

LA DEPRESIÓN COMO VARIABLE IMPLICADA EN EL SUICIDIO

Sandra García Castilla

Universidad de la Sabana

Chía, Octubre de 2005

LA DEPRESIÓN COMO VARIABLE IMPLICADA EN EL SUICIDIO

Sandra García Castilla

Resumen

La presente revisión teórica tiene como objetivo describir la depresión como parte importante y predictora de conductas suicidas en adolescentes. Con el fin de especificar la importancia de relacionar estas dos variables, el artículo hace una breve descripción acerca de la depresión, incluyendo síntomas, causas, y algunas estadísticas que permiten tener conocimiento sobre la importancia y frecuencia con que se presenta esta enfermedad hoy en día en los adolescentes. De igual forma, se describe el suicidio, las conductas que indican que un individuo tiene entre sus pensamientos quitarse la vida, factores predisponentes y la forma en como los terapeutas pueden intervenir.

Palabras Claves: Depresión, suicidio, adolescentes.

Abstract

This theoretic revision has as objective to describe the depression as a predictive and important part or suicidal behavioral in adolescents. Trying to specify the importance of relating this two variables, the article makes a brief description about depression including symptoms, causes, risks factors, small bases of treatment and some statistics that let us have knowledge about the importance and the frequency of this mental illness in adolescents. In the same way, the article describe suicide, the behavioral that indicates that a person is thinking about taking his life off, predisposition factors and the way in which therapists can take part.

Key Words: Depression, suicide, adolescents

Muchos autores señalan como punto de partida para el suicidio en un adolescente, el presentar síntomas correspondientes a un trastorno depresivo, el cual muchas veces ha sido diagnosticado previamente. Siendo esta una variable fundamental, tomada en cuenta como factor de riesgo extremo, es necesario aclarar que no siempre se presenta el trastorno o los síntomas del mismo en personas adolescentes con tendencia al suicidio. Existe un alto porcentaje que nos permite correlacionar estas dos variables y tenerlas en cuenta como punto importante de partida en el momento de intervenir a un adolescente con síntomas depresivos, o en su defecto, a los que presenten características como rasgos de personalidad o conductas encaminadas a ideas suicidas.

La importancia de hacer una revisión teórica correlacionando variables tan importantes como el suicidio y la depresión, radica en los altos resultados que arrojan las estadísticas sobre el tema hoy en día, así como en la fuerza que ha tomado cada una de las dos variables por separado, las cuales, están actualmente posesionándose fuertemente entre los jóvenes y sus tendencias. Con esta revisión teórica queremos enfatizar en la implicación que tiene la depresión en las conductas suicidas y la obligación que tenemos los psicólogos de darle la relevancia oportuna, para así forjarnos como tarea disminuir no solo las tasas de suicidios en adolescentes sino también las constantes ideas relacionadas con la muerte que se manejan actualmente en el mundo.

Según Vallejo, (1991) la tristeza es un fenómeno afectivo normal, que surge en el individuo, en sus relaciones con el medio, aunque puede también estar vehiculada con factores orgánicos. La escasez de estudios y atención, dedicados a

la alegría contrasta con la enorme cantidad de datos y modelos disponibles acerca de la tristeza normal y patológica.

Psicológicamente, las orientaciones dinámicas han relacionado de forma minuciosa la tristeza con el concepto de pérdida. Algún evento real o simbólico, o ambos, evocan una derrota o una limitación que hace perder alguno de los tributos hasta entonces presente. La muerte de un ser querido, los fracasos, las despedidas, etc., se llevan unas valencias o valores que el individuo había depositado en ellos, implicando pues, una pérdida. Desde una perspectiva conductista, la tristeza patológica o depresión resultaría de un esfuerzo inadecuado de los comportamientos de carácter positivo; puede tratarse de una falta de reforzamientos social, eliminación de los comportamientos reforzables, disminución de la eficacia de patrones reforzadores, o también el llamado control aversivo que puede ser directo o indirecto. (Vallejo, 2001)

En la adolescencia la depresión es un trastorno que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes. La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado, es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. (Barlow y Durand, 2001)

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, así como se mencionaba anteriormente, puede estar ligado a factores como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos, presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés. (Barlow y Durand, 2001)

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida apesta". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días. (Vallejo, 2001)

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos. El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso el comportamiento criminal (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma, ya sea, de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Los síntomas están relacionados con la pérdida de interés en todas las actividades lo cual incluye el fracaso escolar, social, familiar y apatía constante frente a las personas lo cual va acompañado de mal genio, agitación constante, cambios en el apetito, cambios de peso, somnolencia, dificultad para tomar decisiones y concentrarse, episodios de pérdida de memoria, sentimientos de minusvalía y culpabilidad y comportamientos inadecuados entre otros. Otros síntomas importantes que abarca la depresión en adolescentes es el pensamiento sobre suicidio o miedos y preocupaciones obsesivas sobre la muerte, planes para cometer suicidio o intentos reales para llevar a cabo dicha conducta (Barlow y Durand, 2001).

Según APA (2002), para diagnosticar un episodio depresivo mayor, el paciente debe experimentar por lo menos dos de los siguientes criterios: Estado de ánimo irritable o depresivo la mayor parte del día, disminución del interés en actividades de la vida diaria, pérdida de peso sin dieta, problemas en los patrones de sueño, inhibición o excitación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de minusvalía, disminución en las habilidades de atención y/o pensamientos recurrentes de muerte

Así mismo, es necesario que estos síntomas no estén combinados con síntomas de manía, no estén relacionados con abuso de sustancias ni alcohol y se observe un deterioro significativo en las actividades académicas, sociales o laborales.

En el estudio realizado por Fornos, Mika, Bayles, Serrano y Jiménez (2005) los participantes atribuían los síntomas depresivos a sentimientos de

tristeza, rabia, cambios en el sueño y otros mencionados anteriormente pero señalaban como uno de los más importantes, las ideas frecuentes de muerte y los intentos de suicidio. Especificaban que los primeros días en los que podían detectar la depresión no comían absolutamente nada hasta el grado de llegar a desmayarse y perder la conciencia. Hacían énfasis de manera específica en la distinción entre tristeza y depresión, la cual radicaba en que si estaban tristes simplemente lloraban y se alejaban de los demás por un rato, pero que cuando se sentían deprimidas caían en cuenta que además de llorar constantemente, sentían rabia hacia ellas mismas y hacia las demás y deseos de no volver a ver a nadie, ni siquiera a sus mejores amigas, de una forma constante que tenía repercusiones a largo plazo.

De igual manera, este estudio correlacionaba la depresión con la estructura familiar como parte importante, pues ellos referían que podía ser aprendida la conducta de no disfrutar de habilidades sociales, hacer mala cara todo el tiempo, etc., y que en conjunto con esto el adolescente podría sentir la sensación de no aguantar o no querer apuntar más ese tipo de soluciones por lo cual recurrirían al suicidio. (Fornos, Mika, Boyles, Serrano y Jiménez 2005)

Teniendo en cuenta la tristeza como factor importante podríamos definir que en la tristeza patológica o depresión existe una configuración latente cognoscitiva anormal, llamada triada cognoscitiva anormal, o “triada cognitiva negativa” percepción degradante y negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos esquemas o configuraciones depresogénicas se activarían mediante

situaciones que guardan alguna similitud con las situaciones originales, con que se desarrollaron dichos esquemas, aunque también se reactivan por situaciones que el mismo individuo interpreta como pérdidas irrevocables. Como consecuencia de sus abrumadoras interpretaciones negativas, el individuo experimenta desánimo y Tristeza y se instala en una conducta maladaptativa que caracteriza la depresión. (Fornos, Seguin, Boyles, Serrano y Jiménez 2005)

Según Barlow y Durand (2001) existen varias categorizaciones de los trastornos del estado de ánimo y señala como la más fácil de reconocer, el trastorno depresivo mayor de episodio único, el cual se define por la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos durante o previos al episodio como es especificado por los criterios de manual de diagnóstico de enfermedades (DSMV, 2002), aunque es importante saber que es poco frecuente que se dé un solo episodio aislado en la vida de un individuo.

Si se dan dos o más episodios de depresión y estos están separados por un lapso de tiempo de dos meses por lo menos, tiempo durante el cual el individuo no experimenta ningún síntoma atribuido a la depresión, se diagnostica un trastorno depresivo mayor recurrente. La frecuencia es muy importante para el pronóstico del curso futuro del trastorno, así como elegir los tratamientos adecuados para cada persona. Las personas con un diagnóstico de depresión mayor recurrente por lo general tienen antecedentes familiares de depresión, a diferencia de las personas que tienen episodios únicos (Barlow y Durand 2001).

Existe otro trastorno dentro de la depresión llamado trastorno distímico, el cual comparte muchos de los síntomas del trastorno depresivo mayor los cuales se señalaran más adelante pero difiere en su curso. Aunque los síntomas son un poco más ligeros, estos permanecen durante largos periodos de tiempo, sin lapsos de descanso, a veces por 20 o 30 años, o inclusive más (Barlow y Durand 2001).

Refiere Barlow Y Durand, (2001) que hace poco se ha venido estudiando a individuos que sufren tanto de depresión mayor como de trastornos distímicos, por lo cual se les llama pacientes con trastorno de depresión doble. Por lo común se desarrolla primero un trastorno distímico y con el tiempo los síntomas se van agudizando, generando un trastorno depresivo mayor, lo cual es muy importante distinguir por ser este el comienzo de una psicopatología grave y una problemática de curso largo a futuro, posiblemente provocada por factores hereditarios.

Según Vallejo J., Pascual, C. (1991) los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión es aproximadamente 2 a 3 veces el riesgo de la población real. Las hipótesis más importantes para explicar el mecanismo real del trastorno del estado de ánimo, se orientan a las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoanímicos, en particular los de noradrenalina y serotonina. Se ha emitido también la hipótesis de que la depresión se acompaña de regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico, y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. En vista de que los sistemas

neurotransmisores monoanímicos del sistema nervioso central se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como la excitación, movilidad, sueño y otras, se prestan perfectamente bien para este papel hipotético.

Los estudios inmunológicos han identificado una variedad de alteraciones sutiles en la depresión, incluyendo el cambio en los subconjuntos linfocíticos, en la respuesta al mitógeno, en la actividad fagocítica normal y en la regulación de citosina. Los estudios de neuroimagen han encontrado una variedad de anomalías en la corteza pre frontal y el cíngulo (Vallejo 2000).

Vallejo (2000) refiere que en cuanto a los factores biopsicosociales, se considera que aunque el estrés psicosocial puede desempeñar una función en la precipitación de un episodio depresivo y dar forma a la variedad particular de síntomas observados, los estudios actuales, no indican que, como tales, los factores ambientales no producen crisis depresivas graves. Sin embargo, a menudo los pacientes depresivos son incapaces de aceptar la vulnerabilidad biológica y se conservan convencidos de que ellos mismo o los cambios de su ambiente son las causas principales de su estado de ánimo. A menudo el dudar sobre uno mismo, los remordimientos o sensaciones constantes de ineficiencia, culminan en la alteración de las relaciones con los amigos y familiares y en abandono del trabajo, acciones que tienen efectos comprensibles a largo plazo sobre el estado de ánimo.

Como factores de riesgo importantes en la depresión, aparte de los antecedentes familiares se debe tener en cuenta el estrés intenso, el maltrato o abandono especialmente durante la infancia, los traumas físicos o emocionales, la presencia de otros trastornos psíquicos tanto en el paciente como en la familia, la pérdida de seres queridos, el fumar cigarrillo en exceso, la pérdida de una relación o cualquier otra enfermedad crónica o trastorno de la conducta., el aprendizaje o el desarrollo (Calderón, 1994)

Citando específicamente los factores de riesgo en mujeres se podría empezar diciendo que el papel que juegan el trabajo, el matrimonio y la maternidad en la depresión de la mujer es complejo. Muchas mujeres sienten que deben ser todo para todo el mundo y al mismo tiempo sienten que no son nadie. Esta auto imagen es frecuente y debe ser considerada como el mayor favorecedor de la depresión en la mayoría de las mujeres, especialmente las que trabajan y tienen niños pequeños. Sin embargo, los resultados siguientes provienen de estudios que demuestran la dificultad de establecer la relación entre el estatus social de la mujer y la depresión (Rodríguez, 2000)

En este estudio se encontró que las mujeres percibían que ellas eran más vulnerables a tener síntomas depresivos especialmente cuando terminaban una relación puesto que eran juzgadas más drásticamente y con mayor facilidad acerca de su aspecto lo cual se relacionaba directamente con su baja autoestima. Señalaron que ellas mostraban más inseguridad y que así mismo ellas hablaban con sus amigas de sus sentimientos más que los hombres. La diferencia con los hombres es ese aspecto radicaba en que ellos se creían más fuertes y pensaban

que esa era la imagen que debían proyectar lo cual en alguna forma los hacía sentir más seguros y confiados, y que de la misma manera, mostrándose rudos, malos y no hablando de las mujeres podrían señalar que no era trascendental lo que sentían. Así mismo los hombres atribuían el llanto constante de las mujeres y la depresión en sí, a que ellas se sentían menos queridas y menos atractivas sexualmente que sus pares y compañeros (Fornos, Mika, Boyles, Serrano y Jiménez 2005).

Existen tres tipos de medicamentos antidepresivos entre los cuales se encuentran:

1. Los antidepresivos triciclicos los cuales ejercen un efecto parcial que bloquean la reabsorción de ciertos neurotransmisores, lo que les permiten combinarse en la sinopsis y, como lo señala la teoría insensibilizan finalmente o desregulan la transmisión de ese neurotransmisor en particular. Este medicamento se lleva cierto tiempo en actuar, durante ese lapso que podría ser de dos a ocho semanas muchos pacientes se sienten ligeramente peor y desarrollan una serie de efectos colaterales como visión borrosa, boca recesa, dificultades para orinar y somnolencia entre otras lo cual hace que los individuos deserten por considerar peor el tratamiento que la enfermedad.
2. Otro tipo de antidepresivo son los inhibidores de monoaminooxidasa los cuales bloquean la enzima monoamina oxidasa que descomponen los neurotransmisores. Estos parecen ser tan eficaces o ligeramente más efectivos que los triciclicos y tienen efectos colaterales menores. Estos se utilizan de manera mucho menos frecuente por dos consecuencias serias a tener cuenta como lo es que consumir todos los alimentos y bebidas

que contienen tiramina pueden conducir a episodios de hipertensión graves incluyendo la muerte. La segunda consecuencia a tener en cuenta es que la combinación de este inhibidor con medicamentos tomados diariamente para el resfriado pueden llegar a ser letales.

3. El último tercer gran grupo de medicamentos son los inhibidores de la recaptura de la serotonina que bloquean de manera específica la reabsorción de la misma. Este fármaco aumenta temporalmente los niveles de serotonina pero se desconoce su mecanismo específico de acción y aunque es globalmente reconocido comenzaron a hacerse estudios que demuestran que este podría conllevar a pensamientos suicida, reacciones paranoides y en muchos casos conductas agresivas o violentas.

Según Barlow y Durand (2001) un cuarto tipo de antidepresivos podría ser una sal que esta presente en el ambiente natural y se encuentra en el agua que diariamente se consume aunque en una cantidad mínima; litio. La dosis pertinente es una dosis muy alta la cual tiene que regularse cuidadosamente puesto que de lo contrario podría provocar disminución del funcionamiento de la tiroides y hasta el propio envenenamiento.

Dejando de lado los antidepresivos podría emplearse la terapia electroconvulsiva que aunque es un tratamiento bastante controvertido es de gran eficacia en el momento de tratar una depresión que no haya encontrado cura con la ayuda de otro tipo de tratamiento. Se basa principalmente en una descarga

eléctrica en el cerebro por menos de un segundo lo cual provoca convulsiones que duran varios minutos.

De igual manera, los tratamientos psicosociales que se dividen en terapia cognoscitiva y terapia interpersonal también son muy eficaces. El primero de estos lo desarrolló Beck que centra su teoría en la función que tienen los pensamientos negativos dentro de la depresión. La terapia consiste en hacer que el paciente identifique y reconozca esos pensamientos negativos y los reestructure con el fin de sustituirlos por pensamientos valorativos y más realistas. La psicoterapia interpersonal, por su lado, lo que busca es que el individuo resuelva problemas de relaciones existentes anteriormente y desarrolle bases y habilidades para la creación de unas nuevas. Comúnmente se basan en cuatro aspectos principales entre los cuales se encuentran como tratar las disputas dentro de las relaciones interpersonales, adquirir habilidades para nuevas relaciones, ajustar la pérdida de una relación e identificar y corregir deficiencias en habilidades de trato interpersonal y social. (Barlow y Durand, 2001)

Según Rhoden (2005), los antidepresivos, especialmente los inhibidores de la recaptación de la serotonina de forma combinada con la terapia cognoscitiva es el tratamiento que más resultado dio en el estudio realizado por ellos. El combinar antidepresivos como la fluoxetina y reestructurar pensamientos en los individuos da mayor resultado que aplicar cualquiera de los dos tratamientos por separado teniendo además el mejor equilibrio entre ventajas y desventajas en trastornos depresivos mayores.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (2004) en el mundo los trastornos de la salud mental representan cuatro de las principales 10 causas de discapacidad de las economías de mercado establecida entre las cuales se encuentran el trastorno depresivo mayor como uno de los más frecuentes. Resaltan que muchos sufren de más de un trastorno a la vez, particularmente aquellos que sufren de depresión pues tiende a combinarse con trastornos del abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad. De igual manera, reportan que aproximadamente el 18.8% de los estadounidenses sufren de algún trastorno depresivo ya sea depresivo mayor, distimia o episodio único. Señalan que las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión que los hombres y que la edad promedio de aparición es en la adolescencia tardía.

El adolecer quiere decir crecer, lo cual, supone aprender y practicar, hacer pruebas exitosas o fracasadas en todas las áreas y actividades de la vida cotidiana. De esta forma Aldana (1991) citado por Calderón (1994) afirma que el adolescente atraviesa por una etapa del desarrollo normal, en el cual se presentan cambios físicos y a nivel social, ya que el adolescente desde el punto de vista intelectual culmina su desarrollo y desde el punto de vista social y afectivo modifica su rol sexual siendo capaz de establecer una relación afectiva.

De la misma manera, en este paso de la niñez a la adolescencia ocurren grandes transformaciones como la pubertad, el aprendizaje de nuevos aspectos de la cultura, la elección de la profesión, el papel social que asume el adolescente y la re-valoración de normas y valores adquiridos dentro de la familia

Las personas de todas las edades son susceptibles de experimentar crisis sin embargo en esta época de la vida se presentan crisis de identidad y a través de la cual el sujeto trata de imponer una alternativa diferente a la que su medio le ofrece y es en esta etapa en la cual el adolescente se halla en oposición con todo lo que genera sensación de dependencia. Es capaz de cuestionar los valores pero así mismo no construye unos nuevos, es decir que se presenta la oposición más no la realización completa.

Ahora bien, de acuerdo con Calderón (1994), el adolescente se ve enfrentado a conflictos que se relacionan con la problemática de los valores y normas de la sociedad a la cual pertenece. Su necesidad básica es el logro de una identidad propia, para lo cual debe reajustar todos sus esquemas de acción y pensamiento, a sus cambios físicos, comportamentales y relacionales. Posteriormente aparece la aceptación de su rol sexual, que es un proceso que se inicia desde el nacimiento y se consolida en la adolescencia.

Vinculando el tema de la adolescencia y el suicidio, se han llevado a cabo varias investigaciones, en las cuales se ha encontrado que son muchos los puntos de vista y las actitudes que los adolescentes manifiestan ante la muerte y que estos pueden variar de acuerdo con la opinión que tenga su grupo de referencia, de este modo el adolescente llega a pensar en la muerte como un camino que eventualmente le ayudara a reunirse con sus familiares o amigos, posee un sentimiento de inmortalidad aunque tiene conciencia acerca de la realidad de la muerte y ve la muerte como algo que le pasa a otros (Alcaldía de Bogotá, 2001).

El suicidio se podría dividir en tres categorías las cuales abarcarían, el intento de suicidio, el suicidio consumado y las ideaciones suicidas. Esta última categoría ha sido poco estudiada pero es un factor importante a tener en cuenta dentro de los predictores del suicidio, puesto que hay quienes demuestran que la ideación suicida es un síntoma que demuestra un conflicto interno de la persona que comúnmente está relacionado con la desesperanza y la depresión, así como con el abuso de sustancias psicoativas y alcohol. (Kenney, S., Anderson, M., Harmon, L., Michaels, T., 2004)

El papel del contexto familiar y social es tan importante que algunos autores como Goldman (2001), sugieren que el suicidio aparecería como un acto operante que ha sido reforzado y mantenido como consecuencia de contingencias interpersonales. Así una persona que experimente sentimientos negativos hacia sí mismo como baja autoestima, inseguridad y miedo entre otros sería más vulnerable al intento de suicidio, si esta percepción ha sido conformada por sus padres o amigos. Lo anterior se sumaría a lo citado por Berman (1991) en lo que reporta una deficiencia por parte de los adolescentes suicidas que probablemente se explicaría por una distorsión de la percepción de las situaciones problemáticas, ante lo cual reaccionarían con desesperanza y de manera impulsiva.

Así pues de acuerdo con el reporte de la Alcaldía de Bogotá (2001), la conducta suicida puede ser la culminación del estrés combinado con los siguientes factores:

- a. Un dolor psicológico que la persona percibe como insoportable, convirtiéndose en algo intenso que el sujeto siente que nunca va a terminar.
- b. La frustración de ciertas necesidades psicológicas propias de la edad como la seguridad, el ser aceptado en grupo, sentirse necesario, etc.
- c. Situaciones estresantes ante las cuales las personas hacen un uso ineficaz de estrategias de afrontamiento.
- d. El suicidio aparece como la última alternativa.

De esta forma existen diferentes razones y explicaciones que se podrían atribuir al suicidio. Sin embargo, el hecho de que su personalidad no se haya consolidado completamente, implica que el adolescente generalmente realice varios intentos de suicidio, y esto podría ser porque la necesidad de autonomía e independencia entra en conflicto con la necesidad de dependencia. (Alcaldía de Bogotá, 2001)

Así los intentos de suicidio en el adolescente pueden deberse a diversos aspectos como la depresión; el abuso de sustancias psicoactivas, conductas antisociales, antecedentes de suicidios y una dinámica familiar disfuncional. (Alcaldía de Bogotá, 2001)

Hay factores de equilibrio que ayudan a los adolescentes a enfrentar las transiciones de este periodo; las buenas relaciones con los padres, las buenas relaciones con los compañeros los cuales sirven como amortiguador contra las tensiones de los cambios de la vida y un área particular de destreza como por

ejemplo los deportes, música, una materia escolar, etc. Lo que puede brindarles una base real para la confianza personal.

Según la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2005), hay ciertos factores que ayudan a que los padres puedan detectar en el adolescente ideas suicidas como lo son los cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia y actividades que anteriormente solía realizar con frecuencia así como la pérdida de interés en actividades de ocio y recreativas, conductas violentas o agresivas, uso de drogas y alcohol desmesuradamente, cambio pronunciados en su personalidad y apariencia física y quejas persistentes acerca de dolores físicos. Esto puede ir acompañado de conductas como sentir se aburrido todo el tiempo, quejarse de ser una persona indeseable e inútil, poner en orden posesiones y arreglar, tener variaciones en su estado de ánimo y tener síntomas de psicosis como alucinaciones o pensamientos extraños.

Otro punto importante a tener en cuenta como factor de riesgo son las enfermedades o los dolores crónicos. Según Goodwin y Eaton (2005), la depresión aumenta otros posibles riesgos de cometer suicidio y los convierte en factores de mayor vulnerabilidad. Señalan que enfermedades como el asma producen episodios de tristeza recurrente lo cual se convierte posteriormente en trastornos depresivos que conllevaran de una u otra forma a que un individuo sea más vulnerable a quitarse la vida.

En lo que refiere Barlow y Durand (2001), se puede ver que más del 90% de las personas que se suicidan han sido diagnosticadas y sufren de algún trastorno

psicológico más comúnmente de la categoría del estado de ánimo. El consumo y abuso de alcohol relaciona el suicidio en un 25 y 50% aproximadamente lo cual es evidente en los adolescentes. Según lo citado por Barlow, Brend y sus colaboradores (1998) en el libro de psicología normal de Barlow y Durand (2001), descubrieron que la mayoría de los adolescentes que se suicidaban específicamente una tercera parte de ellos se encontraban bajo el grado de intoxicación en el momento en que murieron. La combinación de estos trastornos, consumos de drogas y alcohol y trastornos del estado de ánimo, puede llegar a ser el factor de vulnerabilidad mayor. Barlow y Durand (2001), traen a colación un estudio realizados por Woods y sus colaboradores en 1997 en el cual se identifico que el abuso de sustancias combinado con algún otro factor de riesgo como lo es involucrarse en actos delictivos, tener un arma a la mano o fumar eran factores predictivos a la hora del suicidio por reflejar en estos individuos un alto grado de impulsividad.

Según las estadísticas de Barlow y Durand (2001), hoy en día más de treinta mil personas al año tan solo en Estados Unidos se quitan la vida. El suicidio es oficialmente la octava causa más importante en ese país y la mayoría de los epidemiólogos concuerdan en que esta cifra puede llegar a ser elevada dos o tres veces más en un futuro, siendo aun más alarmante que el aumento de muerte por suicidio en los últimos años la encabezan los adolescentes siendo en ellos la tercera causa de muerte más importante.

Las clases de suicidio en el mundo varían desde 10 por 100 000 en España, Italia y 12,5 por 100 000 en Estados Unidos, hasta 25 por 100 000 en Escandinava, Suiza, Alemania, Austria y los países del este europeo (el cinturón del suicido). En

Colombia, las tasas de suicidio se han mantenido más o menos constantes en la última década, siendo en 1991 de 4.8 por 100 000 para hombres y de 1.3 por 100 000 para mujeres. El número de muertes por suicidio en nuestro país es aproximadamente de 1000 al año, lo cual constituye el 1% de todas las muertes (Ramirez, 1996).

En Colombia el intento de suicidio presenta como grupos de más alto riesgo a los jóvenes de 12 a 15 años de edad y a los adultos de 25 a 29 años de edad. Además, se ha producido un incremento en la participación del grupo de menores de 16 años de edad en las tasas de suicidio completo: en 1983 representaban el 14% del total de suicidios, en 1993 representaron el 25%; se observó un pico significativo de 40% en 1992. Las tasas más altas de suicidio se observan en el grupo de 21 a 30 años de edad, con cifras muy similares a las de los grupos menores de 16; el grupo de mayores de 40 ocupa el tercer lugar. (Ramirez, 1996).

Una investigación sobre el suicidio en Bogotá realizada por la Alcaldía Mayor de esta ciudad y la Secretaría de Gobierno en diciembre del 2001 reportó que la frecuencia suicida en Bogotá D.C. es relativamente alta como también es alta la de los factores que aumentan la probabilidad de su aparición. En esta investigación se encontró que desajustes en las relaciones familiares y de pareja, intentos de suicidios previos y la experiencia del suicidio del entorno del sujeto, tienen valor predictivo sobre el riesgo del suicidio actual.

Los intentos de suicidio y especialmente la ideación, arrojaron porcentajes que llevan a pensar en la gravedad del problema en el Distrito. La conducta suicida es un complejo extremado de manifestaciones en cuya aparición influye la historia de

personas allegadas. El que alguien haya expresado su intención de suicidarse para tener un fuerte peso predisponerte para que otros aumenten su riesgo de suicidio (Alcaldía mayor de Bogotá D.C., 2001).

Los problemas en las relaciones familiares y de pareja tienen impacto sobre el riesgo del suicidio, lo que confirma la importancia de las redes de apoyo más cercanas a las personas. Este soporte parece ser más efectivo en lo que se refiere al afecto que a las dimensiones materiales, aunque estas también son importantes.

Los datos obtenidos en el estudio muestran que los problemas con la red de apoyo primario constituyen un conjunto de agentes productores de estrés que explican la mayor frecuencia del intento de suicidio en las mujeres. Los intentos previos de suicidio aportan al riesgo de suicidio actual por lo que su atención integral tiene un alto valor preventivo. Sin embargo las intervenciones deben llegar también a sujetos que nunca han intentado suicidarse. Es probable que el intento de suicidio no sea manejado adecuadamente por el círculo social del afectado puesto que se observa una correlación importante entre baja integración e intentos anteriores a un año. Esta relación también puede explicarse porque en la historia de los casos de intento de suicidio, se encuentra que los sujetos fueron afectados por crisis de familia o de pareja antes del intento. (Alcaldía mayor de Bogotá, D.C, 2001)

Aunque hoy en día nos acercamos más minuciosamente a identificar los factores de riesgo, predecir el suicidio es aun una tarea muy difícil, puesto que los individuos con pocos factores precipitantes que se quitan la vida de forma inesperada y al contrario de estos, los que viven estresados con muchos problemas y

enfermedades al parecer insoportables sobreviven de alguna manera a todas estas presiones dejando de lado la ideación suicida.

Es por esto que Barlow y Durand (2001), sustentan lo anteriormente mencionado basándose en que el tratamiento esta dirigido básicamente a la forma en como el terapeuta evalúe las posibles ideaciones suicidas y se muestre perseverante en el momento de enfatizar en preguntas relacionadas con la muerte o con sentimientos de minusvalía dentro de lo cual debe indagar en posibles humillaciones recientes o del pasado pero que aun tengan una trascendencia errónea con el fin de identificar factores de riesgo suicida si es que existen en el individuo. De ser así el terapeuta debe comprometer al paciente de firmar “contrato de no suicidio” si se piensa que el riesgo no es tan elevado o en su defecto la remisión a hospitalización si lo fuese aun en contra del paciente. Independientemente de ser hospitalizado o no, el terapeuta debe guiar su tratamiento a resolver estresores y a tratar trastornos psicológicos existentes.

Según Kenney, Anderson, Harmon y Michaels, (2004) los síntomas de depresión hoy en día superan el 30 % de los pacientes hospitalizados por razones no psiquiátricas lo cual incrementa el rango de suicidio por no tomar las medidas preventivas y por ende no contar con el tratamiento adecuado. Con frecuencia no se cuenta con las referencias específicas y adecuadas de los padres sobre ciertos factores que pueden contribuir al diagnóstico de una depresión en un adolescente. El artículo plantea una forma diferente de hacerlo. Se trata de un test que contiene pocas preguntas muy fáciles pero que con su respuesta nos conducen a tener un parámetro que nos infiera un diagnóstico y un tratamiento a seguir el cual se basa en identificar

patrones de conductas o ideas suicidas y llevar a cabo un plan de tratamiento para el adolescente.

Según Perez, (2005), no existe un síntoma único ni característico en los individuos que estén próximos a cometer suicidio pero señalan que es de gran ayuda estar alerta e identificar factores de riesgo como los anteriormente nombrados. Entre esos ellos destacan de una manera importante el estado de animo y el cambio que se pueda percibir de manera gradual llevando a la persona a ser otra diferente ala que era anteriormente. Dentro de esos cambios mencionan de manera especial la correlación existente entre la tristeza y la ideación suicida aunque señalan que no todas las personas que se quitan la vida están deprimidas, ni las personas deprimidas se suicidan todas resaltan que la depresión es una enfermedad que conlleva al suicidio y es tomada en cuenta como factor de riesgo en aquellas personas que sufren de depresiones graves.

Coryell y Yuong (2005) refieren que una gran mayoría de los pacientes que se quitaron la vida eran aquellos que eran impacientes e intolerantes y que tenían una historia anterior de suicidios, es decir, que las personas que habían tenido intentos de suicidio anteriormente, muy posiblemente lo volverían a hacer, haciendo de la ideación suicida una tendencia constante para ellos De igual manera expresaron que los individuos que tenían más tendencia al suicidio tenían altos niveles de desesperanza, llegando a la conclusión que una taza global de índices de suicidios parece ser el predictor más importante de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Sokero, Mevartin, Rytsala, Lenkela y Lestela Mielonen (2005) refieren que existen varios factores de riesgo como perder a un amigo, tener tendencias de suicidio y el curso que haya tenido la depresión eran los predictores más importantes. Las tentativas de suicidio se asocian fuertemente a la presencia de síntomas depresivos graves y son predictivas por una pérdida, antecedentes de suicidio o así mismo antecedentes de depresión.

La referencia que hacen Oquendo, Brent, Birmaher, Greenhill, Kolko, Stanley, Zelazny, Burke, Firinciogullari, Ellis y Mann, (2005) Es que existe una comorbilidad frecuente del trastorno de estrés post traumático y el trastorno depresivo mayor, y su co –ocurrencia con el comportamiento suicida, sin discriminar el numero de intentos, si es ideación o suicidio consumado. Y existe un índice aún más alto cuando existe un trastorno de personalidad cluster B lo cual parece ser un factor de riesgo muy alto de suicidio en pacientes que hayan sufrido por lo menos un episodio depresivo importante.

Según Tapia (2004), una importante muestra de casos, la mayor reportada en los sistemas de seguridad social de estados unidos, en un periodo de tres años, de la cual poco más del 33% de pacientes ambulatorios recibidos en un hospital corresponde a trastornos depresivos, los cuales cerca de 5% presentan conducta suicida o antecedentes de la misma.

Tapia refiere que en cuanto a la relación entre los cuadros depresivos y la conducta suicida se confirma la estrecha relación entre ambos, ya que el 4.68% del total de pacientes mostraron antecedentes o conducta suicida mientras que los depresivos la presentaron en 14%.

Según refiere Tapia (2004), uno de los aspectos relevantes a considerar es el importante incremento del comportamiento suicida en menores de edad, principalmente adolescentes, los cuales, por otra parte, son los más susceptibles a presentar complicaciones médicas por sus intentos suicidas. Respecto a los menores, debemos considerar que de antemano conocemos los factores facilitadores que así como lo refiere Tapias son la presencia de tensión premenstrual en los intentos suicidas pero que no explicaría el incremento de casos. Respecto a esta variable confirmamos los estudios realizados con anterioridad de que los cuadros depresivos son más frecuentes en la etapa del climaterio, pero los que implican comportamiento suicida lo son más en la etapa de adulto joven, lo que en nuestra muestra, sumado a la frecuencia, en menores de edad tenemos que más de el 70% de los suicidas son jóvenes.

Por otra parte, los datos obtenidos en el estudio realizado por Tapia (2004), confirman las consideraciones acerca de la estrecha relación entre un trastorno psicopatológico, predominantemente depresivo y la conducta suicida, observable en el hecho en que este país sigue siendo uno de los países que muestran tendencia suicidógena más baja tanto en el continente, teniendo factores socioculturales protectores que solo se rompen durante la presentación de un trastorno mental, como hemos referido con anterioridad y que probablemente en los menores y jóvenes muestra una tendencia a mostrar mayor severidad basándose en fenómenos de aculturación y cambio social.

CONCLUSIONES

Cuando una persona inicia la etapa de la adolescencia tiene muchos cambios físicos como emocionales a los cuales, por obvias razones, no está acostumbrado y por lo cual le es difícil adaptarse. Para una adaptación positiva es pertinente que el adolescente genere ciertas habilidades de afrontamiento, incluyendo la comunicación al interior de la estructura familiar y con sus pares lo cual le permitirá sentirse seguro al interior de cualquier contexto. Es importante que desde la adolescencia temprana, las personas empiezan a tomar sus decisiones, se vuelvan personas autónomas y desarrollen un grado de responsabilidad correspondientes a la edad y el contexto, puesto que desde ahí ellos empezaran a forjar su propia identidad lo cual los llevará a ser asertivos y consecuentes con sus actos evitando frustraciones y pensamientos erróneos sobre ellos mismos que más tarde puede desencadenar una depresión.

Entre los factores de riesgo de la depresión se encuentra la pérdida de un ser querido, estrés constante, baja tolerancia a la frustración y antecedentes de maltrato infantil entre otros. Es por esto que lo busca radica en generar un ambiente y contexto familiar armonioso que disminuya la vulnerabilidad en los adolescentes. La importancia de identificar los síntomas en un adolescente radica en buscar ayuda oportuna evitando así que la depresión desencadene pensamientos suicidas como regularmente ocurre.

Aunque no todas las personas que sufren depresión tienen conductas o pensamientos suicidas, ni todas las que cometen suicidio o hacen intentos de quitarse la vida han tenido trastornos depresivos es importante resaltar que la depresión juega un papel muy importante dentro de los factores de vulnerabilidad. Es por esto que lo más recomendable es intervenir a tiempo la depresión, reduciendo las probabilidades de conductas suicidas por medio de la generación de habilidades como la solución de

problemas, un alto grado de tolerancia a la frustración y una buena autoestima que le permita al adolescente concientizarse que su vida vale mucho y que siempre existe una solución, especialmente si se cuenta con redes de apoyo cercanas.

Si bien es cierto que la depresión ha sido uno de los trastornos de ánimo más frecuentes, es importante contextualizarse y adquirir conocimientos acerca del incremento que esta ha tenido en los últimos años, especialmente en población adolescente. Según las estadísticas las tasas de suicidio también han incrementado en la misma población; existen muchos adolescentes que no piensan en su estado de ánimo como algo importante y son los que finalmente desarrollan una depresión mayor convirtiéndose esta en el factor desencadenante de la muerte por no haber sido tomada en cuenta a tiempo y por consiguiente, no haber sido tratada. Es por esto que resaltamos una y otra vez en el artículo los factores de vulnerabilidad y las causas lo cual puede disminuir el desarrollo de la depresión y por consiguiente conductas inapropiadas en adolescentes con el fin de disminuir progresivamente la depresión en adolescentes y el suicidio.

Referencias

Academia americana de psiquiatría para el niño y el adolescente. [disponible en red] Recuperado el 22 de Mayo de 2005 de www.psiquiatria.com

Alcaldía mayor de Bogotá D. C. y Secretaria de Gobierno (2001).

Investigación sobre el suicidio en Bogotá. Bogotá

Barlow, D., Durand, M., (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*.

Mexico: Internacional ThompsonEditores.

Calderón, G., (1994). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*.

Mexico:Editorial Trillas.

Coryell William Young, Elizabeth (2005). Predictores clínicos del suicidio en el trastorno depresivo mayor primario. *Journal of psychiatry*. Vol. 65, No.4, 412 – 417

A.P.A , (2002) DSM IV – TR , manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2002). *Criterios diagnosticos*. Barcelona: Masson.

Fornos, I., Mika, V., Bayles, B., Serrano, A., Jiménez, R., Villareal. (2005). A qualitative study of mexican american adolescents and depresión. *Journal of school health*. Vol. 75, 5, 162 – 167

Goldman, H., (2001). *Psiquiatria general*. México: Editorial el manual moderno.

Goodwin, R., Eaton, W. (2005) . Asthma, suicidal ideation and suicide attempts: findings from the baltimore epidemiologic catchment area follow up. *Journal of public health*. Vol 95, 4, 717 – 721

Kenney, S., Anderson, M., Harmon, L., Michaels, T. (2004) *Getting inside depression and suicide ideation*. Vol.35, 10, 42 -44

National Institute of mental health, NIMH. [disponible en red] Recuperado el 17 de Mayo a de 2005 de www.psiquiatria.com

Oquendo, M., Brent, A., Birmaher, B., Greenhill, L., Stanley, B., Zelasnie, J., Burke, A., Firinciogullari, S., Mann, J., (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with mayor depression: Factory mediating the association with suicidal behavioral. *The American journal psyquiatry*. Vol. 162, 560 – 566

Perez Barreto, Sergio Andrés. (2005). Tratamiento para la depresión. *Revista Futuro*, Vol 3. No. 9

Ramirez, M. (1996) *Familia, estilos de afrontamiento, depresión y suicidio en la adolescencia*. Tesis de grado para optar por el título de psicólogo. Bogotá: Universidad de Los Andes.

Rhoden, E. (2005) Therapy for depression in adolescents. *The nurse practitioner*. Vol. 30, 1

Rodriguez, S. (2000) Relación entre el conflicto de rol de genero en hombres y problemas de la depresión, baja autoestima y hostilidad. Tesis de Grado para optar por el título de psicólogo. Bogota: Universidad de Los Andes

Sokero, L., Mevartin, T., Rytsala, A., Lenkela, S., Lestela-Mielonen, R. (2005) *The British journal of psychiatry*. Vol. 186: 314- 318.

Tapia, H. (2004) Depresión mayor y suicidio en el hospital de tercer nivel del instituto de seguridad social de los trabajadores del estado. *Revista de Neurología, neurocirugía y psiquiatría*. Vol. 57 , 2, 68-22. (Recuperado el 13 de Mayo de la base de datos de Ebscohost.

Vallejo, J. (2000) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson

Vallejo, J., Pascual, C., (1991). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores.