

Adolescencia

Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo

Dr. Oscar Sánchez Guerrero*

Resumen

El suicidio del adolescente es una conducta de difícil evaluación por los prejuicios culturales que existen, en el público en general y entre profesionales de salud; sin embargo este fenómeno debe estudiarse tomando en cuenta diversos factores biológicos, sociales, psicológicos, cognitivos. Además debe evaluarse desde una perspectiva de desarrollo integral, como un bloqueo de este desarrollo. Se plantean algunos de estos factores de desarrollo que intervienen y algunos rasgos de personalidad que favorecen la conducta del suicidio del adolescente. Se hace énfasis en la necesidad de acciones preventivas, pues no hay suficiente infraestructura de atención en este grupo de edad.

Palabras clave: Suicidio del adolescente, desarrollo integral, factores biológicos, sociales, psicológicos, cognitivos.

El suicidio es una conducta humana universal. La historia y la literatura están repletas con ejemplos de suicidio. Los filósofos han debatido los méritos del suicidio desde los antiguos griegos y los médicos modernos están discutiendo la sabiduría del suicidio asistido entre los pacientes en fase terminal.

El suicidio es una conducta casi específicamente humana, tan humana como cualquier otra, pero frecuentemente evaluada con el prejuicio religioso - cultural como una conducta negativa y pecaminosa. En el caso de niños y adolescentes, esta conducta tiene implicaciones sobre el momento cronológico en que se efectúa, que es el principio de la vida, cuando al individuo le falta experiencia. De ahí las concepciones negativas con que generalmente se aprecia el problema.

Por lo anterior, es importante para su estudio partir de una base metodológica teórica que tome en cuenta el concepto de desarrollo integral del ser humano, a fin de entender esta

Abstract

The problem of suicide of adolescents is very difficult to evaluate because of cultural prejudices among the general population, and even among the professional group. Nevertheless it must be revised taking into account various risk factors, i.e. biological, social, psychological and cognitive. An Integral developmental perspective must be one of the factors evaluated, since suicide is a hindrance for this development. Some of these factors are revised, and some personality traits are discussed emphasizing the need for more preventive actions, given the fact that there is an insufficient infrastructure in our country to deal with these problems in this population group.

Key words: Youth suicide, integral development, social factors, biological, psychological, cognitive.

problemática como un bloqueo de la progresión del desarrollo hacia niveles más altos de funcionamiento global.

Los sociólogos que siguen los trabajos iniciales de Durkheim (1897-1951) han intentado explicar el suicidio como resultado de influencias sociales y culturales. Los psicólogos han examinado el suicidio desde la perspectiva del individuo, buscando las raíces de las tendencias suicidas, e intentando establecer tratamientos que hablen de la desesperanza individual. En las últimas tres décadas, la profesión médica ha desarrollado un papel preponderante, armada con drogas que se prescriben para tratar la depresión suicida, cuyas razones se hallan en la biología del cerebro. Sin embargo, se ha puesto poca atención a los aspectos del desarrollo en la conducta suicida.

Los psicólogos del desarrollo creen que el comportamiento depende al menos en parte de la madurez de los individuos y de su interacción con el medio. La madurez se compone de factores biológicos y psicológicos. El niño de seis años no puede pensar o reaccionar como el de 16, en parte porque carece de la experiencia de vida y en parte porque no ha adquirido las estructuras físicas para pensar como el de 16 años.

Hasta el último tercio del siglo 20 los psicólogos reconocieron que influyen en el comportamiento potentes fuerzas del desarrollo desde el nacimiento hasta la madurez, pero se

* Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Correspondencia: Dr. Oscar Sánchez Guerrero. Uxmal No. 45. Col. Narvarte. México 03020 D.F. Tel: 55 43 17 33
Recibido: junio, 2003. Aceptado: julio, 2003.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

ha puesto poca atención al desarrollo de individuos menores de 18 años. En la actualidad se ha abierto el campo a una multitud de estudios de cambios predecibles en la juventud, la adultez media y la vejez.

La mayor parte de datos de estos estudios indica que el examen del comportamiento desde una perspectiva de la vida en general permite tener una comprensión que no se alcanza de otra manera. De hecho, el comportamiento de los individuos no puede entenderse separadamente de los problemas, crisis, retos y eventos relacionados con la edad y la etapa del desarrollo por las que atraviesa el individuo.

Este examen indica que hay diferencias bien documentadas en el comportamiento suicida casi universales con relación a diferencias de edad. La tasa de suicidio difiere de un país a otro, y de hombres a mujeres, pero una de las mayores diferencias se refiere a la edad. Cada país muestra un incremento en la frecuencia de suicidios a través de la vida, y ese incremento es más dramático en varones que en mujeres; aumenta en forma progresiva hasta siete veces de los años adolescentes a los años de vejez en el caso de varones franceses.

La mayoría de los datos demográficos sobre la conducta autodestructiva en los diferentes grupos de edad corresponde a suicidios consumados. Se sabe menos acerca de los cambios relacionados con la edad en el intento suicida. Se sabe que el intento suicida se relaciona inversamente con la edad. Los jóvenes lo intentan más y lo completan menos, mientras que los mayores lo intentan menos y lo completan más.

Por debajo de los treinta años, de todos los intentos de suicidio son el 50 % del total, pero los datos demográficos más recientes muestran que en este grupo de edad sólo se consume el 33 % de todos los suicidios.

El desarrollo del individuo es un concepto amplio, clínico y teórico de gran importancia en el campo de la salud mental infantil. Hay muchos procesos involucrados que dificultan descubrir las líneas que mantienen la continuidad de la salud, así como las irregularidades de esa continuidad. Por tal motivo el estudio del comportamiento suicida requiere la integración de las perspectivas clínicas y de desarrollo para alcanzar a comprender mejor este fenómeno, el de esta conducta humana universal asociada a las influencias socioculturales más diversas.

Es necesario evitar la tendencia de simplificar, de moralizar o buscar una patología con objeto de conocer a las múltiples facetas que conforman y llevan al deseo de morir.

Una perspectiva basada en el desarrollo debe permitir comprender entre otros hechos, el incremento de la conducta suicida en los adolescentes al tener en cuenta el desequilibrio que tiene lugar al iniciarse la pubertad y los factores sociales que influyen en este comportamiento.

Tomando en consideración el desarrollo del individuo es necesario modificar ciertas ideas como la que afirma que los niveles más altos de desarrollo son más adaptativos (Piaget)¹. En efecto, la capacidad de tener más autoconocimiento y adaptación, puede usarse en formas más complejas de autodecepción y autodestrucción, como es el caso del comportamiento suicida, cuando existe psicopatología que genera pensamientos depresivos.

En 1976. Loevinger² plantea el concepto del desarrollo del ego que se adecúa muy bien a este tipo de investigación en suicidio, porque enfoca el control de impulsos, el sentido de culpa, y la complejidad de la respuesta emocional. Sin embargo, tal concepto sólo trata superficialmente los mecanismos inconscientes que generan los sentimientos de culpa y las respuestas emocionales.

Loevinger define al ego como el rasgo maestro alrededor del cual se construye la personalidad. Supone que cada persona tiene un marco de referencia que organiza sistemáticamente su experiencia y la que se tiene de los otros y define nueve maneras en que se agrupan estos marcos de referencia.

Dos de ellos, el preconformista y el conformista, por el nivel de desarrollo que alcanzan, son de interés para este escrito.

Los adolescentes preconformistas tienen una perspectiva concreta y egocéntrica de sí y de los otros; tienden a ser impulsivos y a tener relaciones interpersonales explotadoras. Al mejorar el desarrollo, son capaces de ver su entorno desde la perspectiva de las otras personas y alcanzan la capacidad de empatía.

Los adolescentes conformistas se interesan más en ser aceptados y frecuentemente expresan sus posiciones a través de estereotipos. Se ven a sí mismos, a través de los ojos de los otros, y muestran una mayor complejidad cognitiva.

Se supone que esa posición conformista, por la alta sensibilidad a la crítica por parte de otros, propicia mayor frecuencia de fenómenos de ideación y de comportamiento suicida.

Noam, (1994),³ que toma en cuenta lo anterior, considera que con la reorganización cognitivo-social que ocurre en la adolescencia, la infelicidad que podía atribuirse antes a fuen-

tes externas y que podría ser manejada conductualmente, se convierte en parte de autoevaluaciones y autodevaluaciones que llevan a mayor autoculpa, y a una sintomatología abiertamente autodestructiva, como reacción típica a la decepción interpersonal.

Paradójicamente, un retraso en el desarrollo puede ser un factor protector para el comportamiento suicida de los jóvenes, más que un factor de riesgo. Estos individuos son impulsivos, con problemas de exo-actuaciones (conductas autodestructivas) y delincuencia, que funcionan como escudo, ya que dirigen la agresión hacia fuera, puesto que localizan el problema externamente.

Esto significa que no hay un tipo único de personalidad suicida entre los adolescentes. Se habla de dos grandes subtipos: uno, el de los individuos que son primariamente impulsivos y agresivos, y otro, el de los que son primariamente deprimidos y sin comportamiento agresivo o casi sin él.

Ciertamente hay muchos más datos de la personalidad del adolescente capaz de autoagredirse, pero a pesar del conocimiento obtenido por muchos esfuerzos de investigación, es extremadamente difícil predecir el comportamiento suicida, y cuando se hace, es altamente probable caer en el error. Aún más, no tenemos una imagen clara de los antecedentes, causas y consecuencias del comportamiento suicida en la niñez y adolescencia.

A pesar de la complejidad de los muchos procesos involucrados, los estudios del desarrollo han destacado la edad cronológica como una variable crítica, aunque no es la única. También deben tenerse en cuenta la cognición, la emoción, el desarrollo social, los estilos de afrontamiento, etc.

Se debe intentar tener una visión desde la perspectiva del desarrollo, ya que las fuerzas potentes que influyen en la conducta actúan desde el nacimiento y la dirigen hacia la madurez cuando no hay eventos que la distorsionen. Por tal motivo, el comportamiento de los individuos no puede considerarse como un fenómeno independiente de los problemas, de las crisis y de los retos que enfrentan.

Modelo de la trayectoria del suicidio

Este modelo, basado en una revisión de la investigación y literatura teórica en diferentes grupos de edad (Stillion y cols., 1989) se muestra en la figura 1; sugiere que hay cuatro categorías de factores de riesgo que contribuyen al comportamiento suicida en las diferentes edades: Biológico, psicológico, cognitivo y ambiental. Cada una de estas categorías puede influir directamente en la ideación suicida y puede afectar otras categorías.

Hay algunos puntos comunes en la trayectoria del suicidio: las bases biológicas de la depresión son independientes de la edad, y se asocian con bajos niveles de varios neurotransmisores como la serotonina o la dopamina, así como sus metabolitos. Estas alteraciones, relacionadas con la depresión, también se presentan en el comportamiento suicida.

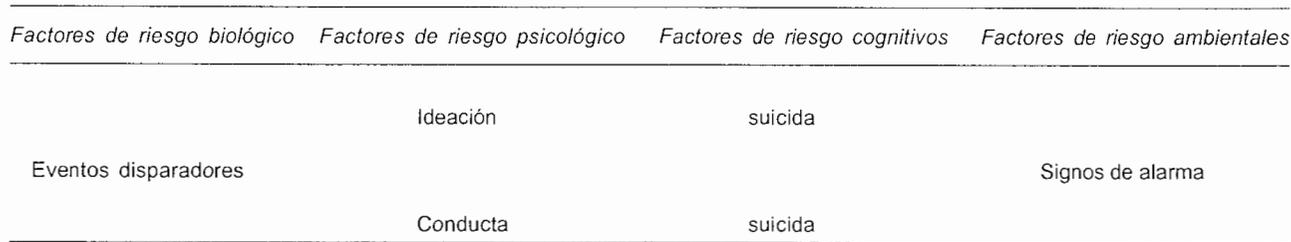
Los individuos difieren en su predisposición genética para desarrollar depresión invalidante. Algunos se deprimen con poco o ningún estímulo y otros experimentan depresión solamente en situaciones extremas. Esto tiene que ver aparentemente con factores hereditarios. (1991, Roy)⁵

Otro factor biológico es la masculinidad. Es difícil establecer el papel preciso de la testosterona en el comportamiento masculino en el que destacan la competencia y la agresión. Esa agresión frecuentemente se vuelve contra el sujeto como un aspecto social y es una de las bases que explicarían el suicidio.

Psicológicamente la depresión y la baja autoestima son importantes en cualquier grupo de edad. Quienes la sufren, la perciben como una sensación emocional más que como un malestar físico. El riesgo suicida se eleva cuando la depresión se acompaña de desesperanza y soledad. Estos son los predictores más importantes del intento suicida y de los suicidios consumados, más que la propia depresión (Beck y cols., 1985)⁶

En el aspecto cognitivo, los suicidas tienden a ser más rígidos y estrictos en su funcionamiento mental. Tienden a usar la abstracción selectiva fijándose sólo en lo negativo

Figura 1. Modelo de trayectoria del suicidio



de su conducta; a generalizar igualando dos eventos diferentes; por ejemplo en los rompimientos de relaciones como si todos fueran iguales.

Los estudios de los riesgos que provienen del ambiente indican que las experiencias familiares negativas incrementan el riesgo de suicidio. Los abusos de cualquier tipo y las separaciones por muerte o divorcio de los padres, son factores de estrés vitales muy relacionados con el suicidio. La acumulación de eventos vitales negativos, especialmente cuando incluyen pérdidas, incrementan la posibilidad de una respuesta suicida. Asimismo, la existencia de dispositivos de destrucción como las armas en el hogar, aumenta la posibilidad de suicidio en todos los grupos de edad.

En el suicidio temprano del adolescente, el factor de riesgo biológico más importante es el inicio de la pubertad, debido al aumento de producción de hormonas de maduración sexual. Este proceso ocurre en un período de años, pero aumenta la cantidad de conflictos emocionales que pueden incrementar el riesgo de suicidio. La frecuencia de esta conducta entre los post-púberes es más alta que entre los pre-adolescentes. La impulsividad incrementa esta posibilidad hasta los 14 años. Estos chicos son especialmente impulsivos y violentos en sus conductas suicidas, más que otros grupos de edad.

Pfeffer ⁷ señaló que muchos chicos suicidas viven en hogares donde la conducta impulsiva autodestructiva es el modelo para su naturaleza impulsiva, que en consecuencia puede ser tanto biológica como ambiental; frecuentemente es una mezcla de ambas.

En los factores psicológicos de riesgo, surge el problema del establecimiento de la IDENTIDAD como una tarea mayor del desarrollo. A este respecto Erikson (1976) ⁸ señala la necesidad del joven de responderse quién es y para qué está en el mundo.

Otro factor psicológico es la gran fluctuación de los estados de ánimo en todos los adolescentes, que a veces llega a extremos de gran depresión, en los que la mezcla de factores biológicos y psicológicos puede no ser clara.

Hay un cambio muy importante en los procesos cognitivos del adolescente. Las operaciones formales lo llevan a tener pensamientos abstractos por primera vez, y pensar en un mundo ideal. Si se agrega a ello además el sentido egocéntrico característico de esta etapa, se comprende la gran desilusión que experimenta el adolescente. Este egocentrismo aumenta su autoconciencia, y convierte los pequeños

problemas en grandes traumas. Estos jóvenes también tienen una sensación de invulnerabilidad, que contribuye a situarlos en circunstancias de riesgo.

Lo anterior constituye sólo una parte de los factores psicológicos, pero se agregan a la perturbación del joven y aumentan la posibilidad de suicidio.

Los riesgos del ambiente para los adolescentes son altos. La correlación entre disfunciones familiares que se expresan con golpes, malos tratos, alcoholismo de los padres, etc. y el suicidio de los adolescentes es alta. Los adolescentes suicidas están por lo general aislados socialmente; tienen pobres relaciones con compañeros; son impopulares, y con cierta frecuencia se vuelven adictos al alcohol o a otras drogas. (Wichstrom, 2000) ⁹

Los signos de alarma de los adolescentes difieren mucho de los de otros grupos: cambian sus hábitos, tienen problemas escolares graves, abandonan la escuela (Thompson, 1999); ¹⁰ a veces anuncian el evento y comienzan a regalar sus pertenencias, por ejemplo.

Los eventos detonadores del suicidio en el adolescente parecen triviales a los adultos y el egocentrismo referido aumenta la importancia de los eventos menores en otros momentos.

Cada uno de estos cuatro grupos de factores, todos ellos con la misma importancia, actúa de acuerdo a una situación específica. Todos están ligados al desarrollo. En la medida en que los comprendamos y los incluyamos en el conocimiento de la conducta adolescente autodestructiva, nos permitirá establecer pautas de manejo para modificar el desarrollo integral y ayudar más y mejor a los adolescentes, población que va en aumento en nuestro país y para la que no hay actualmente una infraestructura que cubra todas sus necesidades de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Cap. 6 L'invention de nouvelles moyennes à travers la combination mental. 2ª. Edic. Delachaux & Niestlé. Neuchatel, 1977
2. Loevinger J. Ego Development: Conceptions and Theories. San Francisco, Jossey-Bass, 1976
3. Noam G, Borst S. Developing meaning, losing meaning: understanding suicidal behavior in the young. In: Children, Youth and Suicide. Developmental Perspectives. Jossey Bass publishers, San Francisco, 1994.
4. Stillion JM, Mc.Dowell EE, May J. Suicide Across the Life Span: Premature Exits. New York: Hemisphere, 1989.
5. Roy A. Genetics and Suicide Behavior. En: L Davidson and

- M Linnoila (editors) Risk Factors for Youth Suicide. New York, Hemisphere, 1991
6. Beck AT, Steer RA, Kovacks M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a ten-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142:559-63.
 7. Pfeffer C. Assesment of suicidal children and adolescents. En: *Affective disorders and anxiety in the child and adolescent. Psychiatric Clin North Am* 1989;12:861-71
 8. Erikson E. Ocho edades del hombre. En: *Infancia y Sociedad*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1976.
 9. Thompson EA, Eggert L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1506-14.
 10. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 603-10.

La Asociación Médica del Instituto Nacional de Pediatría A.C.

invita a la

XXV Reunión de Actualización en Pediatría

del 29 al 31 de octubre del 2003

Lema: Cinco lustros a la vanguardia en pediatría

En reconocimiento a:
Dr. Napoleón González Saldaña
Dr. Roberto Rivera Luna
Dr. Miguel A. Vargas Gómez

Sede: Auditorios del Instituto Nacional de Pediatría

Avalado por el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría

Informes e inscripciones:

Asociación Médica, tel./fax: 5606-7973, 1084-0900 ext. 1245
Unidad de Congresos, tel.: 5606-3300, 1084-0900 ext. 1192
Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco, México, DF, CP 04530.