

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES

Angie Gil Millán

Universidad de La Sabana

Resumen

Este artículo, hace una revisión teórica del tema de suicidio en los adolescentes de investigaciones realizadas en diferentes países, teniendo en cuenta distintas variables: características propias del individuo, su familia y su cultura. Estas se tienen en cuenta como factores de riesgo del suicidio, de los cuales se enfatiza en este artículo para tener también una mirada general. Se nombran conceptos básicos y características de comportamientos de adolescentes que estén contemplando la idea de cometerlo, lo han intentado o han tomado la decisión de realizarlo. Los aspectos importantes que se revisan con profundidad son: Factores de riesgo ambientales, familiares, culturales, biológicos, genéticos y sociodemográficos; psicopatologías del adolescente, abuso y consumo de sustancias y alcohol, situaciones familiares y eventos vitales y adversos.

Palabras claves: Suicidio, adolescencia, factores de riesgo, ideas suicidas, psicopatologías, abuso de sustancias, características de comportamiento, familia, cultura, eventos adversos.

Abstract

This article is about a theoretical review of the suicide of the adolescents from researches made in different countries. Include several variables such as the individual, family and culture characteristics in different levels. These are perceived as risk factors that suicide has, and will have special emphasis in this article. To have a general view of suicide, some basic concepts and behavioral characteristics of the adolescents that have this idea, or have attempted suicide previously and have already taken this decision, will be named. The principal aspects reviewed are: environmental factors, psychopathologies within the adolescents, substance use and abuse, biological and genetic factors, and, family, vital and adverse events in adolescent's life.

Key words: Suicide, Adolescence, risk factors, suicide ideas, psychopathologies, substance abuse, behavioral characteristics, family, culture, adverse events.

Los factores de riesgo del suicidio deben ser un tema que requiere de especial atención en la adolescencia ya que es la tercera causa de muerte mas frecuente en edades de 15 a 24 años y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años (Collins, 2004). El suicidio involucra a su vez factores de riesgo que contribuyen a que este se lleve a cabo y para que éste se tenga como opción de solución a un conflicto interno o al estrés del individuo. La vida es lo que prevalece en cualquier tipo de circunstancia, y es por esto que el suicidio debe tener urgente atención para prevenirse, así como deben ser tratados los factores de riesgo que este involucra.

Según Mondragón y otros (1998) en su artículo de La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol, el suicidio se puede dividir en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida. Esta última categoría, la ideación suicida, ha sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Además, hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o alcohol que se revisará posteriormente.

Para hacer una mirada global de los factores de riesgo del suicidio en los adolescentes, se puede mencionar un estudio acerca de los factores asociados a intentos suicidas repetidos en adolescentes (Vaida J, y Steinbeck 2000), se buscó determinar los factores de riesgo de mayor potencialidad que estuvieran relacionados con estos intentos. Se realizó una revisión a pacientes de 13 a 20 años de edad que se habían presentado al departamento de urgencias después de intentos suicidas. Los sujetos fueron identificados utilizando la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9). Se investigó a cerca de parámetros demográficos, condiciones médicas crónicas o enfermedades psiquiátricas, desorden de abuso de sustancias, historia de abuso sexual e intentos previos suicidas. Se encontró que el 87% de pacientes habían tenido intentos suicidas con sobredosis; 76% de todos los sujetos con este tipo de intentos habían presentado un conflicto

o un rompimiento de relaciones afectivas; Por lo menos un desorden psiquiátrico se presentó en el 76% de los sujetos; los desordenes mas diagnosticados fueron depresión con un 45.5% , abuso de drogas de un 34% y abuso de alcohol de un 27%. Se concluyó en el estudio que, la mayoría de los pacientes que presentaban las diferentes historias tales como abuso de sustancias y alcohol, desórdenes psicóticos, y condiciones médicas o psiquiátricas crónicas, predecían la repetición de estos intentos después del transcurso aproximado de 12 meses. (Vaida, 2000)

Características y Señales Básicas que Pueden Indicar Ideas Suicidas en un Adolescente

Es importante tener en cuenta algunas características o señales básicas para identificar comportamientos de una persona que muy posiblemente este contemplando esta idea, para esto se mencionarán los comportamientos revisados por Collins (1999). Estos pueden ser: cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa, uso de drogas o de bebidas alcohólicas, abandono fuera de lo común en su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar, quejas frecuentes de síntomas físicos, como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven, pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones y poca tolerancia de los elogios o los premios. También existen quejas de ser una persona mala o de sentirse abominable, lanzar indirectas como: “no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez”; poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc; ponerse muy contento después de un período de depresión, tener síntomas de psicosis, etc. (Collins, 1999)

Revisando lo mencionado por Pérez Barrero, fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría (2001), se ve la coincidencia con las características

mencionadas anteriormente, las que presentan estas personas en riesgo de cometer suicidio. El menciona las siguientes: padecer enfermedad psiquiátrica previa, antecedentes de intentos de suicidio, inadaptación social, inadaptación laboral, inadaptación familiar, provenir de una familia psiquiátrica o tener familiares psiquiátricos, provenir de una familia de suicidas o sobrevivientes de suicidios. Este autor también hace una revisión científica a los mitos que las personas tienen sobre el suicidio. Estos mitos generalmente son: 'El que se quiere matar no lo dice', 'El que lo dice no lo hace', 'Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde', 'El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer', 'Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida', 'Todo el que se suicida está deprimido', 'Todo el que se suicida es un enfermo mental', 'El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso', etc. Ante estos mitos, Pérez Barrero hace una retroalimentación indicando una lista de aspectos desde un punto de vista científico, estos son: De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida; Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría; Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida; Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado; Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención; Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos

del carácter, etc; Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre; Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal que consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos; Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos; El homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra si mismo, incluso el suicidio se consideró el homicidio de si mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida- suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo; El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. “Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida”. (Pérez, 2001, p 318)

Pérez Barrero (1999) nombra los siguientes factores de riesgo básicos: Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional; Estar más expuestos a situaciones familiares adversos que condicionan una niñez infeliz; Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima,

impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva; Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales. (Pérez, 1999)

También vale la pena tener en cuenta el aporte que hace Borowsky, donde menciona que en 1997 el suicidio era la tercera causa de muerte en edades de 10 a 19 años de jóvenes de los estados unidos. El propósito de su estudio era identificar los factores de riesgo en intentos de suicidio en adolescentes negros, hispanos, y hombres y mujeres blancos. En los factores de riesgo de intentos suicidas, se encontraron víctimas de violencia, uso y abuso de alcohol, de marihuana y problemas en la escuela. Adicionalmente se encontraron, síntomas somáticos, intentos suicidas y completados de amigos, otros usos de sustancias ilícitas, y una historia de tratamiento de enfermedades mentales, donde estos predecían intentos suicidas en adolescentes negros, hispanos y blancos. (Borowsky, 2001)

A continuación se hará una clasificación de los diferentes factores riesgo, haciendo una revisión a diferentes artículos que den cuenta de este tema.

Factores Ambientales: Culturales y Sociodemográficos

Las dificultades socioeconómicas, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen. (Pérez, 1996)

En cuanto a variables de género y condiciones civiles, Hoyer & Lund (1993) encontraron que la mujeres que estaban casadas tenían un bajo riesgo de cometer suicidio ya que el matrimonio puede ser un mejor sistema de apoyo durante un estado de estrés agudo como también un rompimiento de matrimonio sería un factor precipitante. También se encontró que la pérdida de los padres antes de los 11 años de edad aparecía como factor de vulnerabilidad ante actos de

suicidio en edades futuras. Otro factor de riesgo ambiental considerado importante es la historia de abuso físico o sexual, ya que los adolescentes que han sido más expuestos a maltrato tienen un mayor riesgo de cometer este acto. La desesperanza es otro aspecto que puede predecir el riesgo de cometer suicidio, como también una baja autoestima lo puede incrementar. Las creencias religiosas acerca del desapruebo social, las habilidades de sobre vivencia, etc; Estos sentimientos de responsabilidad hacia la familia han sido encontrados como factores protectores. (Oquendo, 1997)

En cuanto a los factores relacionados con la cultura, estos adquieren cierta importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, y también se hace patente entre los inmigrantes. Utilizando el término “shock cultural” nombrado por Pérez (1996) para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, se nombran las siguientes características: Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura, sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás; sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura; confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura; sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse; sentimientos de incapacidad de adaptación a la nueva cultura. Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal. Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o

departamentos a las capitales. Estas mudanzas o migraciones internas, pueden ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno. (Pérez, 1996)

En el trabajo de Catalina González a cerca de los Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios, se analiza la ideación suicida en los estudiantes universitarios, así como las variables asociadas y las predictoras. Los datos corresponden a dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada (generación 93 y generación 95), para hacer el análisis se consideró también el sexo de los alumnos. La juventud es una etapa de consolidación y de cristalización de la elección vocacional. La función fundamental que se plantea a los jóvenes de hoy en día, en su transición a la edad adulta, es la de definir sus relaciones con la sociedad mediante su relación personal y laboral. La mayoría de los jóvenes, descubren que le temen al futuro, por la soledad, la responsabilidad, el error y el fracaso, y por saber que tendrán que hacerse cargo de sí mismos. El estrés que se genera en esta etapa del desarrollo, la forma de enfrentarlo, el dilema que plantea la esperanza y la desesperanza y su falta de autoestima, puede llevarlos a autodestruirse por la drogadicción, la delincuencia, la sexualidad desprotegida, los accidentes y hasta el suicidio. La ideación suicida, considerada por Garrison y cols, como "tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte", ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado. Asimismo, la ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima; con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales. En México, 47% de los estudiantes de educación media y media superior presentaron por lo menos un síntoma de ideación, 17% pensó en quitarse la vida y 10% contestó afirmativamente a los cuatro síntomas estudiados. (González, 1998)

La adolescencia, es un fenómeno sociocultural más que biológico; es un periodo de moratoria. También se considera como una etapa de consolidación que corresponde a la cristalización de la elección vocacional, cuando el joven estudiante se prepara más para convertirse en profesionista y obtener, posteriormente, mejores posibilidades laborales ya que los cambios tecnológicos y la complejidad de la sociedad requieren de una preparación superior para poder convertirse en profesionales y trabajadores efectivos. La función fundamental que se le plantea a los jóvenes en su transición a la edad adulta, es la de definir sus relaciones con la sociedad mediante la relación personal y laboral.

En su paso hacia la edad adulta, el joven tiene que hacer las paces con la imagen del padre, y la joven con la imagen de la madre. Tiene que encauzar sus fuerzas para delimitar los contornos de su personalidad. La identidad sexual, masculina o femenina, adquiere entonces su forma definitiva e irreversible. La estabilización de la autoestima constituye un logro importante para el reconocimiento mutuo que implica la identidad en la interacción entre el individuo y su entorno. Sin embargo, en la mayoría de los jóvenes, hasta en aquellos que todavía tienen el apoyo de su familia, sienten temor a la soledad, a la responsabilidad, al error y al fracaso; que aparecen con la perspectiva de que tendrán que hacerse cargo de sí mismos en un futuro cercano. "La esperanza de los jóvenes depende de la madurez de los modelos adultos". La situación histórica de fin de siglo trae consigo una maduración difícil, ya que se tienen que decidir los proyectos de vida: afectivos y profesionales, frente a un futuro lleno de incertidumbre, con múltiples cambios espectaculares. El estrés que genera esta situación socio histórica, las formas de enfrentarlas, el dilema entre la esperanza y la desesperanza, pueden llevar a la forma más dramática de autodestrucción: drogadicción, delincuencia, sexualidad desprotegida, accidentes y hasta suicidios.

Situación Familiar y Eventos Vitales Adversos

Según Pérez Barrero (1996), la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues se ven comunes: presencia de padres con trastornos mentales; consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros; antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento; violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual; pobre comunicación entre los integrantes de la familia; dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren; frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad; separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio; frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas; rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes; situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros; dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura; autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores; Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas; incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales; Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés; exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes; llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante; si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza; incapacidad para abordar los temas

relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia. Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. (Pérez, 2001)

La ideación suicida, ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado. Según González (1998), Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, Lann. definen la ideación suicida como "tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte". Es considerada como un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno, asociado frecuentemente con desesperanza y baja autoestima, con dificultades para resolver problemas interpersonales, con el fracaso escolar o laboral, el rechazo y los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres.(González, 1998)

La adolescencia corresponde a un periodo de transición que requiere de la adaptación, la capacidad y las habilidades de cambio. Para lograr una identificación con la cultura adolescente, volverse autónomo y empezar una diferenciación y separación de los padres, algunos adolescentes escogen el uso de drogas o sustancias, empezando con el uso de cigarrillo, bebidas alcohólicas, cannabis, drogas como opiáceos, etc. La mayor proporción de estos adolescentes cometen suicidio, el cual es la principal causa de muerte durante la adolescencia en algunos países Europeos. (Bolognini, 2003)

Otros factores de riesgo como son los eventos significativos con un gran componente afectivo como el enamoramiento de adolescentes del mismo sexo, muestran estudios anteriores que los jóvenes gays y lesbianas están más predispuestos a cometer intentos de suicidio que los adolescentes heterosexuales, y se estima que aproximadamente el 30% de intentos de suicidio han sido completados. (Borowsky, 2001)

Este riesgo se observa sobretodo en los hombres homosexuales. En el estudio de Borowsky de "intentos suicidas adolescentes: factores de riesgo y de protección", tener la experiencia de

una atracción romántica del mismo sexo, puede predecir intentos de suicidio en los jóvenes de las diferentes razas y grupos étnicos. (Borowsky, 2001)

Psicopatología Del Adolescente que Constituye una Predisposición a Cometer Suicidio

El umbral para las conductas suicidas en pacientes depresivos se ve influenciado por factores tales como genéticos, biológicos o ambientales. El suicidio en la historia familiar puede ser un facilitador de esta conducta, ya que éste se ve mas debido a las influencias genéticas. También, condiciones conjuntas y relacionadas que incrementan el riesgo de suicidio incluyen, abuso de alcohol, abuso de sustancias y desordenes de personalidad como ha sido mencionado anteriormente con otros autores. Cornelious (1995) comparó el riesgo de suicidio en depresión mayor con el uso y abuso de alcohol, y cada una de estas variables también fueron estudiadas por separado, y se encontró que cuando el alcoholismo y la depresión se presentaban contingentemente, el riesgo de cometer suicidio incrementaría así como también lo haría cuando la presencia del desorden de personalidad antisocial fuera controlada. (Oquendo, 1997)

Según Pérez (2001) Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de enfermedades como: Depresión, trastornos de Ansiedad, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno Esquizofrénico. En lo siguiente se describirán alguno de los trastornos, lo cual facilita el entendimiento de las conductas de estos jóvenes así como su detección de los sutiles cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos. (Pérez, 2001)

Teniendo en cuenta que la depresión es lo que normalmente precede al suicidio, y que es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya

sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima, se puede apreciar una serie de síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos, tales como: Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio; pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente le interesaban; trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia; inquietud, falta de concentración, irritabilidad, disforia, malhumor, pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas, sentimientos de cansancio y agotamiento, preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio; manifestar deseos de morir, sentirse físicamente enfermo, sin tener una enfermedad orgánica alguna; incremento del uso del alcohol y drogas, falta de apetito o apetito exagerado, conducta rebelde sin una causa que lo determine; expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida; planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir, llanto sin motivo aparente; aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares, pesimismo, desesperanza y culpabilidad. (Pérez, 2001)

Vale la pena revisar lo que considera Mondragón, y otros (1998) de la clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R, donde se verá la concordancia de los resultados de las investigaciones nombradas en este artículo con lo que ésta considera para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor. Se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto: ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días; marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias; disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%), insomnio o hipersomnia diarias, agitación psíquica y motora o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía diariamente, sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa,

disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día; pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio. Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias. Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares. Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes: Se manifiestan con más frecuencia irritables que tristes; Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas; los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio; tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos; muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto; pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

En los trastornos de ansiedad diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas. Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes: manifestaciones físicas que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y

pies, etc; manifestaciones psicológicas entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse; manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado. (Mondragón y otros, 1998)

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos. Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol, como ha sido nombrado a lo largo del artículo, constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos. (Pérez, 2001)

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo. (Pérez, 2001)

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias. En el trastorno Disocial de la Personalidad se ve otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños auto infligidos. En el Trastorno esquizofrénico se señala

como una enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente “aparentemente normal”. (Pérez, 2001)

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante. (Pérez, 2001)

Rasgos de Personalidad Atribuidos Al Suicida

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son: Inestabilidad del ánimo; conducta agresiva, conducta disocial, elevada impulsividad, rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta, pobres habilidades para resolver problemas, incapacidad para pensar realistamente, fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad, sentimientos de frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades, elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables, sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas; vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente, relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos, antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio, recuentes sentimientos de desamparo y desesperanza, frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica. Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas. Se enunciarán seguidamente aquellas situaciones

en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida: a) Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad; b) Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida; c) Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; d) Muerte de un ser querido u otra persona significativa; e) Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; f) Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente; g) Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; h) Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones. I) Situación de tortura o victimización; j) Fracaso en el desempeño escolar; k) Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes; l) Embarazo no deseado y embarazo oculto, Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual, padecer una enfermedad física grave, ser víctima de desastres naturales, violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares, estar sometido a amenazas de muerte o golpizas, estar involucrado en una situación de trájín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar); m) Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables. (Pérez, 2001)

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente

afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis. (Pérez 1996)

Consumo y Abuso De Sustancias y Alcohol

En 1986, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por medio de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, llevó a cabo el proyecto: "Ideación suicida, desesperanza, depresión e intentos previos de suicidio en pacientes depresivos y pacientes con consumo de alcohol" (Terroba y Saltijeral, 1986). En ella se aborda la problemática de la ideación suicida en relación con la desesperanza y al abuso de alcohol y drogas en la población del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". A todos los pacientes de los tres niveles de dicho hospital: hospitalización, urgencias y consulta externa, se les aplicó la Escala de Desesperanza y la de Ideación Suicida de Beck, así como un cuestionario sobre el consumo de alcohol y drogas. El presente estudio es un desarrollo de este proyecto. Se compararon los casos de ideación suicida con los controles, en diferentes variables relacionadas con la ideación suicida, aplicando el análisis de regresión logística, con el objeto de encontrar variables predictoras de este problema. (Mondragón, 1998)

Con respecto al uso de drogas y alcohol, sólo se encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el diagnóstico de alcohol de por vida y en problemas sociales de por vida por el consumo de alcohol. El análisis simple de la variable "desesperanza" revela que el riesgo crece según se avanza en la escala. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida. Los resultados del modelo de regresión logística múltiple indican que el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, con menor riesgo entre los y en las divorciadas o separadas. Asimismo, el riesgo es tres veces mayor en los pacientes que presentan

un patrón de consumo de alcohol consuetudinario, mientras que entre los que presentan mayor desesperanza el riesgo de ideación suicida es casi siete veces mayor. Los resultados que se obtuvieron de este proyecto son de gran importancia, ya que permiten plantear acciones de salud pública para esta población, que ha sido muy poco estudiada. Debido a la naturaleza transversal del trabajo, no se puede afirmar que los factores anteriores causen la ideación suicida, pero es necesario hacer más investigaciones al respecto. (Mondragón, 1998)

El estudio de las tentativas de suicidio de Bolognini, (2002) forma parte de un vasto proyecto de investigación sobre las adicciones durante la adolescencia y la juventud. La población consta de 228 sujetos de 14 a 25 años, (107 consumidores de drogas y 121 como grupo control, Suiza francoparlante. Los sujetos fueron evaluados con el Mini International Neuro psychiatry Interview (que permite establecer un diagnóstico DSM-IV) administrado bajo la forma de entrevista semi estructurada; y dos autocuestionarios de Zuckermann.. El 31% de los adictos hombres y el 42% de las adictas mujeres de la población estudiada habían intentado uno o varios intentos de suicidio. El resultado de la regresión logística muestra que para los hombres, el factor significativo que explica los intentos de suicidio es la dependencia emocional, mientras que para las mujeres sería la búsqueda de sensaciones. (Bolognini, 2002)

Factores Biológicos

Aunque existe un cierto conocimiento de los factores psicosociales asociados al suicidio adolescente, poco se sabe sobre los factores neurobiológicos. La proteína kinasa C (PKC) es una enzima implicada en muchas funciones fisiológicas del cerebro y ha estado implicada en la patogénesis de los trastornos del estado del ánimo y es también un objetivo para el desarrollo de acciones terapéuticas. Al investigar el cerebro de 34 adolescentes fallecidos no quedó claro, sin embargo, si la falta de la enzima, la proteína kinasa C (PKC), fue una causa o un efecto del estado mental que condujo al suicidio. La mitad de estos jóvenes cometió suicidio, pero el resto

murió de otras causas. Según los investigadores las concentraciones menores de la enzima podrían estar vinculadas a anomalías en la interacción del cerebro con las glándulas hormonales. (Ghashavam, 2004)

Para Ghanshyam Pandeym (2004), uno de los autores del estudio, la menor concentración de la enzima es un hallazgo importante que no sólo ayudará a entender mejor el perfil neurobiológico de los adolescentes suicidas, sino a fomentar nuevas formas de intervención terapéutica. El índice de suicidio ha aumentado notablemente entre los adolescentes del sexo masculino en las últimas dos décadas, según el estudio (Ghanshyam .2004)

Factores Genéticos

Una clara influencia en el suicidio ha sido establecido en el presente estudio: los sistemas serotoninérgicos y noradrenalinérgicos parecen jugar un papel importante en el suicidio, desórdenes de ánimo, y alcoholismo. En la investigación se habla de genes que posiblemente pueden estar involucrados en el suicidio y su vínculo con la depresión mayor y el consumo de alcohol. Los genes actúan en varias encimas dentro de los sistemas nombrados anteriormente. Estos genes pueden formar un espectro en el mismo proceso de enfermedad asociado con las variadas manifestación do los genes responsables. (Mitchell, 2000)

CONCLUSIONES

Para concluir los factores de riesgo del suicidio son un tema especial atención en la adolescencia ya que como se indicó, es la tercera causa de muerte mas frecuente en edades de 15 a 24 años y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años Pérez (1996)

Básicamente, en cuanto a los intentos suicidas, se encontró en la investigación de Vaida (2000) que la mayoría de los pacientes que presentaban las diferentes historias tales como abuso de sustancias y alcohol, desórdenes psicóticos, y condiciones médicas o psiquiátricas crónicas, predecían la repetición de estos intentos después del transcurso aproximado de 12 meses. Lo cual

es importante tener en cuenta ya que esto indica que después de que un adolescente que halla intentado suicidio debe seguir un tratamiento adecuado para prevenir un nuevo intento.

Vale la pena tener en cuenta como información general a cerca del suicidio que el 87% de pacientes habían tenido intentos suicidas con sobredosis; 76% de todos los sujetos con este tipo de intentos habían presentado un conflicto o un rompimiento de relaciones afectivas; Por lo menos un desorden psiquiátrico se presentó en el 76% de los sujetos; los desordenes mas diagnosticados fueron depresión con un 45.5% , abuso de drogas de un 34% y abuso de alcohol de un 27%. En este estudio (Vaida, 2000) se concluyó que, la mayoría de los pacientes que presentaban las diferentes historias tales como abuso de sustancias y alcohol, desórdenes psicóticos, y condiciones médicas o psiquiátricas crónicas, predecían la repetición de estos intentos después del transcurso aproximado de 12 meses. (Vaida, 2000)

Las características o señales básicas para identificar comportamientos de una persona que muy posiblemente este contemplando esta idea. Estos pueden ser: cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa, uso de drogas o de bebidas alcohólicas, abandono fuera de lo común en su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar, quejas frecuentes de síntomas físicos, como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven, pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones y poca tolerancia de los elogios o los premios. También existen quejas de ser una persona mala o de sentirse abominable, lanzar indirectas como: “no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez”; poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su

cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc; ponerse muy contento después de un período de depresión, tener síntomas de psicosis, etc. (Pérez, 2001)

Otro factor de riesgo importante es el componente afectivo que algunos eventos tienen para los adolescentes como el enamoramiento de adolescentes del mismo sexo, muestran estudios anteriores que los jóvenes gays y lesbianas están más predispuestos a cometer intentos de suicidio que los adolescentes heterosexuales, y se estima que aproximadamente el 30% de intentos de suicidio han sido completados. (Borowsky, 2001)

Se debe tener en cuenta que el estado usual que precede al suicidio es el estado de depresión mayor con el uso y abuso de alcohol, si el alcoholismo y la depresión se presentaban contingentemente, el riesgo de cometer suicidio incrementaría así como también lo haría en presencia de un trastorno de personalidad (Oquendo, 1997)

Referencias Bibliográficas

- Bolognini M, Laget J, Plancherel B, Stéphan P, Corcos, M, Halfon O. (2002) *Drug use and suicide attempts: the role of personality factors*. Psychology and Behavioral Sciences Collection Vol. 37 Issue 3, p337, 20p
- Borowsky, Iris Wagman, Ireland, Marjorie, Resnick, Michael D., Pediatrics. (2001) *Adolescent suicide attempts: risk and protectors*. Psychology and Behavioral Sciences Collection. Vol. 107. Issue 3.
- Collins H. (1999). *El suicidio en los adolescentes*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). No 3, 7/04
- Ghanshyam N., Pandey; Yogesh D; Hooriyah S. Rizavi; Xinguo Ren; Robert R. Conley. (2004) *Decreased Catalytic Activity and Expression of Protein Kinase C Isozymes in Teenage Suicide Victims*. Archives of general psychiatry. Vol 61. No.7ol.
- Gonzalez F, García C, Guadalupe A, Medina M. (1998) *Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios*. Psychology and Behavioral Sciences Collection. Vol. 21 Issue 3, p1, 9p, 5 charts.
- Mitchell B. Mitchell D. Berk M. (2000) *The role of genetics in suicide and the link With major depression and alcoholism*. Journal of psychiatry in clinical practice; Vol. 4 Issue 4, p275, 6p
- Mondragón L, Saltijeral M, Borges G, Bimbela A. (1998) *La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Psychology and Behavioral Sciences Collection; sep98, Vol. 21 Issue 5, p20, 8p, 5
- Oquendo, Malone K, Mann J, (1997) *Suicide: risk factors and prevention in refractory major depression*. Depression and anxiety 5:202–211
- Pérez S. (1996) *Factores de riesgo suicida en la adolescencia*. Rev. Psiquiátrica del Uruguay, Año L.X. N 11 (4) :318-25-

Pérez S. (2001) *Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos.* Red Mundial de Suicidiólogos. http://www.redsuicidiologos.com.ar/art_los_mitos_sobre_el_suic.htm

Perez S. (2001). *La persona con riesgo suicida y su manejo.* Red Mundial de Suicidiólogos. http://www.redsuicidiologos.com.ar/art_los_mitos_sobre_el_suic.htm

Vaida J. Steinbeck K. (2000) *Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol 34, Issue 3, p437, 9p