

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON EL
SUICIDIO E INTENTO SUICIDA, EN LA ADOLESCENCIA.

Edwin Javier Ladino Oyola

Universidad de La Sabana

Chía, Agosto de 2006.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON EL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA, EN LA ADOLESCENCIA.

Resumen

La inclusión de un estudio de caso clínico, pretende ejemplificar mediante hechos reales, los diversos factores de riesgo y signos de alarma, a los que está expuesto un joven adolescente, con relación a la toma de dediciones en si comete o no, un acto suicida. Conforme a esto, y bajo una exhaustiva revisión de la literatura bibliográfica correspondiente al tema del suicidio e intento suicida en la adolescencia, se presentan diferentes teorías explicativas sobre el origen del suicidio, su significado, la relación que hay entre éste y la etapa de la adolescencia, y la influencia que el mismo ejerce sobre el adolescente. De igual forma, se exponen diversas investigaciones realizadas en la población adolescente, sobre los agentes de riesgo a los que los jóvenes están expuestos, y las tasas de suicidio ocurridos en los últimos tiempos, a nivel cuantitativo: dando como conclusión, que el adolescente se encuentra en una etapa de alta vulnerabilidad, con relación a los factores de riesgo psicosociales a los que éste se enfrente, teniendo claro que este es un problema de salud publica al que se le debe dar vigilancia oportuna.

Palabras clave: Suicidio, Adolescencia, Factores de Riesgo, Intento Suicida, Signos de Alarma

Abstract

The inclusion of a study of clinical case, tries to exemplify by means of real facts, the diverse factors of risk and alarm signs, to which a adolescent young is exposed, in relation to the taking of decisions in if it commits or no, a suicidal act. According to this, and under an exhaustive revision of bibliographical literature corresponding to the suicide and suicidal attempt in the adolescence, different explanatory theories appear on the origin from the suicide, its meaning, the relation that the stage of the adolescence is between this one and, and the influence that the same one exerts on the adolescent. Similarly, diverse investigations made in the adolescent population are exposed, on the agents of risk to which the young people are exposed, and the happened rates of suicide lately, at quantitative level: giving like conclusion,

that the adolescent is in a stage of high vulnerability, in relation to the psycho-social factors of risk which this one faces, and knowing clearly that this it is a health problem it publishes to which opportune monitoring is due to give him.

Key words: Suicide, Adolescence, Risk Factors, Suicidal Attempt, Alarm Signs.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON EL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA, EN LA ADOLESCENCIA.

El presente estudio de caso, da evidencia de los diversos factores de riesgo psicosociales que influyen en el adolescente, y a los que está expuesto, con relación al suicidio e intento suicida: “Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad; en sexto de primaria; de nivel socioeconómico bajo; con diez hermanos mayores que ella y malas relaciones con todos; con la madre tampoco se lleva bien, y dos meses antes falleció el padre en un accidente en el campo, lo cual generó gran tristeza en la paciente, pero sin poder hablar con nadie al respecto. De cualquier manera, tampoco había buena relación con el padre. Su grupo familiar padece muchas carencias, no sólo económicas sino también afectivas y jamás ha podido establecer relaciones satisfactorias con nadie. A los 12 años mantuvo una relación de pareja con un adulto de 35 años de edad; es incapaz de poner límites en sus relaciones con varones, generalmente mucho mayores que ella, esperando llenar el vacío afectivo que tiene. A partir de la muerte de su padre, la sensación de soledad y tristeza se fue haciendo más intensa, y dado que dejó de efectuar sus labores de aseo en el hogar, recibió cada vez más agresión por parte de los hermanos hasta que tuvo altercados violentos, y en uno de ellos, salió del hogar, encontró a su novio, y al estar a solas con él llorando y pidiendo apoyo, pues él también la había dejado, fue sorprendida por el hermano quién la golpeo e insulto. Regreso a casa, busco en el cajón de medicamentos, escogió un frasco de podofilina, un cáustico útil en el tratamiento de tópico de verrugas vulgares, y lo ingirió en su totalidad y se desmayó; fue llevada al hospital por el hermano agresor, muy temeroso y asustado por haberla golpeado. Presentaba vómito sanguinolento, dolor toracoabdominal y evacuaciones diarreicas. A su ingreso, el médico que la valoró, después

de elaborar su historia clínica, efectuó el diagnóstico de intoxicación por podofilina, pensándose en la posibilidad de gastritis erosiva por el cáustico; se efectuó esofagoscopia y se hallaron quemaduras de primer y segundo grados en faringe y esófago, lineales, sin problemas mayores. Se intentó llevar a cabo una esofagoscopia más, como control, y en el segundo día de internamiento, al investigar el endoscopista la causa de la quemadura, encontró que fue voluntaria; por ello solicitó una valoración psiquiátrica “por probable depresión”. En esta valoración se obtuvo toda la información referida, y es hasta después de este proceso que se agregan a su diagnóstico “principal” los diagnósticos “secundarios” de depresión con intento suicida. Éste caso, desafortunadamente, es un ejemplo cotidiano de lo que se hace con los jóvenes (varones y mujeres) suicidas: agresión, prejuicios, desinterés, ausencia de diagnóstico adecuado, etc., y esto sólo es parte de la corte de acciones “profesionales”. (Sánchez, 2000, Pág. 1319).

En el prólogo de un reconocido libro titulado “Psicopatología del niño y del adolescente”, se plantea que el objetivo del presente escrito, es lograr evaluar todos aquellos problemas psicológicos y del comportamiento que se manifiestan en los adolescentes, (Wicks e Israel, 1997). Por otro lado, dos importantes autores, Worchel y Shebilske (1998), plantean que la adolescencia es el tiempo que pasa desde la infancia hasta la edad de adulto, que se extiende desde los 12 años de edad, hasta el final de la adolescencia, y que tiene sus inicios en la etapa de la pubertad, caracterizada por la posible reproducción sexual y madurez sexual. De igual forma, según el enfoque de la Biopsicología, se plantea que la adolescencia está caracterizada por los cambios biológicos que atraviesan los adolescentes; es decir, las primeras menstruaciones y las primeras emisiones de semen, permitiéndole al ser humano, conquistar su independencia, madurar su carácter a través de una serie de pruebas y afirmar su identidad” (Pinel, 2001). Finalmente, tres reconocidos recopiladores

de diversas fuentes de investigación sobre el Desarrollo Humano a lo largo del ciclo vital, Papalia, Olds y Feldman (2001), plantean que “la adolescencia es una transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados. Este periodo dura aproximadamente, desde los once o doce años de edad, hasta los diecinueve o comienzos de los veinte; pero ni el comienzo ni el fin están marcados bajo una ley cronológica. Esto, dando como noción, las marcadas discrepancias que aun existen con relación a lo que hoy es llamado la etapa de la adolescencia.

Reafirmando lo propuesto por diversos autores como Wicks e Israel (1997), Worchel y Shebilske (1998), Pinel, (2001), y Papalia, Olds y Feldman, (2001); conforme a lo anterior: Toledo, Luengo, Lobos, Fuentes y Siragyan (2002), muestran que los grandes cambios biológicos, psicológicos, afectivos, emocionales y sociales, el no tener una identidad definida, y el desconocer o no tener claro lo que se espera del adolescente en la sociedad, produce en él gran incertidumbre y angustia; dando como resultado, el provocar conflictos y llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo, como: delincuencia, vagancia, deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano, fuga del hogar, y en el peor de los casos, el suicidio. Es por esto, que se ha considerado que el adolescente vive una etapa de vulnerabilidad; hablando en términos de la relación entre la Adolescencia y el Suicidio.

De igual forma, y como lo confirma Sánchez (2000) en su escrito sobre “Intento Suicida”, se parte del hecho de que la adolescencia es la puerta de entrada en una serie de procesos mentales que enfrenta al adolescente ante sus figuras de autoridad, y de afecto más tempranas, que gracias a estos procesos logran los jóvenes la independencia y la autonomía, no sin grandes esfuerzos y luchas entre tendencias contradictorias; donde la

sociedad impone cargas a sus integrantes más jóvenes, precisamente por su propia inexperiencia. Entonces, la depresión en los adolescentes resulta de estas fuerzas sociales llenas de exigencias para amoldarlas a lo establecido, y de los propios conflictos internos del adolescente y, en especial, de la adolescente que aprende esquemas caducos de lo femenino, los cuales le imponen adaptaciones sobre la marcha, y en las que no siempre tiene éxito.

Por tal razón, y según lo propuesto por Philip (2000), las características de la adolescencia, la inestabilidad emocional y la dificultad en el control de impulsos, incrementan el riesgo cuando existen ideas de suicidio, en comparación con otras etapas de la vida en que hay una mayor estructuración de la personalidad.

Es por esto, que el suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, y recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la era cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la iglesia todo individuo de conducta suicida. Fue hasta entonces a principios del siglo XX, donde comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes, la sociológica representada por Durkheim (1897), y la psicológica, expuesta por Menninger (1920) y Freud (1885), citado por Peña et al. (2002), que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo. De igual forma, Clemente y González (1996) plantearon diversas teorías explicativas del suicidio; en principio, un primer acercamiento se basó en la Teoría de Kelly: Los Constructos Personales. Kelly (1961), citado por Clemente y González (1996), parte de la idea de que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognoscitivas concretas que poseen, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias. Su teoría sobre el suicidio, se fundamenta en la idea de que la realidad es

independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta. A partir de esta teoría, Kelly explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, darle un sentido. Así pues, el suicidio, desde la teoría de Kelly, no tiene tanto una intencionalidad autodestructiva, como la de prolongar y dar significado a la vida. Según Avía y Sánchez (1993), las dos razones por las que el autor de esta teoría explica el suicidio son: a. El futuro es obvio para el individuo y por tanto incapaz de motivarlo, y b. Cuando por el contrario, el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena. Para terminar, este mismo autor dice que el suicidio no es explicable desde términos tales como sentimientos, emociones, reforzamiento, aprendizaje, motivación, entre otros.

Una segunda Teoría, expuesta por Rotter (1954), citado por Clemente y Gonzáles (1996), habla sobre la Internalidad /Externalidad. Rotter propone una teoría del Aprendizaje Social compaginando la teoría de la Psicología del Refuerzo Social, y la teoría de la Psicología Cognitiva. Desde estos tres criterios explica conductas concretas y actitudes generales ante la vida y el entorno, como resultados de un proceso de elección o inhibición determinado por las propias atribuciones de logro y/o fracaso que las personas hagan sobre sus conductas. Rotter no tiene una teoría concreta sobre el suicidio, pero sin duda los procesos psicológicos dependientes de la existencia social de los sujetos contribuyen a su explicación. Además, esta teoría introduce dos de las maneras por las que se puede llegar al suicidio: por suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden; o como alternativa aprendida como plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo vital. En resumen, Rotter (1954) defiende que para

que las personas se desarrollen óptimamente y deseen desarrollarse necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que sobre los sucesos de su vida tengan y la satisfacción de sus necesidades.

En tercer lugar, la teoría de la Indefensión aprendida de Seligman (1991), citada por Clemente y Gonzáles (1996), se fundamenta en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto de no correlación entre los objetos esperados de sus actos, y los resultados de los mismos, pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad puede suscitarle un sentimiento de indefensión, que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado, de su actividad. En este sentido, esta teoría muestra una especial relación del sujeto con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva al sujeto a su integración, sino todo lo contrario; provoca el paulatino desligamiento entre el sujeto y la sociedad, e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social, al ser uno de sus principales efectos la apatía y la desmotivación.

Por otro lado, la Terapia Racional Emotiva de Beck (1979), citada por Clemente y Gonzáles (1996), estudia el suicidio dentro del contexto más amplio de la depresión, por lo que se hace necesario plantear su teoría sobre la misma. La Teoría Cognoscitiva de Beck tiene su origen en la idea de que los hombres, en función de sus experiencias, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas orientan la conducta; es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad. Desde estos criterios, según Labrador, Cruzado, y Muñoz (1998), se comprende que la conducta desadaptada socialmente, o incongruente e inadecuada con el agente desencadenante, se produce porque el sujeto recibe una imagen distorsionada de la realidad, por lo que la acción terapéutica se dirige a

la identificación de las categorías que distorsionan la percepción objetiva de la realidad, para la posterior corrección de las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. Así pues, Ellis y Russell (1981), plantean que el objetivo de esta teoría consiste en reconstruir al aparato cognoscitivo del sujeto de acuerdo con la realidad, así como proporcionarles aquellas habilidades sociales que les aseguren una mayor integración social y una proyección al futuro.

En cuanto a las últimas tendencias en psicología, la teoría de Shneidman (1988), citada de igual forma por Clemente y Gonzáles (1996), parte desde una perspectiva fenomenológica la cual supone uno de los aportes más actuales a la cuestión del suicidio. Reconoce que el mismo, estaría determinado por cuatro elementos básicos que son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad) está provocada por estados emocionales negativos (perturbación). A ellos se sumarían las distorsiones en las percepciones y valoración de la realidad (constricción). Estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese.

Así mismo, la teoría de Ideación Suicida de Villardón (1993), parte de que la ideación suicida o el pensamiento suicida, se basan en determinar como los sujetos llegan a esa situación mental de aceptación de la autodestrucción, que si bien no implica siempre la autocesión, si es un paso previo a la misma. Es decir, de todo pensamiento suicida no se sigue la conducta autodestructiva, pero sí a todo suicidio le precede un estado mental de asunción e interiorización del mismo. Este estado mental estaría caracterizado por la desesperanza, baja autoestima y autoimagen deteriorada, predicciones de fracaso, depresión, e instrumentalización del suicidio como medio de resolver las dificultades.

Finalmente, una alternativa explicativa se basa sobre la teoría de Elusión Social, expuesta por Clemente y Gonzáles (1996), la cual plantea que el suicidio generalmente se ha explicado desde presupuesto tales como el fracaso personal (bien como miembro social: sujetos desadaptados y/o inadaptados, trastornados mentales y/o físicos, etc; bien respecto de sí mismo: incapacidad de superar circunstancias propias, como pobreza, encarcelamiento, abandono de personas significativas, entre otras). Desde esta perspectiva se ha generado una teoría orientada a detectar no sólo las deficiencias y carencias personales que llevaban al individuo a claudicar ante la vida, sino también las dificultades situacionales que se le presentan y las condiciones en que la persona ha de enfrentarse a los conflictos, así como las inherentes a los mismos.

Por consiguiente, y partiendo de las diversas teorías expuestas por Clemente y Gonzáles (1996), apoyadas por Avía y Sánchez (1993), Rotter (1954), Labrador, Cruzado, y Muñoz (1998), Ellis y Russell (1981) y Villardón (1993); etimológicamente la palabra suicidio, significa *muerte de sí mismo*, donde el individuo comete el acto con conciencia de la noción de muerte y de las consecuencias tanatógenas del mismo; el método puede meditararse durante largo tiempo o surgir de improvisto ante un hecho desencadenante o un impulso (Mirta, 2000). Con relación a lo expuesto anteriormente, Roca et al. (2002), definen como intento de suicidio, aquel acto destinado a infringir un daño al propio organismo, o en consecuencia el acto autoagresivo que finaliza con la vida de quien lo comete. A su vez, Garrido et al. (2000) plantean que el método de tentativa de suicidio más utilizado es la ingesta de medicamentos, planteando que el fin que todo suicidio tiene como objetivo, es lograr la culminación de una situación cognitiva de sufrimiento, provocada por un estresor cuyo origen esta en las necesidades frustradas. Como resultado de ello, “el sujeto se estanca en una situación de indefensión y desesperanza, viendo mermadas su

capacidad de decisión y resolución por una situación de ambivalencia y desorientación cognoscitiva” (Clemente y Gonzáles, 1996).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE10 (2000), el suicidio se define como aquel acto de intencionalidad suicida en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que, sin intervención de otros, causaría un daño propio; o que dado el caso, deliberadamente ingiere una sustancia en dosis superior a la prescrita, o generalmente reconocida como dosis terapéutica, y que está dirigido a realizar cambios que el sujeto deseaba con consecuencias físicas sin llegar a acabar con la vida de quien lo comete.

Con relación al suicidio e ideación suicida, actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un *continuum* que va desde la idea suicida hasta el suicidio (Peña et al., 2002).

Por tal razón, y de acuerdo con la investigación realizada por Serfaty (1998), sobre el suicidio en la Adolescencia, ella reconoce que dentro de las conductas suicidas, se deben descartar y tener en cuenta cuatro factores a estudio: *a. La idea de suicidio*, (pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, de no valer la pena seguir viviendo y de dejar de ser una carga para los demás); *b. El planeamiento del suicidio*: cómo, dónde y cuándo llevar adelante la conducta de autodestrucción, el lugar, y algunas veces el día; *c. El parasuicidio*: el cual es un acto generalmente no fatal, pero sí impulsivo, y en el cual se utilizan generalmente sustancias medicamentosas. Y *d. El suicidio*: el cual tiene como característica preponderante el ser fatal y premeditado. De igual forma, Dulanato (2000), plantea que las conductas suicidas, que llevan intencionalmente la idea de quitarse la vida, se clasifican en

tres tipos de expresiones suicidas: *a. Suicidio consumado*: el cual se da como la consecuencia de un acto intencional; *b. Intento de suicidio*: que es el acto intencional de quitarse la vida, pero en el cual el adolescente sobrevive.; y finalmente, *c. El Gesto suicida*: dado como un acto que simboliza el suicidio, pero que no implica riesgo para la vida. Y finalmente Garrido et al. (2000), plantean que existen diferentes tipos de conducta suicida, como son las de individuos con ideas suicidas sin ningún proyecto, los proyectos de suicidio no llevados a cabo y las tentativas de suicidio, apoyando lo propuesto por los otros autores.

Según lo anterior, Gonzáles y Rodríguez (2001), señalan diversas características comunes a todo acto suicida, entre las cuales destacan, inicialmente que el propósito común del suicidio es buscar una solución. Plantea que el objetivo, es el cese de la conciencia; el estímulo, es el dolor psicológico intolerable; el estresor común son las necesidades psicológicas frustradas; la emoción, es la indefensión y la desesperanza; el estado cognoscitivo, es la ambivalencia; el estado perceptual común es la constricción; la acción, es el escape; el acto interpersonal, es la comunicación de la intención, y que éstos, son congruentes con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida; características comunes que se relacionan con los factores a estudio en las conductas suicidas, que se deben descartar y tener en cuenta, según Serfaty (1998).

A fin de lograr una mayor comprensión de los diversos factores expuestos anteriormente, Casullo (2000) realizó una investigación epidemiológica donde categoriza tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia, dentro de los cuales identifica, inicialmente, el comportamiento depresivo perfeccionista. Este hace hincapié en los adolescentes rígidos, que se exigen altas metas y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar de la aprobación social y

tienden a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a las situaciones de fracaso y crítica. Tienden a idealizar a las personas amadas que han fallecido y son altamente propensos a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Luego, está el comportamiento impulsivo, el cual se caracteriza por ser adolescentes con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables y con marcas tendencias a la actuación de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazados por otros y les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Finalmente, se encuentra el comportamiento desintegrado, en el cual es posible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el autocontrol, e irritarse en forma desmedida. Son poco asertivos y en general muy sumisos. Esto, con el objetivo de relacionar los tipos básicos del comportamiento suicida en la adolescencia y las diversas características comunes a todo acto suicida.

Por otro lado, diversos estudios realizados (que se presentarán a continuación), muestran que el porcentaje del número de suicidios en los jóvenes adolescentes ha aumentado significativamente, según lo confirman Villagómez, Balcázar y Paz (2005), en su investigación realizada en Baja California. Ellos, inicialmente plantean que hay muchos factores o variables, como edad, sexo, raza, familiares, culturales y sociales, además de aspectos psicológicos y biológicos, que se deben tener en cuenta con relación a las diversas causalidades del por qué los adolescentes se suicidan. Actualmente la tasa de suicidios en los Estados Unidos de Norteamérica, entre los 15 y 24 años de edad, es de 12-1 por 100,000 y es considerada la tercera causa de muerte entre jóvenes, después de los accidentes y los homicidios.

De acuerdo con lo anterior, Tafur et al. (2004) plantean que el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre las edades de 15 a 24 años. En los datos más recientes,

según el Centro Nacional para la Prevención y el Control (2002) citado por Tafur et al. (2004), reportan que las cifras de suicidio, entre la edad de 15 a 19 años de edad de los adolescentes, era de 7.95 / 100.000 para un total de 1611 muertes en esta categoría de edad por toda la nación. Aunque estas muertes son devastadoras para las familias individuales, hay poca investigación que explora el impacto de estas muertes en los diversos contextos sobre los cuales el adolescente ejercía influencia. En adición a esto, Garrido et al. (2000), plantea que en la mayoría de los países europeos, el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes de edades comprendidas entre 15 y 19 años. Esto dando como indicio de la problemática mundial en términos de suicidio, a nivel de población adolescente.

Con relación a los datos arrojados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y el estudio realizado por Bohórquez et al. (2004), muestran que durante el año 2004, en Colombia se presentaron 1817 necropsias cuya probable manera fue de suicidio (121 casos menos que en el año 2003), observándose un descenso en el 6%, para una tasa nacional de 4 casos, por cada 100,000 habitantes: reducción que aunque no es estadísticamente significativa, comparada con el año anterior, continúa siendo constante. En promedio se presentaron 151 casos al mes, lo que equivale aproximadamente a 5 al día, o un caso aproximadamente cada 5 horas. Por otro lado, y conforme a los resultados arrojados por su investigación, éstos indican que en Colombia, durante el periodo de 2004, fallecieron 160 menores de edad, de los cuales el 86% correspondía a niñas. De 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá durante el 2003, el 25% eran menores de edad. Entre los factores personales, se encontró que las edades de las niñas oscilaron entre los 12 y los 17 años: el 6% tenía 12 años, 19% con 13 años, 6% 14 años, 19% 15 años, 25% 16 años y otro 25% 17 años. Es decir, que el 50% de la población tenía entre 16 y 17 años de edad.

Por otro lado, Según la investigación realizada por Serfaty (1998), con relación al suicidio en la Adolescencia, ella indica que uno de los temas que mayor inquietud ocasiona entre los profesionales de la salud, y también entre los familiares y amigos de los adolescentes, es el cómo poder advertir el riesgo de suicidio ante un adolescente que puede parecer conflictuado o no. Un hecho a tener en cuenta es que generalmente avisan de alguna manera que están pasando por una situación de crisis, y piden ayuda: a través de escritos, poesías, cuentos, relatos, cartas en que el contenido es la muerte o situaciones vinculadas. Se comunican con algún amigo o familiar, poco tiempo antes de hacer el intento, anunciándolo en forma implícita, como pidiendo una oportunidad de ser salvados. En adición a esto, Serfaty (1998) plantea que las posibles situaciones predictores de una conducta suicida, son el haber tenido antes un intento de suicidio; el consumo actual de alcohol o alguna droga, la influencia del medio ambiente: el que haya habido casos de suicidio o parasuicidio en el entorno. De igual forma muestra, que la existencia de un clima de tensión, hostilidad o violencia familiar, es también un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia: aquellos jóvenes malhumorados, que contestan mal, golpean las puertas o dan respuestas agresivas, en forma permanente, están manifestando de esta manera una situación de crisis interna.

De igual forma, otra investigación realizada por Slap, Goodman y Huang (2001), con relación al tema de la adopción y el suicidio como factor de riesgo, mostró que la alta conexión a nivel de dinámica familiar, disminuye la probabilidad de las tentativas del suicidio, sin importar el estado adoptivo del adolescente; representando un factor protector para todos los mismos. Además, según los resultados encontrados, mostraron que la impulsividad, incluso más que la depresión, puede ser un factor heredado que media el comportamiento suicida, dando como resultado que éste fuera un factor de riesgo.

Otro estudio realizado por Julie, Timothy y Wendy (2002) demostró que los adolescentes que han sido expuesto a las tentativas del suicidio de un par, o la muerte por suicidio, es probable que manifiesten comportamientos de riesgo. Sin embargo, el mayor problema se evidencia, una vez que los adolescencias han sido expuestos a las tentativas del suicidio del par o la demostración de una muerte, elevando sustancialmente los índices de comportamiento suicida. Estos resultados apoyan la última investigación que destaca la relación entre el comportamiento suicida del par y la juventud, que funcionan en términos de su propia ideación suicida y de las tentativas alternas que enganchan a otros comportamientos de riesgo.

Otra interesante investigación realizada por Peña et al. (2000), plantean que el intento suicida es más frecuente en la personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución; por tal motivo el adolescente o el joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla. Siendo éstos, diversos factores de riesgo que conllevan a que los adolescentes o los jóvenes sean mas vulnerables a la ejecución de conductas suicidas, o intentos de la misma.

Bagley y Tremblay (2000), por otro lado, muestran en su investigación (desde un punto de vista clínico y epidemiológico), los elevados índices de comportamiento suicida en la comunidad homosexual (gays y lesbianas) y en la juventud bisexual (movimiento GLBT). Ellos exponen, conforme a los recientes estudios, que las poblaciones grandes indican que los adolescentes homosexuales y bisexuales (y los varones en detalle), pueden tener altos índices de tentativa seria de suicidio, que son menos cuatro veces éstos, en la juventud heterosexual.

Según Bagley y Tremblay (2000), existen varias razones por las que esta población adolescente está en alto riesgo de suicidio, las cuales contempla: la subestimación; un clima de la persecución homo fóbica en las escuelas, y a veces en la misma familia y la comunidad: el constante cuestionamiento sobre los valores y las acciones; y una de las mas difíciles: el aguantar en silencio.

Finalmente y a fin de lograr una mayor comprensión de las diversas investigaciones expuestas sobre los factores de riesgo del suicidio e intención suicida en la adolescencia, Roberts y Ryan (2002), presentan un estudio el cual demuestra que tatuarse es un comportamiento común entre adolescentes, pero que éste, está relacionado fuertemente con una amplia variedad de comportamientos que ponen al adolescente en riesgo a la morbosidad y la mortalidad. Según el estudio, los adolescentes que tienen tatuajes en alguna parte de su cuerpo, manifiestan conductas de mayor erotismo, niveles más altos del uso de sustancias, mayor influencia de sus pares, niveles perceptiblemente más altos de violencia, y problemas más frecuentes en la escuela.

Es hasta este punto, donde cabe mencionar que al contrario de lo que habitualmente se piensa, los intentos de suicidio en la gran mayoría de los casos se planifican de antemano y se sopesan de forma racional frente a otras alternativas. Puede que el suicida adolescente haya intentado otros medios: rebelarse, escaparse de casa, mentir, robar u otras conductas para llamar la atención. Al haber intentado estos métodos y fallar, la persona se vuelca en los intentos de suicidio. Muchos adolescentes que intentan suicidarse hablan primero de ello, según Pfeffer, 1987, citado por Philip (2000). Si los otros lo saben con tiempo, si prestan atención a estas evoluciones y los toman suficientemente en serio como para intentar remediar la situación, se puede prevenir una muerte (Philip, 2000).

Ahora, si un indicador de madurez emocional es poder controlar la impulsividad, aprender a esperar, conocer la importancia de superar las frustraciones como una manera de resolver conflictos; indiscutiblemente tanto los factores de riesgo, como las ideas suicidas se extinguirán, en la medida en que se cuente con los recursos adecuados para afrontar la situación problema (Toledo, Luengo, Lobos, Fuentes y Siragyan, 2002).

En suma, se plantea que el autocontrol positivo es superar las tendencias e impulsos más primarios, controlar la exigencia compulsiva del placer y adaptarse a las reglas sociales; de igual forma, el resultado será el esperado. La autodisciplina no se aprende a los 12 o 15 años; es el resultado de un aprendizaje desde temprana edad junto a un sentido de respeto por los demás y por sí mismo, (Toledo, Luengo, Lobos, Fuentes y Siragyan, 2002).

Finalmente, y según Philip (2000), en la medida en que el joven se sienta amado, aceptado y acogido, tendrá mayores posibilidades de vivir los años de su adolescencia sin grandes problemas conductuales y adaptándose a la realidad externa. La atmósfera familiar influye considerablemente en las conductas de riesgo que el joven pueda tener. La falta de amor o el amor entregado de una manera inadecuada, son obstáculos que dificultan la evolución armónica del niño y del adolescente. Puede afectar el establecer vínculos afectivos con los demás.

CONCLUSIONES

Nada, ni nadie justifica el cometer un acto de tal naturaleza, como lo es el suicidio, sobre todo por el dolor que se deja a los demás. Una de las funciones y labores como trabajadores de la salud mental, frente a la población adolescente, es buscar la manera de sensibilizarlos y orientarlos en cuanto a este tipo de problemáticas, y evitar en lo posible, que aumenten las víctimas de suicidio (Villagómez, Balcázar y Paz, 2005). Es pertinente recordar, según Slap, Goodman y Huang (2001), que los signos de alarma, en la detección de estos síntomas son: falta de energía, problemas con el sueño, aumento o disminución del apetito, trabajo para concentrarse, bajo rendimiento escolar, descuido en su apariencia personal, y la característica más común es que se vuelven más irritables.

Es claro que el suicidio de jóvenes va en aumento, y cada vez más se ve en las sala de urgencias de los hospitales los intentos suicidas, o bien, más defunciones por suicidio consumado. Y muchas de estas muertes no se investigan, sino que quedan registradas como otras causas (Slap, Goodman y Huang, 2001).

Teniendo en cuenta estos datos, se debe de considerar el suicidio, en jóvenes entre los 15 y los 22 años, como un problema de salud pública, donde corresponde a trabajadores de la salud mental hacer conciencia de los síntomas de alarma y factores de riesgo en profesionales de la salud, maestros, padres de familia y la población en general, con el fin de evitar los posibles futuros casos de suicidio en cualquier edad (Villagómez, Balcázar y Paz, 2005).

No obstante, es de suma importancia tener en cuenta que el intento de suicidio constituye un problema de salud pública en el medio; por el aumento en la incidencia, afectando principalmente a mujeres jóvenes, menores de 20 años de edad, asociado al consumo de bebidas alcohólicas; adicionado a que el suicidio, al igual que el homicidio, es

causa de muerte que conlleva a una investigación legal. Esta realidad sugiere una efectiva vigilancia epidemiológica en el monitoreo, evaluación, pronóstico y tratamiento específico de las tendencias suicidas. La magnitud del problema obliga a la necesidad de desarrollar programas definidos de prevención, promoción y tratamiento, principalmente en la población adolescente (Tafur et al, 2004).

Finalmente, es responsabilidad del adulto velar por los niños y los adolescentes, para que ellos no lleguen a tomar decisiones destructivas y extremas, y de esta forma, se logre cooperar y estar alerta, en el momento oportuno (Serfaty, 1998).

Referencias

- Avia, M. y Sánchez, B. (1993). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: Ed. Facultad de Psicología UCM
- Bagley, C. y Tremblay, P. (2000). *Elevated Rates of Suicidal Behaviour in Gay, Lesbian and Bisexual Youth: A Review and Account of Possible Causes*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2005, de <http://fsw.ucalgary.ca/ramsay/homosexuality-suicide/05-crisis-suicide-paper.htm>
- Bohórquez, M., Espinosa, J., López, L., Pareja, L., y Sánchez, A. (2004). *Suicidio y Niñez: Factores Relacionados con el Suicidio en Mujeres menores de 18 años en Bogota durante el año 2003*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2005, de http://www.medicinalegal.gov.co/paginaneuz_crnv/6%20suicidio.pdf
- Casullo, M. (2000). *Comportamientos Suicidas en La Adolescencia; Ideaciones y Comportamientos Suicidas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lugar Ediciones S.A.
- Clemente, M. y Gonzáles, A. (1996). *Suicidio: Una Alternativa Social*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva
- Dulanato, E. (2000). *El Adolescente*: Asociación Mexicana de Pediatría de América Latina. México: Ed. Mc-Graw Hill Interamericana.
- Ellis, A. y Russell, G. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Madrid: Ed. Desclee de Brouwer
- Garrido, R., García, J., Carballo, E., Luaces, C., y Alda, J. (2000). *Intoxicaciones Voluntarias como Intento de Suicidio*. Recuperado el 4 de Mayo de 2005, de http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0103&rev=37&vol=53&num=3&pag=213

- González, J., y Rodríguez, A. (2001). *Datos para la vida; Suicidios*. Bogotá: Ed. Forensis 2000
- Julie, C., Thimothy, R., y Wendy, N. (2002). *Peer Suicidal Behavior and Adolescent Risk Behavior*. Recuperado el 22 de Mayo de 2005, de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/scripts/intranet.exe>
- Kaltiala, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., y Rantanen, P. (1999). *Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey*. Recuperado el 5 de Mayo de 2005, de <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7206/348>
- Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (1998). *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid, España: Ed. Pirámide
- Mirta, E. (2000). Suicidio en Latinoamérica. En: *E. Dulanato*. El Adolescente: Asociación Mexicana de Pediatría de América Latina (Pág. 1322). México: Ed. Mc-Graw Hill Interamericana
- Organización Mundial de La salud (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE10*. Bogotá.
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T., y Gallardo, M. (2002). *Comportamiento del Intento Suicida en un grupo de Adolescente y Jóvenes*. Recuperado el 4 de Mayo de 2005, de http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_3_02/mil05302.pdf
- Philip, F. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, Relaciones y Cultura*. España: Ed. Prentice Hall
- Roberts, T., y Ryan, Sh. (2002). *Tattooing and High Risk Behavior in Adolescents*. Recuperado el 19 de Mayo de 2005, de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/6/1058>

- Roca, A., Rubio, P., Sánchez, P., Rodríguez, D., y Villar, A. (2002). *Intentos de Suicidio atendidos en un Centro de Salud*. Recuperado el 22 de Mayo de 2005, de http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05Z10105&rev=27&vol=29&num=9&pag=547
- Rotter, J. (1954). *Social Learning and clinical Psychology*. New York: Ed. Prentice. Hall
- Sánchez, O. (2000). Intento Suicida. En: *E. Dulanato*. El Adolescente: Asociación Mexicana de Pediatría de América Latina (Pág. 1319-1320). México: Ed. Mc-Graw Hill Interamericana
- Serfaty, E. (1998). *Suicídio na adolescência*. Recuperado el 21 de Mayo de 2005, de <http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n2/a07v01n2.pdf>
- Slap, G., Goodman, E., y Huang, B. (2001). *Adoption as a Risk Factor for Attempted during Adolescence*. Recuperado el 29 de Abril de 2005, de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/2/e30>
- Tafur, C., Freitas, A., García, E., Alonso, A., y Tineo, C. (2001). Intento de Suicidio y sus Aspectos Epidemiológicos. Recuperado el 21 de Mayo de 2005, de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/scripts/intranet.exe>
- Toledo, V., Luengo, M., Lobos, L., Fuentes, M., y Siragyan, M. (2002). *Adolescencia; Tiempo de Decisiones*. Chile: Ed. Mediterráneo
- Villardón, L. (1993). *El Pensamiento de suicido en la Adolescencia*. Bilbao: Ed. Universidad de Deusto.
- Villagómez, R., Balcázar, A., y Paz, R. (2005). Suicidio en Jóvenes. Recuperado el 4 de Mayo de 2005, de <http://biblioteca.unisabana.edu.co/scripts/intranet.exe>

