

**SUICIDIO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES.
REVISIÓN TEÓRICA DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN
Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Laura Ximena García Garzón

Universidad de La Sabana

RESUMEN

De acuerdo con los recientes estudios hechos en torno a la adolescencia y sus conductas de riesgo, uno de los problemas que ha aumentado sus cifras en todo el mundo es el suicidio. Esto acorde a la revisión teórica que se realiza a través de este artículo, que expone una amplia conceptualización del tema, y que incluye varias perspectivas teóricas y la clasificación de las conductas suicidas más frecuentes. Para hacer un recorrido más completo por el tema se contemplan los principales factores de riesgo identificados en las esferas social, familiar e individual, factores desencadenantes y predictores de la conducta, factores protectores, y a partir de estos algunas estrategias de intervención centradas principalmente en la prevención.

Palabras clave: adolescencia, suicidio, conductas suicidas, factores de riesgo y prevención del suicidio.

ABSTRACT

In accordance with the recent studies made around the adolescence and their behaviors of risk, one of the problems that have increased their figures in the entire world is the suicide. According to the theoretical revision that is carried out through this article, that exposes a wide conceptualization of the topic, and that includes several theoretical perspectives and the classification of the most frequent suicidal behaviors. To make a more complete review of the topic the main identified factors of risk that are contemplated in the social, family and individual spheres, arousing and predictive factors of the behavior, protective factors, and starting from these some intervention strategies centered mainly in the prevention.

Key Words: adolescence, suicide, self destructive behaviors, risk factors and suicide prevention.

SUICIDIO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES. REVISIÓN TEÓRICA DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN Y DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Junto con otras problemáticas, la depresión y el incremento significativo del suicidio constituyen indicadores patológicos en la actualidad, y son la infancia, la adolescencia y la vejez los grupos etáreos más vulnerables, a pesar de estar inmersos en un sistema de salud en el que se resalta el avance científico.

Por esto, el suicidio en la adolescencia particularmente, se ha convertido en un problema de salud pública, debido al incremento de sus tasas. Se han dado varias explicaciones del fenómeno, entre estas, se ve como el reflejo de los cambios sociales y las nuevas demandas del medio, una mayor disponibilidad de medios para llevarlo a cabo y el abuso de drogas y de alcohol.

La incidencia del suicidio en niños menores de 13 años es rara, puesto que los niños son aún dependientes de los objetos de apego, así mismo no han completado su proceso de identificación y por lo tanto el pensar en cometer conductas agresivas contra el propio cuerpo les parece demasiado terrible y doloroso (P. Rice, 2000).

En Colombia, se ha incrementado la tasa de suicidios de manera significativa durante dos periodos epidémicos, 1991-1994 y 1997-1998. Se presentaron más suicidios consumados en hombres que en mujeres y los grupos más afectados son los adolescentes y los adultos mayores (González J., 2000). Indicando esto, la importancia de crear y ejecutar programas de promoción y prevención contra estas conductas en la población adolescente.

Conceptualización del Suicidio

El suicidio se considera como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, una deficiencia de serotonina se encuentra presente en la conducta impulsiva

(tal como sucede en pacientes depresivos), además, se han identificado factores genéticos presentes en este tipo de conducta (Pérez, 2002).

Con relación a la dimensión psicológica, la depresión, la desesperanza y en general el estado afectivo negativo, constituyen una de las causas más comunes, así como una pérdida o duelo y la poca tolerancia a la frustración (Pérez, 2002).

Así, Jorge González (2000) sugiere la definición de suicidio como toda muerte intencional provocada por sí mismo con conocimiento de su letalidad, constituyendo una conducta compleja vista desde diversas posturas: (a) Desde la perspectiva sociológica se considera un acto social, basándose en que sus causas implican niveles de integración y regulación social, lo cual se traduce en deseos y aspiraciones que pueden ser coartados por la sociedad, las costumbres y valores. (b) La visión psicodinámica de Freud, lo define como un síntoma producto de las tendencias autodestructivas presentes en cada persona (instinto de muerte o tánatos). (c) El neoconductismo propone una forma extrema de depresión que acepta o rechaza la condición de vida. (d) La teoría de desesperanza aprendida de Seligman lo explica como la interiorización de pérdida de control, que genera resultados en el déficit motivacional, emocional y cognoscitivo, lo cual se manifiesta en profundas depresiones.

Estas y muchas otras definiciones del suicidio que se extienden a una gran diversidad de modelos, actualmente proponen diversas formas de ver este fenómeno, con el fin de comprender su complejidad.

De acuerdo con lo anterior, María Casullo (2000) afirma que el suicidio es un fenómeno muy complejo que no corresponde a una entidad psicopatológica, ni tampoco a una reacción ante situaciones de estrés, y cita a Leenars (1996) quien, también contempla varios componentes, entre ellos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos.

Asimismo, la amplia literatura sobre el tema y la experiencia de varios autores con adolescentes permite afirmar que la construcción de las ideas de autodestrucción, tienen raíces sociales, culturales, históricas y personales.

Mishara B. (2003), plantea que el concepto de suicidio se desarrolla en los niños influenciado por el medio, y afirma que no hay evidencia que demuestre que la exposición a suicidios en el medio resulta en el incremento de la probabilidad de intentos suicidas o suicidios consumados antes de la adolescencia. Esto debido a que no es común en los niños el atentar contra su propia vida, por lo tanto la exposición a este tipo de experiencias en el medio es de menor importancia respecto a experiencias con otros contenidos como la violencia. Así, se proponen acciones educativas dirigidas a los niños, acerca del suicidio cuando han estado expuestos a este, para ayudar a estructurar más adecuadamente el concepto de muerte y específicamente de suicidio, además de las experiencias de este tipo a las que pueden estar expuestos.

Un estudio sobre las representaciones del mundo que hacen los adolescentes suicidas, mostró aspectos negativos respecto a la complejidad de éstas, puesto que hay menos integración y diferenciación en la organización de los atributos propios y más discrepancias entre el principio de realidad y lo ideal. Esto da la posibilidad de determinar cierta vulnerabilidad del self del adolescente suicida, caracterizado por un proceso desnivelado en cuanto a la información positiva y negativa que maneja, confusión y simplicidad (Orbach, Mikulincer, Stein y Cohen, 1998).

Por otro lado, algunos autores han clasificado el comportamiento suicida. Los componentes más frecuentes de la conducta suicida son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, que no aparece antes de los 12 años, ya que la inmadurez cognoscitiva es considerada un factor protector.

La clasificación clínica más sencilla es la que se hace de los actos suicidas en suicidios y tentativas de suicidio (Maris, 1992, en Bobes, González, J. y Sáiz, 1997). Una clasificación de la conducta presuicida tendría que partir de la intención suicida.

No todos los comportamientos suicidas son motivados por una decisión consciente de morir, ya que muchas veces no se quiere provocar un daño personal sino que se quiere expresar y comunicar sentimientos de desesperanza, ira, etc., por lo tanto Casullo, (2000) ha hecho otra clasificación del comportamiento suicida muy similar a la anterior:

Ideaciones suicidas. Incluye procesos cognoscitivos y afectivos que consideran la falta de sentido de vida, elaboración de planes para quitarse la vida y las preocupaciones sistemáticas y delirantes sobre la autodestrucción.

Parasuicidios. Comprende conductas como gestos o intentos manipuladores e intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se refieren actos deliberados que no se consuman, pero provocan daños en la persona.

Suicidio. Hace referencia a muertes producidas por comportamientos directos o indirectos ejecutados por la propia persona, quien es conciente de lo que va a lograr.

Rice (2000) sugiere que el suicidio es un grito de ayuda para llamar la atención o la simpatía de los demás, o incluso una forma de condicionarlos. Un intento suicida no significa un intento de morir, sino una estrategia extrema para lograr comunicarse con los demás acerca de la insatisfacción con la propia vida, queriendo generar algún cambio positivo.

De esta forma se puede conceptuar que los intentos de suicidio suelen estar precipitados por un problema interpersonal familiar o afectivo o por problemas escolares.

Siguiendo con los aportes de Casullo (2000), existen tres tipos básicos de comportamientos asociados a ideaciones e intentos suicidas en la adolescencia.

Se identifica, entonces al depresivo perfeccionista, que hace referencia a personas rígidas demasiado autoexigentes y que manejan una alta expectativa del logro. Se caracterizan por necesitar de la aprobación social, son muy vulnerables al fracaso y a la crítica, tienden a idealizar a la persona amada, internalizan con frecuencia sentimientos de hostilidad y agresividad, son solitarios y aislados, y es muy probable que su ambiente familiar sea conflictivo.

Por otro lado, se encuentra el impulsivo, con baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y con incapacidad de sentir afectos negativos, tienen tendencia al acting-out (descargas exageradas de su estrés), son sensibles al rechazo, y su ambiente familiar, por lo general, ha sido violento.

Y finalmente el tipo desintegrado que caracteriza a personas con una alta probabilidad de alcanzar estados severos de ansiedad, por lo que temen perder el control. Es un rasgo propio de este tipo de personas, la sumisión y la poca asertividad (Casullo, 2000).

La terminología empleada por diferentes autores para describir los factores relacionados con los comportamientos suicidas es algo confusa, se mencionan causas, factores de riesgo, procesos subyacentes, comportamientos sintomáticos, etc. Esta clasificación debe contribuir a una mejor comprensión de la dinámica de los comportamientos autodestructivos.

Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio en adolescentes, se asocian con factores concurrentes como la historia personal, el nivel de salud mental, entre otras, y factores precipitantes como experiencias estresantes y el déficit en las estrategias de resolución de problemas y de afrontamiento (Casullo, 2000). Lo más importante es lograr entender la relación entre todas las variables que hacen posible la conducta determinada.

Causas y Motivos

Dentro de las causas, varios autores, entre ellos Koopmans citado por Rice (2000), sugieren que la conducta suicida en la adolescencia se asocia a procesos que tienen origen en el contexto familiar. Así, los adolescentes suicidas, por lo general vienen de familias disfuncionales que ofrecen ambientes perturbadores, en donde se presentan conflictos en las relaciones entre padres y entre padres e hijos, propiciando violencia intrafamiliar o manifestaciones negativas o de rechazo por parte de los padres hacia los hijos. Se considera también, la ausencia física o emocional de uno o ambos padres, así como el desempleo como el factor económico. (Wade, 1987 y Tishler, 1992, en Rice, 2000). Esto altera el proceso de identificación y genera sentimientos de aislamiento emocional y social y por lo tanto una falta de apoyo primario.

De otro lado, el aislamiento social también hace a los adolescentes vulnerables a la pérdida de un objeto de apego, lo que probablemente los lleve a la conducta suicida (Rice, 2000).

El riesgo de suicidio en los adolescentes también aumenta con el consumo de alcohol u otra sustancia (Rogers, 1992, citado por Rice, 2000), pues, bajo la influencia de estas sustancias se aumenta la conducta impulsiva, o puede suceder que al exceder la dosis se provoque la muerte accidentalmente.

Respecto a otro factor que estimula la conducta suicida, varios estudios encuentran que el estrés, ya sea escolar, personal, conductual o familiar, generan tensiones que impulsan a cometer suicidio, así como la baja autoestima y la insatisfacción con el apoyo social (Rice, 2000).

Rice, cita también a Bar-Joseph y Tzuriel, (1990), quienes plantean que los adolescentes suicidas tienen una falta de desarrollo positivo de la identidad individual,

necesario para dar paso a los sentimientos de autovalía, sentirse alguien relevante y con un propósito en la vida.

También otros autores han observado que algunos adolescentes suicidas son muy sugestionables para seguir modelos, lo cual se confirma en los estudios de “epidemias de suicidios”. Cuando tiene lugar un suicidio, este anima a otros a cometerlo, además, muchas veces el adolescente suicida tiene un historial de suicidio al interior de su familia (Rice, 2000).

Cuando existen problemas interpersonales, el suicidio es visto como un acto de agresión hacia la propia persona, en contraste con el homicidio, que es una agresión contra otra persona. Así, el suicidio se convierte en el acto de agresión más extremo, pues va dirigido no sólo al yo, sino también a la sociedad y sobretodo, a las personas cercanas, quienes quedan con sentimientos de miedo, rabia, culpa y depresión. Se sienten responsables por no haber reconocido las señales del suicidio y les toma bastante tiempo recuperarse de la pérdida (Rice, 2000).

Factores de Riesgo para el Comportamiento Suicida

Algunos autores consideran que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo importante en la transición de la adolescencia a la adultez, en la medida en que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, cuestionar normas y valores, aumentar el repertorio de habilidades de afrontamiento, anticipar experiencias de fracaso y lograr y consolidar la estructuración de la identidad (Gómez M., 2000). Según esto, las conductas de riesgo no son totalmente negativas y por tanto es necesario discriminar cuando éstas ponen al adolescente en situación de riesgo, es decir cuando pone en peligro su salud o su vida o cuando sus comportamientos afectan la integridad de otros.

Las ideas suicidas son frecuentes en la adolescencia sin que esto constituya una situación de verdadero riesgo sino se asocia con la planificación y la realización de un acto suicida.

Entre los adolescentes que intentan suicidarse se distinguen dos tipos: el primero, caracterizado por circunstancias problemáticas (abuso de sustancias, bajo bienestar psicológico) y el segundo que aparentemente tiene un nivel de funcionamiento satisfactorio (Pérez, 2002).

Casullo en su libro *Comportamientos suicidas en la adolescencia* (2000), plantea como principales factores de riesgo los siguientes: (a) Neurobiológico: Se refiere a un desequilibrio en los neurotransmisores, lo cual implica alteraciones biológicas (disminución de serotonina en el líquido cefalorraquídeo). (b) Psicopatológicos: Presencia de trastornos psiquiátricos (trastorno del ánimo, ansiedad, psicosis). (c) Cognoscitivos: Implica pobres habilidades para resolver problemas. (d) Familiares: Conflicto entre los padres o disfuncionalidad familiar e historia familiar de suicidio. (e) Psicosociales: Desempleo y problemas laborales. (f) Otros factores que influyen como: experiencias vitales traumáticas y trastornos en la identidad sexual o alteraciones en el desarrollo psicosexual.

Desde el aspecto biológico, se puede considerar el factor genético o la posible herencia del suicidio, a partir de lo cual se puede explicar el gran número de pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias por intentos suicidas, que reportan tener por lo menos un miembro de la familia que a presentado estas conductas (Zametkin A., Alter M. y Yemini T., 2001).

Otro estudio referido por estos autores concluye que las tendencias suicidas son más compatibles con la herencia poligenética. Además, de un estudio comparativo realizado en

gemelos monocigóticos y bicigóticos que indica conductas suicidas que concuerdan en los monocigóticos, pero no en los bicigóticos.

Además, existe gran evidencia que vincula la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de tipo suicida, al igual que con actos violentos e impulsivos. También se presenta una posible relación con los niveles séricos de colesterol en la posterior realización de conductas suicidas, por la posible conexión entre los niveles de colesterol y la actividad serotoninérgica central (Bobes y Sáiz, 1997).

Lo mismos autores señalan que la dopamina (DA) y la noradrenalina (NA), junto con sus metabolitos, serían las otras dos monoaminas que se relacionen con el riesgo de cometer conductas suicidas.

Maria Teresa Gómez (2000) profesora de la Universidad del Salvador, plantea tres grupos de factores entre los que se incluyen: a) personales: historia personal, habilidades para la resolución de conflictos en la infancia, formas de afrontar situaciones que desestabilizan su proceso de búsqueda de identidad, etc., b) precipitantes: autopercepción del impacto de las propias experiencias, capacidad de afrontamiento y capacidad y grado de flexibilidad cognoscitiva para la resolución de problemas, y c) contextuales: existencia o no de redes de apoyo, nivel de integración y estabilidad de los procesos de desarrollo, capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y capacidad para procesar la información de manera coherente.

La integración de estos aspectos determina la manera en que cada adolescente establece qué riesgos debe asumir como respuestas adaptativas y qué otros ponen en peligro su salud y hasta su vida (Gómez M., 2000).

Los adolescentes adoptan conductas de riesgo para su salud y su vida debido a características propias de la etapa evolutiva, pues necesitan estimulación permanente, que

encuentran a través de la búsqueda de experiencias novedosas. No perciben el riesgo como tal, ya que, dentro de sus experiencias personales no se perciben expuestos a ningún riesgo, anulan el principio de realidad. Tienen una sensación de invulnerabilidad, lo cual los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás (Gómez M., 2000).

Así, la misma conducta de riesgo como característica de la adolescencia, constituye un factor de riesgo, al igual que la dificultad para controlar impulsos, la necesidad por demostrar independencia y autonomía, entre otras conductas.

Algunos factores de riesgo en el adolescente, definidos por Brooke (2002), incluyen intentos previos de suicidio, desórdenes depresivos y en general del ánimo, trastornos por abuso de sustancias, problemas de conducta (delincuencia) y desórdenes de ansiedad.

Por otro lado, al parecer ciertos rasgos de la personalidad del adolescente pueden ejercer influencia, entre estos están la inestabilidad del ánimo, conductas agresivas o conducta disocial, elevada impulsividad y agresividad (Brooke, 2002). De la misma forma se identifican como factores de influencia la rigidez del pensamiento, fantasías de superioridad alternado con inferioridad, poca tolerancia a la frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas dificultades y elevada autoexigencia, además de relaciones ambivalentes con los demás.

A pesar de que no se han obtenido resultados finales que permitan de un tipo de personalidad suicida, en algunos estudios se han encontrado, además las siguientes características suicidas en estos individuos: tendencia al aislamiento social, dificultades interpersonales, autoconcepto y autoestima pobres y son menos confiados. Otros rasgos frecuentes en adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración (Bobes, González, J. y Sáiz, 1997).

Un estudio realizado por McAuliffe, Corcoran, Keeley y Perry (2003), establece el riesgo de ideación suicida asociado a las habilidades de resolución de problemas y las actitudes hacia el comportamiento suicida en estudiantes universitarios, encontrando que una tercera parte de la muestra presenta ideación suicida, sin hallar diferencias según el género en la historia de solución de problemas y actitudes hacia el suicidio, excepto que un gran número de los hombres que estuvieron de acuerdo en que las actitudes hacia los comportamientos suicidas carecen de acciones concretas, es decir, de intentos reales para consumarlo.

En cuanto a otro factor de riesgo importante, varios autores encuentran que existen marcadas diferencias según el género.

Según algunos estudios realizados en jóvenes estadounidenses, las mujeres realizan intentos de suicidio más frecuentemente que los varones, pero son más los hombres que mueren por esta causa. Una de las explicaciones de este fenómeno, es que a menudo los hombres utilizan medios más violentos, mientras que las mujeres amenazan con más frecuencia sin la intención de matarse, o si lo hacen acuden a métodos pasivos (Peck y Warner, 1995, citado por Rice, 2000).

Así, la tasa de suicidios consumados es más elevada entre los varones, aunque se ha visto un incremento paulatino en las mujeres, pero en el caso de las conductas parasuicidas (intentos) las proporciones se invierten (Bobes, González, J. y Sáiz, 1997).

De otro lado, Wichstrom y Hegna (2003) compararon en su estudio los intentos de suicidio entre jóvenes homosexuales y bisexuales con los de jóvenes heterosexuales. Dentro los factores de riesgo que se encontraron en general, se incluyen intentos de suicidio previos, ánimo deprimido, problemas alimentarios, problemas de conducta, inicio temprano de la sexualidad, promiscuidad, la etapa puberal, autoconcepto pobre, abuso de sustancias,

roles de género atípicos, soledad, pobres relaciones y redes sociales, inadecuada supervisión de los padres, nuevas uniones de los padres y comportamientos suicidas dentro de la familia y/o amigos. Al contemplar como predictores de conducta suicida, la identidad homosexual, la atracción homosexual o la conducta sexual hacia el mismo sexo, sólo se encontró que la conducta sexual hacia el mismo sexo es un predictor. A partir de lo anterior se concluye que el aumento de las tasas de intentos suicidas en jóvenes homosexuales no se debe a su preferencia sexual sino a la exposición de los otros factores de riesgo identificados.

Complementario a lo que concluye el estudio anterior, Pérez (2002) afirma que la preferencia sexual homosexual constituye un factor de riesgo para el suicidio, debido al autorechazo inicial y al rechazo social que se ejerce sobre esta preferencia sexual.

Una importante esfera del individuo, como es la familia, al verse alterada constituye un factor de riesgo. Wagner (1997) evalúa la evidencia empírica que permite establecer que varios aspectos de la disfuncionalidad familiar constituyen factores de riesgo para la presencia de conductas suicidas en adolescentes. Algunos de estos incluyen un historial de abuso físico o sexual, una pobre comunicación entre padres e hijos, la pérdida del cuidador o padre por muerte o separación y la psicopatología de familiares en primer grado.

Numerosos estudios han resaltado el importante papel que desempeñan las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo. El suicidio o las conductas suicidas, generan estrés o afectan a cada miembro de la familia. Una gran parte de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa suicida. Ante esto, se han elaborado varias hipótesis para explicar esta agregación familiar de conductas suicidas. Se propone el fenómeno de la identificación con el familiar suicida y por otro lado, los factores genéticos en la transmisión de este tipo de conducta (Bobes, González, J. y Sáiz, 1997).

Brooke (2002) en su revisión a cerca de las intervenciones en adolescentes suicidas, cita a Zametkin quien afirma que los factores familiares más comunes que contribuyen a la presencia del suicidio, son historia familiar de suicidio y padres con desórdenes psiquiátricos.

Un estudio realizado por Fernquist Robert en el 2000, trató el suicidio en jóvenes relacionado a una situación específica de estrés crónico, como es el alcoholismo en la familia. Basado en Danigelis (1083), el autor considera el estrés como un factor significativo del suicidio en adolescentes y además, cita algunos estudios que indican que el suicidio ocurre más a menudo en jóvenes, cuyos padres no están fuertemente vinculados a ellos, o donde se vive un ambiente de violencia. Este tipo de experiencias provocan un desarrollo psicológico inadecuado, debido rol distorsionado que asumen los padres y al conflicto padre – hijo que se presenta.

Los resultados del estudio de Fernquist encuentran una significativa y positiva relación entre los problemas de alcohol en el hogar y el suicidio adolescente.

El adolescente depende emocionalmente de la familia y todo lo que sucede dentro de ella repercute en sus emociones. Ante una situación de crisis, el adolescente necesita de su núcleo primario, por lo tanto una familia con un funcionamiento crítico, constituye una situación de riesgo. Asimismo, padres, abuelos y hermanos son modelos de conducta. Si el modelo es de violencia, influirá en la producción de conductas agresivas, y si es de críticas y descalificación, incidirá en conductas autoagresivas. También la falta de supervisión de los padres, puede influir en el abandono emocional del adolescente, lo cual aumenta su vulnerabilidad (Serfaty E., en Dulanto E., 2000).

En cuanto a los factores sociales que ejercen cierta influencia sobre las conductas suicidas, la literatura sobre el tema y la experiencia de varios autores con adolescentes

permite afirmar que la construcción de las ideas de morirse tienen raíces sociales, culturales, históricas y personales.

Al asumir que todo riesgo supone una perspectiva vincular, la acción humana lleva un mensaje dirigido a otro. Por tanto, toda conducta social debe contemplar variables como la familia, la escuela, el grupo de pares, los medios de comunicación, las normas, valores y creencias del contexto socio-cultural, etc. Lo social afecta nuestras estructuras de identidad, siendo agentes multiplicadores de un modelo negativo o positivo que es transmitido a lo largo de la historia (Gómez M., 2000).

El estar inmerso en una sociedad en la que los cambios ocurren rápidamente generando un ambiente de competencia e incertidumbre, obliga a un estado de tensión y alerta, necesarios para adaptarse.

En la escuela, las frustraciones reiteradas o la sobreexigencia son factores de riesgo para el suicidio. Así como la influencia de las conductas de los padres, o las pérdidas o separaciones de ellos, que generan un desequilibrio emocional (Serfaty E., en Dulanto E., 2000).

Factores Desencadenantes y Predictores de la Conducta Suicida

Pérez (2002) señala que para las conductas suicidas existen factores precipitantes como conflictos y discusiones con los padres o la pareja. Como detonante, estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia, las presiones para lograr el éxito, entre otras.

Existen también determinados factores desencadenantes como la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor a diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos o negligentes. Otros factores precipitantes son los

problemas escolares, duelo, abuso de drogas. Cuando no hay un factor precipitante, el suicidio puede estar más relacionado con la existencia de una depresión.

Siguiendo a Pérez (2002) nuevamente, el grupo más relacionado con las conductas suicidas son aquellos que presentan un alto índice de desesperanza, preparan o planifican su intento, dejan notas de despedida o disculpas y utilizan métodos violentos. Así, la desesperanza se convierte en un predictor de este tipo de conductas. Además, los adolescentes que realizan suicidio, por lo general están más centrados en sí mismos, tienen pocas o deficientes estrategias para resolver problemas, son pesimistas respecto a su percepción del logro y la mayoría realiza intentos sin premeditación y de manera impulsiva.

Según Brooke (2002) los factores precipitantes incluyen estresores psicosociales que son muy comunes en los adolescentes dadas las particularidades de la etapa evolutiva.

Estas son algunas señales que pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los adolescentes: ensimismamiento, necesidad de estar solo, aislamiento, cambios pronunciados de la personalidad, entrega de las pertenencias más preciadas a otros, cambios en sus hábitos alimenticios (episodios de inapetencia o bulimia), alteraciones del sueño, retraimiento del grupo de pares o de sus actividades habituales y conductas violentas o comportamiento opositor desafiante, abuso de sustancias psicoactivas, descuido de la apariencia personal, poca tolerancia a los elogios o a los premios, cambio drástico que implique una pérdida (muerte de un ser querido, divorcio, fracaso sentimental), bajo nivel de autoestima (sentido de culpabilidad u odio hacia sí mismo), y amenazas de suicidio expresadas directa o indirectamente (Pérez, 2002).

Factores Protectores o de Resiliencia

Estos factores ponen énfasis en la promoción de la salud, puesto que facilitan el logro y el mantenimiento de conductas saludables. Estos se encuentran en las mismas personas o

en los patrones de interacción del ambiente familiar, escolar, etc. Algunos son: la existencia de redes informales de apoyo, una relación de aceptación incondicional del adolescente como persona, buenas habilidades sociales y de resolución de problemas que le permita algún tipo de control sobre la propia vida, autoconcepto y autoestima positivos, entre otros (Gómez M., 2000).

La conducta suicida en adolescentes es más probable cuando se han tenido problemas legales, hay un bajo nivel de interés por parte de los padres y baja motivación académica, y se ha reportado más frecuentemente la ideación suicida y el consumo de drogas en condiciones de estrés. Según Flouri y Buchanan (2002), la relación entre el involucramiento parental (que previene este tipo de problemas) y la conducta suicida como protector es más fuerte en mujeres adolescentes y en familias monoparentales que en familias en las que se ha crecido con ambos padres.

Otros elementos que se deben tener en cuenta y vigilar son la aparición de “constelaciones de suicidios”, que se refiere a cuando se dan gran cobertura en los medios de comunicación a un suicidio de otro adolescente o de un personaje famoso, ya que esto puede ejercer un efecto inductor de la conducta suicida o puede ayudar a decidir acerca de consumir el suicidio (Pérez, 2002).

Trastornos y Alteraciones Asociados a las Conductas Suicidas

Se ha reiterado el que los adolescentes que presentan conductas asociadas al suicidio, a menudo sufren algún tipo de problema psiquiátrico, especialmente desórdenes afectivos (Sethi, Bhargava, 2003). En un estudio, realizado por estos mismos autores, a niños y adolescentes que enfrentaron alguna experiencia de suicidio en la familia, se les detectó algún problema respecto al ajuste social, por lo tanto se encontró que estos niños y

adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar desórdenes depresivos y por tanto conductas suicidas.

De igual manera Casullo (2000) afirma que diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con las conductas suicidas, sin establecer una relación de causalidad, sino que la presencia de una psicopatología aumenta la probabilidad de suicidio. Estas condiciones reducen las posibilidades adaptativas de las personas, así como las estrategias para afrontar situaciones de conflicto.

La depresión, es sin duda el cuadro clínico más relacionado con comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que una gran mayoría de individuos que han realizado intentos suicidas y suicidios consumados, padecían un desorden afectivo.

También la psicosis, presenta ideas delirantes y alucinaciones que son vividas como hechos de la vida cotidiana y condicionan la conducta. Una de estas puede ser un ato suicida, en respuesta a una inclinación o un síntoma psicótico (Serfaty E., en Dulanto E., 2000).

Aquellos adolescentes con personalidad límite, tienen una tolerancia disminuida a las frustraciones y escasa aceptación a las pérdidas. Ante situaciones de crisis profundas por estas causas, pueden llegar a un intento de suicidio (Serfaty E., en Dulanto E., 2000).

También, varios estudios han encontrado asociaciones similares entre el consumo de drogas y alcohol con el comportamiento suicida.

La impulsividad también juega un papel muy importante en las conductas suicidas de adolescentes cuando no se identifica en primer lugar un desorden depresivo, esto principalmente en hombres (Horeh, 2001).

A partir de esto, los adolescentes presentan una conducta impulsiva importante, por lo que muchas veces, en relación con la gravedad de los problemas, la única solución posible a estos, es la muerte (Sánchez, O. en Dulanto, E., 2000).

Los trastornos de conducta también parecen estar asociados con el suicidio y otras conductas suicidas, especialmente en la infancia y la adolescencia.

Relacionando todo lo anterior, los jóvenes delincuentes tienen un gran número de problemas, entre ellos presencia de psicopatología, estrés psicosocial e incremento en las tasas de abuso de sustancias. Este último contribuye a aumentar la vulnerabilidad particularmente en los jóvenes, pues en un estudio realizado por Howard, Lennings y Copeland en el 2003, un gran porcentaje de la muestra de jóvenes con estas características reportó intentos de suicidio. En ellos, los principales predictores de esta conducta fueron el afecto negativo, la exposición a la violencia y el estrés psicosocial. El estudio identificó la dinámica de estos factores de riesgo en el incremento de conductas autolesivas.

Por otro lado, los estados fenomenológicos aluden a estados emocionales intensos que no pueden ser tolerados y por esto surge el deseo de ponerles fin (Baumeister, 1990, citado por Casullo, 2000), ante esto, podríamos estar hablando de un estado patológico, ya que estas emociones intensas se manifiestan como producto del sometimiento a situaciones de estrés permanentes y traumas que interactúan con rasgos de la personalidad y un pobre repertorio de habilidades y estrategias adaptativas (Casullo, 2000).

La desesperanza es una de estos estados emocionales intensos que con frecuencia se observa en los adolescentes con sentimientos de fracaso, apatía, tendencias agresivas, soledad, aislamiento, confusión, etc.

Además, los adolescentes que refirieron ser tristes en la infancia tienen mayor probabilidad de tener ideas de suicidio, también el antecedente de depresiones previas a la

adolescencia y haber sufrido de abandono de alguno de los padres, son características personales de la infancia (Serfaty E., en Dulanto E., 2000).

Estrategias Interventivas y de Prevención

La intervención más viable debe fundamentarse es la prevención, enmarcada en la intervención de daños y conductas de riesgo en los adolescentes, lo cual requiere una estrategia que combine la neutralización de los factores de vulnerabilidad y el fortalecimiento de los factores protectores.

La prevención primaria está enfocada en reducir la incidencia de nuevos casos de suicidio en términos de la población en general.

Las instituciones educativas proporcionan un espacio bastante apropiado para implementar acciones dirigidas a la prevención primaria, ya que, es en estos escenarios donde aparecen sentimientos, comportamientos y emociones que pueden ser observados por adultos y pares, fuera del núcleo primario de pertenencia –familia- (Casullo, 2000).

La prevención secundaria estará encaminada a ubicar la población que se encuentra en riesgo, por medio del estudio de la presencia de determinados síntomas relacionados con alguna patología, con el objetivo de reducir la probabilidad existente de conductas suicidas.

Siguiendo a Casullo, son necesarias algunas condiciones, entre ellas: un clima global que de un amplio valor a la salud mental, la existencia de un equipo de profesionales de la salud entrenados, integrado por psicólogo, pedagogos y trabajador social, la elaboración de programas con un diseño completo y eficaz y la coordinación de acciones con el sector salud.

Así mismo, al hablar de prevención de problemáticas como la depresión y el suicidio, es de vital importancia identificar de aquellos factores que influyen en el desarrollo del

fenómeno. Estos factores varían en función de la persona y del contexto social (Gómez M., 2000).

A partir de esto, se considera al adolescente como miembro de un sistema familiar y social, ya sea funcional o disfuncional, que lo condiciona y le permite un aprendizaje en su proceso de socialización, que implica la incorporación de valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas partir de las cuales es capaz de construir su subjetividad. De ahí, parte la intervención preventiva, cuyo objetivo debe estar orientado a aquellos factores individuales y socio-familiares, que generan vulnerabilidad, pues son éstos los que marcaran el tipo de conductas de riesgo que asumirá el adolescente (Gómez M., 2000).

Para evitar la situación de riesgo es importante que el adolescente tenga la oportunidad de decidir con libertad, ajustando su conducta la principio de realidad y a su contexto socio-cultural y que sus acciones sean coherentes a su sistema de creencias y valores (Casullo, 1998, citado por Gómez M., 2000).

Un gran número de los adolescentes que se suicidan avisan por medio de notas o han manifestado ideas suicidas a alguien, por lo tanto es importante que los padres tomen en serio estas señales, pues en ocasiones estos intentos no tienen la intención de acabar con la vida sino de llamar un poco la atención, lo cual puede terminar en un suicidio accidental.

De otro lado, la violencia es la mayor causa de morbilidad y mortalidad, particularmente en jóvenes y en Estados Unidos, el homicidio y el suicidio son la segunda y tercera causa de muerte. Se ha encontrado que jóvenes que han realizado intentos suicidas, durante los 12 meses anteriores han presentado también peleas y así mismo varios estudios sugieren un fuerte vínculo entre las conductas suicidas (definidas como acciones violentas contra sí mismo) y conductas violentas contra otras personas, en adolescentes (Swahn N. H., Lubell K. M., Simon T. R., 2001).

Por esta razón es necesario que los programas de prevención emprendan acciones para reducir tanto las conductas suicidas como las violentas que se deben implementar incluso antes de la adolescencia intermedia, que es cuando se presentan más frecuentemente. Además, otras variables como agresividad, impulsividad, abuso de SPA, depresión y desesperanza, pueden aumentar el riesgo de ambos tipo de conducta.

A partir de lo anterior, se debe tener en cuenta que ante cualquier señal de conductas suicidas es importante: ser empático, entender los sentimientos y alentar al adolescente a que actúe y luche, ayudar a encontrar respuestas y alternativas para la vida, facilitar la expresión de sentimientos, explorar los motivos de la conducta suicida sin temor y con seriedad, enseñar al adolescente a que pida ayuda en momentos de estrés o antes de tomar decisiones, estimular los potenciales, no retar al adolescente ni aliarse a su solución de muerte, entrenar a la familia en la realización de comunicación cálida y espontánea entre sus miembros y propiciar la comunicación del adolescente en riesgo y su familia con grupos de apoyo en el ámbito comunitario (Pérez, 2002).

Los periodos de estados de ánimo negativo son comunes en la etapa de la adolescencia, provocados por los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Pérez (2002) afirma que el conocimiento de estos por parte de los padres y adultos cercanos, permite brindar una orientación más eficaz para lograr la adaptación saludable a ellos y por lo tanto evita que se presenten síntomas depresivos severos. La comunicación abierta y asertiva entre los miembros de la familia, puede ayudar a identificar estos problemas a tiempo.

Es de vital importancia contrarrestar la comorbilidad de las conductas suicidas con otros trastornos o desórdenes, ya que se ha visto que la ideación suicida e intentos suicidas están presentes en adolescentes con desórdenes del ánimo, consumo de sustancias, trastornos de conducta, entre otros.

Entrando puntualmente el diseño de programas, un programa preventivo, según Casullo (2000), incluye:

Identificar a los adolescentes con orientaciones suicidas o con historias de vida que den cuenta de intentos previos o exposición a conductas suicidas.

Evaluar la presencia de factores predisponentes y precipitantes, tanto en el contexto familiar, como en el escolar, social.

Muchas veces, el adolescente suicida informa a alguien acerca de sus planes, por lo tanto se hace necesaria la intervención preventiva al respecto.

Mantener informado al adolescente acerca del suicidio, indicadores de la conducta suicida, riesgos, y a partir de esto, dar estrategias de afrontamiento. Estas charlas informativas también deben ir dirigidas a docentes y familias.

Considerando el suicidio en la adolescencia como un acto impulsivo, aunque no exento de planeación en algunos casos, estos aspectos deben conocerse en el proceso e valoración de la conducta suicida, para luego evaluar el grado de determinación, es decir, que tan grande es la intención de matarse, a través de comparar el riesgo tomado o letalidad del método y la posibilidad de rescate, ser encontrado para que otros prevengan la muerte. Esto lleva a hablar del acto suicida con fines manipuladores (Sánchez O. en Dulanto E., 2000).

En términos de prevención terciaria, se debe estar preparado para el manejo de las crisis que se generan ante un intento de suicidio o un suicido concretado. Este tipo de intervención incorpora estrategias para asistir a los sobrevivientes de la experiencia de suicidio, cuyo objetivo es proporcionar herramientas para afrontar la situación de pérdida.

Son aspectos fundamentales de la prevención la detección precoz de los factores de riesgo, potenciación de las relaciones interpersonales, conocer dispositivos asistenciales y formar frente al tema (Bobes, González, J. y Sáiz, 1997).

Ante los hallazgos de los estudios de medicina legal que muestran el incremento del suicidio en Colombia, se han propuesto algunas estrategias de prevención como: entrenar al personal educativo para la detección de adolescentes en situación de alto riesgo, educar a los niños sobre el suicidio, crear redes de apoyo entre padres y comunitarias, restringir el acceso a armas en el hogar, intervención después de un suicidio y proponer programas preventivos bien estructurados (González J., 2000).

Otras estrategias interventivas incluyen varios tipos de tratamiento, entre estos la medicación y la psicoterapia, cuyos efectos han sido estudiados por varios autores.

Respecto al tratamiento farmacológico, existen algunas evidencias de que los antidepresivos bajan las tasas de suicidios en adultos, ya que altera el comportamiento suicida o reduce por largo tiempo el riesgo. La falla de esto es que no hay evidencias de esto en adolescentes (Zametkin A., Alter M. y Yemini T., 2001).

March J., Silva S., Petrycki S. Y Curry J. (2004) en su estudio sobre la evaluación de la efectividad de 4 tratamientos para adolescentes con depresión mayor, hacen referencia a la cuestión que surge sobre si la medicación está asociada con un incremento en el riesgo de desarrollar ideación suicida o facilitar comportamientos suicidas. Esto ha sido objeto de estudio por años e inicialmente se reportó el desarrollo intenso de ideación suicida concurrente al tratamiento farmacológico con fluoexetina en pacientes adultos. Sin embargo, la evidencia no ha sido suficiente para sostener una asociación causal entre los antidepresivos y el incremento del riesgo de ideación o conductas suicidas.

El mismo estudio encuentra algo similar en pacientes pediátricos, pues el uso de paroxetina en niños y adolescentes se asocia significativamente con el desarrollo del comportamiento suicida. A partir de esto, una gran variedad de antidepresivos de segunda generación (excepto la fluoexetina) fue contraindicada para pacientes pediátricos con trastornos del ánimo, debido a este riesgo.

El impacto del tratamiento con fluoexetina sobre la reducción de la ideación suicida, fue igual que con el uso de placebos, lo cual sugiere que el uso del fármaco no aumenta este tipo de conducta. Además, estos hallazgos también indican que las conductas autolesivas no son propiciadas únicamente por la ideación suicida, y acorde a muchos otros estudios, se afirma que el paso de la ideación al intento suicida es facilitado por otros factores como estrés psicosocial, abuso de sustancias, agitación, irritabilidad y/o desinhibición (March J., Silva S., Petrycki S. Y Curry J., 2004).

También el aumento de litio ha sido estudiado en adultos, encontrando una reducción en las conductas suicidas. (Brooke, 2002), y también han sido reportados los beneficios del aumento de litio, para pacientes deprimidos, en adolescentes. Sin embargo, cuando el tratamiento es discontinuo, no existen tales beneficios (Zametkin A., Alter M. y Yemini T., 2001).

Otros hallazgos importantes de March J., Silva S., Petrycki S. Y Curry J., indican que la terapia cognitivo - conductual genera un efecto benéfico en la ideación suicida y que la combinación de este tipo de tratamiento con la fluoexetina puede constituir un protector, no sólo de la ideación suicida, sino también de las conductas autolesivas.

Sin embargo, Brooke (2002), Zametkin A., Alter M. y Yemini T. (2001) afirman que los tratamientos conductuales y la psicoterapia no han mostrado la reducción de las tasas de suicidio in jóvenes que han intentado el suicidio, esto debido a que este grupo poblacional,

por lo general no se compromete realmente con el proceso terapéutico. De igual forma sucede con el tratamiento para desórdenes de conducta y abuso de sustancias (asociados al suicidio).

La adolescencia es una de las etapas mas frágiles y críticas desde el punto de vista psicológico, ya que el individuo esta en la búsqueda de su individualidad y en la formación de su personalidad, es por esto que el contexto y sus diversas influencias pueden precipitar conductas nocivas como lo es el suicidio. Para esto, es labor de los profesionales de la psicología, las familias, docentes y todas aquellas personas cercanas a esta población, poner especial atención a los signos de alerta y garantizar una intervención eficaz y preventiva en apoyo a un sano crecimiento personal, para contribuir a la reducción de las tasas de suicidio que se están dando actualmente.

Referencias

- Bobes, J., González, J., Sáiz, P., (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Masson S.A. Barcelona.
- Brooke, G., (2002). *Review of interventions in adolescent suicide*. American Family Physician. Vol. 65. Nº 9, p. 1931, 2 p. Tomado de base de datos ProQuest.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P., Fernández, M., (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Dulanto, E., (2000). *El adolescente. Cap. 180 Intento suicida, Cap. 181 Suicidio en Latinoamérica*. McGraw – Hill. Mexico.
- Fernquist, R. M., (2000). *Problem drinking in the family and youth suicide*. Adolescence. Vol. 35. p. 551, 8p. Tomado de base de datos Ebsco Host.
- Flouri, E., Buchanan, A., (2002). *The protective role of parental involvement in adolescents suicide*. Crisis. Vol. 23. Nº 1, P. 17 – 22. Tomado de base de datos PsycInfo.
- Gómez, M. T., (2000). *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. Publicación virtual de la facultad de Psicología y Pedagogía de la Universidad del Salvador.
- González, J., (2000). *Los suicidios*. Forensis. Datos para la vida. Instituto de medicina legal y ciencias forenses. Bogotá.
- Horesh, N., (2001). *Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior*. Crisis. Vol. 22. Nº 1, P. 27 – 31. Tomado de base de datos PsycInfo.
- Howard, J., Lennings, C. J., Copeland, J., (2003). *Suicidal behavior in a young offender population*. Crisis. Vol. 24. Nº 3, P. 98 – 104. Tomado de base de datos PsycInfo.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., (2004). *Fluoxetine, cognitive-Behavioral Therapy and their combination for adolescents with depression: Treatment for*

- adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial*. American Medical Association. Vol. 2892, N° 7, p 807, 14 p. Tomado de base de datos ProQuest.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., Perry, I. J., (2003). *Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students*. Crisis. Vol. 24. N° 4, p. 160 – 167. Tomado de base de datos PsycInfo.
- Mishara, B. L., (2003). *How the media influences children's conceptions of suicide*. Crisis. Vol. 24. N° 3, P. 128 – 130. Tomado de base de datos PsycInfo.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Stein, D., Cohen, O., (1998). *Self-representation of suicidal adolescents*. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 107. N° 3, P. 435 – 439.
- Pérez, S. A., (2002). *Cómo evitar el suicidio en adolescentes*. Tomado de www.psicologiaonline.com
- Rice, F. P., (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Novena edición. Prentice Hall. Madrid.
- Sethi, S., Bhargava, S. C., (2003). *Child and adolescent survivor of suicide*. Crisis. Vol. 24. N° 1, p. 4 – 6. Tomado de base de datos PsycInfo.
- Swahn, N. H., Lubell, K. M., Simon, T. R., (2001). *Suicide attempts and physical fighting among high school students – United States*. American Medical Association. Vol. 292. N° 4, P. 428. Tomado de base de datos ProQuest.
- Wagner, B. M., (1997). *Family Risk factors for child and adolescent suicidal behavior*. Psychological Bulletin. Vol. 121. N° 2, P. 246 – 298. Tomado de base de datos PsycInfo.

Wischstrom, L., Hegna, K., (2003). *Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population*. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 112. N° 1, P. 144 – 151.

Zametkin, A., Alter, M. R., Yemini T., (2001). *Suicide in teenagers: Assessment, management and prevention*. American Medical Association. Vol. 286, N° 24, p 3120, 6 p. Tomado de base de datos ProQuest.