



## SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE

Eduardo Jones, M.D.\*

### Resumen

El propósito es comunicar a los profesionales de la salud mental en forma puntal aspectos clínicos psicodinámicos, factores de riesgo en la familia, socio-culturales y la comorbilidad psiquiátrica que llevan al adolescente a ser una población altamente vulnerable al suicidio. Valoración de la conducta suicida y abordaje terapéutico se dan.

**Palabras clave:** Adolescente - Suicidio - Psicodinamia- Terapia

## ADOLESCENT SUICIDE

### Abstract

I would like to acquaint you with some clinical aspects related to adolescent suicidal conducts such as: Psychodynamic, risk factors and psychiatric comorbidity.

**Key words:** Adolescent - Suicidal conducts - Psychodynamic- Therapy.

---

\* Psychiatra Niños- Adolescentes Profesor Asociado Postgrado Psiq. Infantil U. Bosque Miembro del instituto colombiano del sistema nervioso E-mail: eduardojones@etb.net.co

Recibido: 19-06-08  
Aceptado: 16-10-08

## I. Generalidades

Deseo compartir con ustedes mis experiencias en el manejo de las conductas suicidas en el adolescente desde un enfoque psicodinámico, la comorbilidad y el manejo terapéutico.

El suicidio es una conducta donde la víctima intenta voluntariamente o inconscientemente destruirse así mismo:

- Voluntario: Gestos suicidas, intentos suicidas y suicidios consumados.
- Inconsciente: La persistencia de una conducta que pone en riesgo la vida, por ejemplo: conducir bajo el efecto del alcohol; la práctica de deportes de alto riesgo sin medida de protección; no seguir las indicaciones médicas en pacientes de alto riesgo.

El adolescente y el adulto mayor son las poblaciones más vulnerables al suicidio. La prevalencia entre los 15 a 19 años, es del 9.6 a 16 por cien mil y es la tercera causa de muerte. De 10 a 14 años es la cuarta causa de muerte en esta población. La relación hombre mujer en el primer grupo es de 4 a 1 y en el preadolescente y escolar es cercana al 1:1. El hombre tiende a usar métodos más severos como el uso de armas de fuego, ahorcamiento y lanzarse al vacío. La mujer tiende a usar métodos menos traumáticos como la sobredosis de drogas, cortarse las venas, los inten-

tos suicidas en niñas es del 10.1% mientras que en los muchachos es del 3.8%.

Entre el siglo VII y VIII la iglesia profirió castigos severos a los que intentaron suicidarse.

Santo Tomas de Aquino, en el siglo XIII atribuyó el suicidio a una posesión demoníaca y un pecado contra Dios.

Hacia 1820, J.P>Falret MD, consideró al suicidio como un trastorno mental.

V. Durkheim, 1892, introduce la teoría social sobre el suicidio y afirmó la necesidad de pertenencia del individuo a un grupo o comunidad como prevención al suicidio. Así mismo ve en la sociedad una conciencia colectiva que tiene una gran influencia sobre el individuo en su conciencia individual. Un ejemplo de ello es el suicidio altruista predominante en las sectas, religiones y grupos políticos.

## II. Aspectos Psicodinámicos.

León Grinberg, en “Culpa y depresión”, ve al suicidio como la conducta auto destructora más extrema, en un nivel psicótico del yo frente a imágenes superyoicas persecutorias que inconscientemente con sus fantasías omnipotentes y mágicas pretende destruir, liberándose así del dolor psíquico. Con frecuencia estas fantasías son conscientes y el acto

suicida es la venganza contra los objetos que considera culpables de su dolor. El suicidio erótico en sus fantasías maníacas lo lleva a reencontrarse con el ser amado. En los suicidios altruistas, la muerte busca con su sacrificio reivindicar causas sociales religiosas y/o políticas renaciendo en un nuevo estado de purificación.

Orbach, propuso tres tipos de suicidios: El depresivo perfeccionista, el impulsivo y el desintegrado. Las dos primeras formas son las más frecuentes en el adolescente.

Beachler, describe en el suicidio varios significados:

- Pérdida de un objetivo.
- Pérdida de un ideal.
- Huida a un estado o situación estresante.
- Castigo, expiar una falta real o imaginaria.
- Venganza, provocar culpa en los padres u otros objetos y/o la sociedad.
- Sacrificio, inmolarsse por una causa o ideal.
- Juego (ruleta rusa).

### III. Por que el adolescente es vulnerable.

Un breve repaso del desarrollo psicológico del adolescente nos permite entender el por qué es susceptible al suicidio:

Se revive un nuevo proceso de separación individualismo (Segundo pro-

ceso de separación e individualización según Peter Bloss). Que Aberastury llama “El duelo por los padres infantiles”, generando ansiedad y depresión.

Reevaluación de valores y normas internalizados de las figuras parentales infantiles con fluctuaciones superyoicas oscilantes entre la rigidez punitiva y la laxitud, generadores de ansiedad y depresión.

Cambios físicos corporales que generan duelo por la pérdida de su imagen corporal infantil y conflictos adaptativos a su nueva imagen corporal en transición hacia la adultez.

Presión social de pares y la sociedad, donde la competitividad y aceptación por el grupo son importantes.

El yo narcisista y un yo ideal insatisfecho, propio de esta etapa del desarrollo, lo hacen muy sensible a las críticas y rechazos, con crisis depresivas severas en algunos casos.

### IV. Factores de riesgo que predisponen al suicidio:

1. Familiares: la disfunción de la familia evidenciada en la violencia de la pareja; el maltrato físico al niño; el abuso sexual y conducta sociopática (abuso de alcohol/ drogas) de los padres, así como historia genética de depresión y suicidio en miembros de segundo y tercer grado de parentesco son un terreno abandonado para las conductas suicidas. La rigi-

dez parental y el autoritarismo y la presión a altas exigencias académicas y el temor al castigo son causales.

## 2. Socioculturales y religiosos:

El desplazamiento con sus consecuentes pérdidas económicas y de identidad y hacinamiento favorecen las conductas suicidas.

La presión escolar disarmonica con las capacidades, intereses y motivación del niño, donde la excelencia académica es más importante que el desarrollo integral de la personalidad son factores de alta tensión.

La desesperanza por la falta de oportunidades e insatisfacción de las necesidades básicas en poblaciones universitarias y de bajos ingresos son también de alto riesgo.

Creencias religiosas que promueven la muerte como un medio de renacer y ser glorificados.

## 3. Valoración de Trastornos psiquiátricos subyacentes:

Trastornos del pensamiento, crisis psicóticas agudas y/o procesos esquizofrénicos con alucinaciones auditivas y delirios persecutorios (un 20% de los esquizofrénicos han hecho un intento suicida en su vida).

Trastornos bipolares con cuadros depresivos de ciclaje rápido Durante el primer año de la evolución de la en-

fermedad un 40% de ellos han presentado uno o varios intentos suicidas.

Trastornos de la personalidad, con gran impulsividad y asociado al abuso de drogas, promiscuidad sexual y sociopatía son poblaciones de muy alto riesgo.

Trastornos alimentarios, en particular la bulimia presentan un 15% de conducta suicida.

Crisis de identidad disfuncional con cuadros depresivos moderados, ideas referenciales, minusvalía, dismorfismo y distorsión cognitiva.

## V. Como valorar el potencial suicida:

### 1. La conducta suicida:

Como ha pensado hacerlo?

Que tan estructurada es la idea? , Su frecuencia, ha estado a punto de realizarlo y que lo freno? En qué forma lo haría? Ha escrito alguna nota? La frecuencia y concepción de la acción y la actitud premeditada son rasgos de alto riesgo.

Cuando ha pensado hacerlo?

Las historias de los suicidios consumados mostraron un 40% de intentos suicidas previos. La tendencia a la soledad y el aislamiento son indicadores de alto riesgo. Estadísticamente reportan que el 73% sucedió en la casa; 12% en un lugar público; 7% en la escuela y 5% en la casa de un amigo.

Los motivos más frecuentes son: una decepción amorosa, pérdida de un año académico, el maltrato físico y abuso sexual así como sentimiento de humillación y exclusión por los pares.

2. Valoración de los trastornos psiquiátricos, mencionados anteriormente.

3. Valorar redes de apoyo:

**La familia:** Funcionalidad o disfuncionalidad de los padres y otros miembros de la familia que puedan dar apoyo, como alternativa a la no hospitalización en ciertos casos.

**La comunidad:** Evaluar centros de apoyo a los cuales pueda recurrir en casos de emergencia

## VI. Conducta Terapéutica

1. Hospitalización:

### Breve (3 a 5 días)

Para el manejo de la crisis; Valorar el factor causal, el medio familiar, el funcionamiento yoico y contacto con la realidad, capacidad del control de los impulsos y mecanismos defensivos predominantes, así como los valores normativos que podrían contenerle. (temor al castigo de Dios).

El apoyo psicoterapéutico y contención durante la hospitalización en un medio protegido no hace imperativo el uso de las benzodiazepinas como un protocolo de manejo para la an-

siedad. En caso de agitación psicomotora el uso de 0.5 a 1 mg de Clonazepan intramuscular, a necesidad, puede ser muy útil.

### Prolongada. (2 a 6 semanas)

Pacientes con trastornos severos de la personalidad con tendencia permanente a actuar (impulsivos), intentos suicidas previos y/o abusos de drogas, se recomienda una hospitalización con el fin de estructurar un poco el yo y fomentar introspección para posible seguimiento posterior en consulta externa.

El enfoque terapéutico debe ser empático y debe confrontarse y clarificarle sus distorsiones cognitivas. El uso farmacológico de antipsicóticos atípicos (tipo risperidona) en dosis bajas o leve, son de gran utilidad.

2. Seguimiento psicoterapéutico y farmacológico en los casos necesarios, ambulatorio.

3. Manejo del medio familiar:

Propender hasta donde sea posible la “esterilización” del medio controlando sustancias tóxicas, drogas y posibles objetos o armas con las cuales pueda hacerse daño.

Reevaluar la funcionalidad y disfuncionalidad de los subsistemas de la familia, el rol del suicida y la conducta suicida. Cuando el suicidio es un medio para controlar la familia y obtener ganancias secundarias

se debe fortalecer el rol parental y familiar. Como lograr el apoyo de la familia para confrontar el adolescente con su amenaza, aun con un margen de riesgo suicida y no reforzar su conducta con hospitalizaciones múltiples, es una decisión difícil de tomar, pero la cual tenemos que afrontar en algunos casos.

### Referencias

- Canino, G., & Roberts, R. (2001). Suicidal behavior among Latino youth. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 122-130.
- Centers for Disease Control. (2002). Health, United States, Table 60. Retrieved July 8, 2003, from <http://www.cdc.gov/nchs/data/tables/2002/02hus060.f>
- Cetin, F. C. (2001). Suicide attempts and self-image among Turkish adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 30, 641-651.
- Rich et al, San Diego Suicide Study: Young versus Old Subjects. *Arch Gen Psychiatry* 43: 577-582 1986.
- Apter et al Correlation of Suicidal and Violent Behavior in Different Diagnostic Categories in Hospitalized Adolescent Patients, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:7-11 1995.
- Brent, D.A. et al, Long-Term Impact of Exposure to Suicide: A Three-Year Controlled Follow-up, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:5-13, 1996.
- Hughs, D.H., Can the Clinician Predict Suicide? *Psychiatric Services*: 46:5-13, 1995.
- Remafedi, G. (1999). Suicide and sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 885-6.
- Scouller, K., & Smith, D. (2002). Prevention of youth suicide: How well-informed are the potential gatekeepers of adolescents in distress? *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32(1), 67-79.
- Grholt, B., Ekeberg, L., & Wichstrom, L. (2000). Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 868-875.