el grupo y no sólo en un individuo aislado, los respectivos cambios tienden a mantenerse, porque no es un sujeto que está aprendiendo otra manera de comportarse, de actuar, de comunicarse, de analizar y que sus cambios entran en contradicción con las pautas familiares, sino que es la familia quien se somete al cambio y crece como grupo.

Además el adolescente con problemas no es distanciado de la familia como si este estorbara y depositado en la mano del especialista que con su "magia" resolverá la situación, sino que con la inclusión del grupo familiar los procesos de cambios permitirán al ajuste necesario para enfrentar las situaciones de conflicto y potenciar el desarrollo personal.

Por otra parte, algunas condiciones intrafamiliares representan factores de riesgo la aparición de problemas en los adolescentes.

Incomprensión de los padres de los cambios del adolescente, crisis de autoridad de los padres, carencias emocionales o inapropiadas formas de expresión afectivas, inadecuada disponibilidad del tiempo libre, dependencia económica del adolescente, conductas violentas, rebeldes, depresivas, delictivas, apáticas, autodestructivas, uso de medios compensativos incorporándose a instituciones, adhiriéndose a ideologías o grupos particulares o vestimentas y apariencias extravagantes, recursos para evadir la realidad como drogas, ritos, comunas pseudo religiosas.

Existen numerosos conflictos familiares en particular separaciones (30% de los casos frente al 6% en la población en general), con ausencia frecuente del padre o de toda figura de autoridad paterna. Este factor interviene más cuanto más precoz es la separación. Los antecedentes de desplazamiento y de desajustes recientes son frecuentes. Los antecedentes familiares patológicos parecen bastante frecuentes (suicidios, enfermedad mental). Por el contrario, el nivel socioprofesional de los padres no parece jugar un papel estadísticamente significativo, al igual que la presencia o ausencia de las madres en el hogar, además la incidencia del trabajo de la madre en el exterior no parece significativo (Ajuriaguerra, 1999).

Ladame (1981) estudia las interacciones del adolescente suicida con su entorno y encuentra tres series de hechos que hay que considerar:

a) En estas familias el adolescente suele ser el centro, sirviendo muchas veces como el receptor de las frustraciones de los padres. La relación entre padre y adolescente no tiene empatía comprensiva, sino por el contrario es agresiva, generándose así el primer fracaso en el proceso de separación individuación. El adolescente con su gesto suicida llama a la ayuda colectiva.

b) La barrera entre las generaciones es a menudo confusa en las familias. Existen coaliciones entre los miembros de distintas generaciones, cuya triangularización en el problema de miembros de otras generaciones, genera una situación de tensión difícil de manejar ocasionando la huida del adolescente frente a esta situación.

c) En los periodos pre suicidas, el adolescente hace frente a situaciones de tensión que hacen explosión, ante una situación mínima inmanejable, siendo esta última solamente una parte más del eslabón dentro de la cadena de situaciones inmanejables.

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista "interaccional", se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual

originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios. A su vez, la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones. En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

¿Pero qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida? Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción.

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la

vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente, por norma, sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida.

Resumiendo, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar;
  - Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros;
  - Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor;
  - Falta de opciones, o bloqueo para verlas;
  - Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave, y
  - Una auto evaluación negativa, con auto rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.
- Un impulso súbito de odio hacia sí mismo, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Un ambiente familiar rígido puede llevar al adolescente a cometer suicidio. Si las alternativas ante unas malas calificaciones o un fracaso son peleas, más presiones o la

coartación de la libertad, se lleva al joven a opciones poco saludables. Estas podrían ser el uso de drogas, las actividades antisociales, la vinculación a pandillas entre otras.

Dentro de las características familiares encontramos que el mayor índice se encuentra en problemas dentro de la familia nuclear con un 31%, sin embargo si juntamos lo correspondiente a padres separados, madres jefas de hogar, y a cargo de las familias de origen nos encontraremos con un 69% que nos hablan de desestructuración y falta de figuras significativas para el adolescente suicida.

La familia siempre será la fuente principal de apoyo y aceptación. En ocasiones, la inexperiencia o las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia. Este hecho puede verse reflejado en la depresión de uno de los hijos. Lo importante no es encontrar culpables, sino descubrir el problema a tiempo para darle la mejor solución posible.

#### Factores Bioquímicos

Ni una perspectiva puramente sociológica o psicológica parece explicar adecuadamente las causas del suicidio. También es probable que estén implicados otros factores. Por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía, evidencia similar muestra que la depresión está relacionada con la bioquímica. Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el cuerpo. Es más. Existe alguna evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados. A esto se le conoce como "trastorno bipolar".

En realidad no se puede decir exactamente cuales pueden ser los verdaderos motivos para que un adolescente decida suicidarse, ya que debido a el trastorno bipolar ha habido jóvenes que aparentemente lo tenían todo en la vida: salud, una familia estable, un círculo amplio de amistades y buen nivel académico que lo han intentado, pero muchos de ellos han logrado salvarse gracias a los avances de la ciencia ya que se les ha detectado el trastorno bipolar y se les ha puesto bajo tratamiento médico.

#### Indicadores de la presencia de un suicida potencial



Estas son señales de advertencias para padres, profesores, familiares que brindan la posibilidad de detectar y evitar la tragedia.

La depresión en el adolescente: La depresión en la adolescencia se diferencia de la depresión adulta. En los inicios de la adolescencia los síntomas se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos.

Fatiga persistente, inquietud, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral

Como se observa, no se expresan los síntomas de la depresión en los adultos:

Tristeza, desilusión, insomnio, anorexia, idea suicida y sentimiento de culpa entre otros.

Las razones para este enmascaramiento sintomático son

Las transformaciones de la edad son una amenaza para la autoestima si a esto se le añade la sintomatología depresiva de subvaloración, desesperanza sería una amenaza adicional se defiende transmutando el cuadro depresivo.

El desarrollo cognoscitivo no le permite un nivel de reflexión, de introspección, ni de un pensar sobre el pensamiento propio de la depresión adulta.

En la etapa final de la adolescencia la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.

Que se debe hacer ante un posible adolescente suicida

Ante cualquier señal se debe:

Creerle y tomarlo en serio.

Entender sus sentimientos y alentarle a que actúe, luche, etcétera.

Ayudarle a encontrar respuestas y alternativas para la vida.

Hacerle saber que se desea ayudarlo y se sabe cómo.

Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos.

Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.

Enseñar al paciente que pida ayuda en los momentos de angustia antes de tomar decisiones.

Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.

Buscarle ayuda profesional especializada (psicólogo, psiquiatra)

Orientar a la familia sobre cómo apoyar y comunicarse clara y directamente con el suicida.

No retar al paciente, ni aliarse a su solución de muerte.

Ayudarlo, darle cariño, seguridad y no juzgarlo.

Entrenar a su familia en la realización de comunicaciones cálidas y espontáneas entre sus miembros.

Darle apoyo emocional y de soluciones a los familiares.

Propiciar la comunicación del individuo en riesgo y su familia con grupos de autoayuda del escenario comunitario.

Como única medida de prevenir tales conductas, lo anterior obliga a realizar investigaciones para determinar las variables causales relevantes, y proponer estrategias terapéuticas preventivas. Estas acciones deben desarrollarse principalmente en los escenarios educativos dentro de los cuales los adolescentes se ven inmersos gran parte de su tiempo.

### *Mitos*

Siendo el suicidio un tema tabú en nuestra sociedad, parece existir una tendencia a ocultar el hecho y asumir que es un fenómeno poco frecuente. Si bien es cierto que en términos de proporciones no posee las mismas magnitudes que otras problemáticas (Infección por VIH, maltrato infantil, abuso y acoso sexual), no por esto podríamos decir que es una conducta que no se presenta entre algunos miembros de la población.

Por otra parte, las reacciones emocionales de las personas ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra hasta la consumación de otro suicidio. Así mismo, también se tiende a buscar culpables para poder dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien. En ese mismo sentido, también existen falsas creencias que podrían reconfirmar la actitud de negación y censura hacia el suicidio.

Los siguientes son algunos de los mitos existentes alrededor del suicidio y tal y como la evidencia lo señala, son más el desconocimiento y las falsas creencias las que prevalecen alrededor del tema (Wekstein, 1979; Davison & Neale, 1996).

1. Mito: Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo.

Hechos: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas.

2. Mito: El suicidio se produce sin previo aviso.

Hechos: Los estudios realizados muestran que las personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.

3. Mito: Las personas suicidas están decididas a morir.

Hechos: La mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir; lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que los salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan cómo se sienten.

4. Mito: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

Hechos: Las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida sólo por un tiempo.

5. Mito: La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.

Hechos: Son muchos los suicidios cometidos al cabo de 3 meses de comenzada la mejoría, cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.

6. Mito: El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o, a la inversa, se presenta casi exclusivamente entre los pobres.

Hecho: El suicidio no es una enfermedad de ricos ni la maldición de los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.

7. Mito: El suicidio se hereda o está en la familia.

Hecho: Es un patrón individual.

8. Mito: Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.

Hechos: Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz y se halla alterada, no es necesariamente un enfermo mental. De hecho, hay evidencias de pensamiento racional y de estar en contacto con la realidad.

9. Mito: Ser miembro de un grupo religioso en particular, es un buen predictor de que la persona no considere el suicidio.

Hechos: Es un error creer que la fuerte prohibición que existe dentro de la religión católica, es un freno eficaz para evitar la actuación suicida de una persona. Además, que una persona se identifique con una religión particular no es una representación de sus creencias particulares.

10. Mito: El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.

Hechos: La verdad es que es muy difícil entender por qué una persona decide suicidarse. Por ejemplo, un revés en la situación

Económica precedido de la actuación suicida, no es una causa que explique fácilmente el suicidio.

11. Mito: Todos los que comenten suicidio están deprimidos.

Hechos: Esta falacia radica en el hecho de que muchos de los signos de las actuaciones suicidas frustradas son ignoradas porque la persona no actúa como si estuviera deprimida. Muchas de las personas que se suicidan no están deprimidas. De hecho, algunas personas se muestran calmadas y en paz consigo mismas.

12. Mito: Una persona con una enfermedad física terminal, no contempla la posibilidad del suicidio.

Hecho: Teniendo en cuenta las condiciones de padecimiento tanto físico como moral, propios o de los seres amados, el suicidio es una posibilidad que frecuentemente pueden contemplar, en miras de darle fin lo antes posible la sufrimiento, aun cuando la muerte se perciba como un hecho inminente.

13. Mito: El suicidio es influido por las estaciones del año, la latitud y las condiciones climatológicas en general o los días de la semana.

Hecho: No hay datos suficientes para sostener estas creencias

14. Mito: El suicidio es influido por factores cósmicos como las fases de la luna.

Hecho: No hay evidencias que confirmen lo anterior.

15. Mito: El suicidio es un evento aislado.

Hecho: Aun cuando existe un debate muy amplio en este sentido, se hace clara la conexión como factor desencadenante, sin que este factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio.

16. Mito: Pensar en el suicidio es algo más bien raro.

Hecho: Estimaciones hechas sobre estudios hechos con muestras no clínicas, sugieren que la idea del suicidio esta presente desde un 40% hasta un 80% de la población. Esto significa que han pensado al menos una vez en la vida en la idea del suicidio.

17. Mito (especialmente presente entre terapeutas): Preguntarle a una persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si está deprimida, puede llevar a que la persona realice un intento, que no se hubiese dado si no se le hubiese preguntado.

Hecho: Un de los principales aprendizajes en la labor clínica, es indagar en profundidad sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho, muchas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre el suicidio.

18. Mito: Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad, no están considerando seriamente la idea de matarse.

Hecho: Aquí se confunde la letalidad con el intento. Algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente.

El suicidio es una idea que se va gestando y es muy probable que la familia no lo sepa, para los científicos llegar al suicidio o al intento de suicidio implica un problema psicológico grave y no tiene justificación filosófica, pues atentar contra sí mismo no es natural ni lógico.

#### *Formas de Suicidio*

El método utilizado por el adolescente para suicidarse dependerá en gran parte de la intencionalidad del acto. Desde esta perspectiva podemos clasificar a los sujetos en tres grupos:

Los que desean realmente morir se caracterizan por utilizar un método violento y letal, buscando lugares apartados y privados donde se evite ser descubierto al menos en un tiempo prudencial.

Los que dejan al azar la supervivencia optarán por efectuar el acto suicida en lugares donde se encuentren personas que puedan brindarle una ayuda eventual, es evidente que

el objetivo de este tipo de suicidas es exponer una necesidad de ayuda o de cambio de una situación insostenible.

Los que desean ser salvados son un grupo que aparentemente su objetivo es manipular las situaciones y a las personas, pero no hay que olvidar que muchos suicidios consumados estuvieron precedidos por tentativas fallidas.

Los métodos más frecuentemente utilizados son:

Métodos traumáticos: Armas de fuego, arma blanca, precipitaciones, aplastamiento, procedimientos químicos, ingestión de cáusticos y quemaduras.

Métodos por asfixia: Ahorcamiento, sofocación, sumergimiento, inhalación de vapores tóxicos y electrocución.

Métodos tóxicos: Venenos y fármacos en general, aunque tienen una especial relevancia los psicofármacos.

Quiénes son las otras víctimas del suicidio?:

Parientes y amigos. Cuando ocurre un suicidio los pensamientos se vuelven de inmediato a la persona que se ha provocado la muerte. ¿Qué dolor insoportable estaba sufriendo para justificar un fin así? Pero las verdaderas víctimas de esta tragedia a menudo son la familia, parientes y amigos que son dejados atrás para enfrentar todo lo que implica este acto.

Elizabeth Kubler- Ross (1983), una psiquiatra que ha investigado y escrito de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, ha perfilado una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

La primera de 3 etapas se caracteriza por conmoción, negación y aturdimiento. Les es difícil hablar al respecto, tienden a evitar usar la palabra suicidio y pasan por los arreglos del funeral como si no tuviera significado personal. El dolor es tanto, que se cierran a sus propios sentimientos.

En la segunda etapa, comienzan a experimentar pena. Tratan de culpar a alguien o a sí mismos por lo que pasó y por último expresan cólera hacia el difunto: ¿Cómo pudiste hacernos esto?

La tercera etapa es dejarlo ir, o terminar un asunto incompleto ( como el hecho de pensar: "nunca le dije que lo amaba").

La presentación de casos de suicidio, dentro del ambiente hospitalario se configura en una presencia cada vez mayor, debido a múltiples motivos, sean económicos, culturales, o personales, como son las dificultades en contar con herramientas de respuesta más adecuado por parte de los adolescentes.

Sin embargo es necesario mencionar que el motivo que ocasiona el acto tiene que ver más con una respuesta de duelo y con una respuesta de huida, más que con una respuesta de castigo o de ganancia, esto debido a que suele aparecer como en los casos estudiados, frente a situaciones de corte en el desarrollo y pérdida de figuras significativas para el – la adolescente, contrariamente a lo que generalmente se piensa que es para llamar la atención.

La consabida ganancia secundaria, ha llevado por muchos años, a considerar los actos parasuicidas, como situaciones histriónicas, dentro de personalidades Histeropáticas, cuando en realidad son respuestas inadecuadas, o como mejor se les conoce afrontamientos inadecuados, al carecer de habilidades de respuesta más adaptativas frente a situaciones que pueden ser estresantes.

Es decir, la configuración patológica, domina sobre la dimensión humanista de afronte al medio (Melamed 2000, Saldaña 2001). Las características individuales deben ser tomadas en cuenta en cuanto son personas en interacción las que pasan por procesos diferentes y, el adolescente no está alejado de esta premisa. Si consideramos la respuesta individual, veremos que esta puede ser adaptativa o no adaptativa a nuestra realidad pero respuesta en sí de la persona que la ejecuta en razón de las habilidades que posee y en base a las características de persona en interacción.

La respuesta frente a situaciones de tensión como en el caso de los parasuicidas estudiados, (Dificultades en el grupo familiar y abuso sexual) se encuentran en la línea de situaciones que evocan respuestas de adaptación más no de castigo, o de llamada de atención, según Baechler (Ajuriaguerra 1999) tanto la huida como el duelo son dos respuestas emitidas por los parasuicidas, ante: una situación considerada como insoportable y una situación que corta el desarrollo o proyecto de vida del adolescente. En estos casos tanto el hecho de no contar con las figuras significativas, padre, madre, y el haber sido víctimas de un abuso sexual, se configuran en esas situaciones de corte que ocasionan una situación de crisis, inadecuadamente manejada al no contar con elementos

de respuesta más adaptativos o habilidades sociales que le permitan hacer frente a la situación amenazante. Sin embargo es necesario mencionar, que en nuestro medio contrariamente a lo que la literatura menciona, la falta de la figura materna se configura como una situación amenazante, debida fundamentalmente que en la mayoría de los casos, es la madre la figura paterna conocida por los parasuicidas.



## Referencias

- Ajuriaguerra, J. (1998). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Editorial Masson. Barcelona-España
- APA (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson, Barcelona - España.
- Brow, M. (1972). *Psicología Aplicada*. Buenos Aires, Edi. Paidós.
- Beek, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Deselée de Brower.
- Clemente, M. (1998). *Psicología Social Aplicada*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Davison G. y Jhon M. (1983). *Psicología de la Conducta Anormal*, Enfoque clínico experimental. México. Edit. Limusa.
- Durkheim, E. (2000). *El Suicidio*. Madrid. Ediciones Coyoacán.
- Kubler, E. Y Barrutia E. (1998). *Preguntas y Respuestas a la Muerte de un Ser Querido*. Nueva York. Edit. Martínez Roca.
- Ajuriaguerra, M.(1996). *Psicología del Niño*. Barcelona. Edit. Masson.
- Ladame, F. (1981). *Tentativas del Suicida Adolescente*. Masson. París. Vol.1
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente*. Madrid-España. Ediciones Pirámide.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. México. Internacional Thonson Editores.
- Shaffer, D. (2002). *Desarrollo Social y de la Personalidad*. , Madrid - España.Internacional Thonson Editores.
- Sheidman E. (1984). *Tratado de psiquiatría Suicido*. En fredman A. La Habana 3:1954  
<http://www.unam.mx/rompan/24/>  
<http://www.insp.mx/salud/40/405-7.html>.

Chía, Febrero de 2006

Señores  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
Universidad de la Sabana  
Ciudad

REF: ENTREGA PROYECTO DE GRADO

Apreciados Señores

Cordial Saludo. Adjunto a la presente, me permito hacer entrega de la Monografía “SUICIDIO: CONDUCTA DE ADOLESCENTES PROBLEMA O UN PROBLEMA DE LA ADOLESCENCIA?”, realizada como finalización del programa de Diplomado de ADOLESCENCIA, que fue requisito para optar al título de Psicóloga.

Agradezco la atención dada a la presente,

AURORA VACA  
C.C. No. 51'714.532 de Bogotá  
Código 9929369

Información Adicional requerida para la elaboración de las portadas.

Título de la monografía: “¿SUICIDIO: CONDUCTA DE ADOLESCENTES PROBLEMA O UN PROBLEMA DE LA ADOLESCENCIA?”.

Chía, Febrero de 2006

Autor: BLANCA AURORA VACA PEDROZA

Asesor: Clemencia de la Espriella.

Facultad y Programa: Psicología. Diplomado de “Adolescencia”.

### Resumen

El presente artículo realiza un recorrido por los principales temas que rodean al suicidio en la adolescencia. En primer lugar, se habla sobre cómo aparece en la historia la conducta suicida y de donde proviene esta palabra. En segunda instancia, se trata temas relacionados con el suicidio tales como: definiciones necesarias del tema, fases que se cumplen en el suicidio, teorías que lo explica y factores de riesgos, precipitantes, causas de suicidio, señales de advertencia, clasificación de personalidad suicida, clasificación de conductas suicidas, significados psicológicos, características familiares, factores bioquímicos, indicadores de la presencia de un suicida potencial, que se debe hacer ante un posible suicida, mitos y quienes son las otras víctimas de suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, Adolescencia, Conductas Suicida, Suicidio y Personalidad.

### Abstract

The present article realized a review about the principal topics around the suicide in the adolescent. First all, related about the history of suicide behavior and the etymological origin of term. Second, related about the different topics such as: necessary definitions, suicide phases, theories about the suicide that explain it and risk factors, leadings, suicide causes, warning signals, classification of suicide behavior, psychological meanings, familiars features, biochemical factors, indicators of the presence of a suicidal potential, that is due to do before possible a suicidal one, myths and that are the other victims of suicide.

**KEY WORDS:** Suicide, Adolescence, Suicide Behavior, Suicide and Personality.



