

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDUCTAS SUICIDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

SANDRA CONSTANZA CAÑÓN BUITRAGO PSIC

Remitido para publicación: 01-03-2011 - Versión corregida: 15-05-2011 - Aprobado para publicación: 20-05-2011

Resumen

El suicidio en jóvenes es uno de los temas menos tratados en la literatura y lamentablemente todo indica que va en aumento, es considerado un problema de salud pública donde se deben tener en cuenta los síntomas de alarma y factores de riesgo, por los profesionales de salud, los educadores y los padres, con el fin de evitar los futuros posibles casos de suicidio a cualquier edad.

Según los antecedentes la conducta suicida viene ligada a la depresión, al abuso sexual, la disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o un adolescente, no ha desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas, y en que se lleven a cabo, aunque sea como un intento que no se concrete. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida. Es de vital importancia psicoeducar sobre los factores de riesgo y los protectores para prevenir la conducta suicida.

Palabras claves: Suicidio, familia, depresión, adolescente.

Arch Med (Manizales); 11(1): 62-67

Risk factors associated to suicidal tendencies in children and teenagers

Abstract

Suicide in teenagers is one of the topics with least inclusion in scientific literature; unfortunately it is an increasing problem. It has to be considered a public health problem, and health professionals, educators, and parents have to take into consideration alarm symptoms and risk factors, in order to avoid possible future cases of suicide at any age.

According to background, suicidal conduct is tied to depression, sexual abuse, family disfunction, all previous situations are difficult to identify due to the undeveloped mechanisms children and teenagers have to deal with frustration and to solve conflict.

Cañón Buitrago SC. Archivos de Medicina. Volumen 11 N° 1. ISSN: 1657-320X enero-junio de 2011. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia).

* Profesor Asistente, Programa de Medicina, Universidad de Manizales. Manizales, Caldas, Colombia. Correo: sandraka2510@hotmail.com

Based on this, family environment is decisive in shaping development and suicidal ideas. There are cases in which this group of people uses suicide as a threat and manipulation, method but finally, they end up risking their life. It is of vital importance to psychoeducate about risk factors to avoid suicidal conduct.

Key words: *Suicide, family, depression, adolescent.*

Introducción

En los últimos años el suicidio ha sufrido un incremento a expensas principalmente de las poblaciones más jóvenes, y es considerado un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca “casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares”, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos¹.

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo”. Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. Los análisis apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana². El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses³. Igualmente en Latinoamérica la mayor incidencia de la conducta suicida se presenta en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad⁴.

Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida.

La literatura sobre el suicidio en adultos es abundante así como los datos descriptivos y epidemiológicos al respecto. No sucede lo mismo con la literatura sobre el suicidio en niños y en adolescentes, aunque en este último grupo poblacional se han hecho algunos esfuerzos por comprender el fenómeno. Incluso, se observa una limitada producción de información sistemática basada en la evidencia sobre el tratamiento óptimo del niño o del adolescente suicida⁵.

Como factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes se ha encontrado la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato⁶.

Dado que existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio a menor edad los educadores y los padres deben conocer los factores de riesgo que pueden presentar los jóvenes y se deben incrementar estrategias de detección e intervención⁷.

Esta revisión tiene como objetivo determinar algunos aspectos del suicidio e identificar los factores de riesgo y prepararse para enfrentar este fenómeno que cada vez tiene mayor importancia debido a su prevalencia.

El suicidio un proceso

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo

quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y suicidios consumados, así se establece una secuencia progresiva. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, de venganza, altruismo o búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza y abandono⁸.

La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de la alimentación, eventos vitales estresantes como pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit de funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico, mediado por el lenguaje. Como factores protectores se destacan el sentirse bien emocionalmente (adecuada autoestima, autoeficacia, autoconcepto) y contar con una estrecha y comprometida relación familiar (funcionalidad familiar)⁹.

Abuso sexual e intento suicida

Con relación al abuso sexual infantil se han reportado como efectos a largo plazo problemas tales como, trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, cefaleas,

trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja¹⁰.

Se ha identificado que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en las mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, y en los varones y en las mujeres que ya habían intentado suicidarse^{11, 12}.

Edad y género

En estudio realizado en el hospital infantil de Manizales en el año 2010 por Carmona y colaboradores¹⁰ se encontró en cuanto al grupo de edad en que más se presentó el intento de suicidio, los 15 años, resultados similares a los reportados en otros estudios^{13, 14}, lo cual demuestra una tendencia uniforme y global por ser la etapa de la adolescencia de crisis, en la que se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la adultez y es en esta donde se toman decisiones importantes en la vida de las personas.

En otro estudio realizado en México por González y colaboradores¹⁵ en el 2002 se evidenció que la prevalencia de intento suicida fue mayor en el bachillerato, sin embargo las edades del último intento indican que en su mayoría los acontecimientos sucedieron en los años finales de la primaria y/o durante la secundaria, y la edad de ocurrencia del último intento se ubica entre los 10 y los 15 años, los motivos fueron los que tienen que ver con problemas familiares seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión.

En otra investigación realizada en la misma ciudad en el 2001 por González y Colaboradores¹⁶, sobre la conducta suicida en adolescentes se determinó que la proporción con la que intentaban suicidarse fue de 3 mujeres por cada varón, el intento de quitarse de la vida es un factor de riesgo para el suicidio consumado y el haberlo intentado varias veces aumenta la vulnerabilidad del sujeto.

Depresión

Se considera que más de un 50% de los adolescentes que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y un 15% finalmente se suicida. La depresión con o sin trastornos de ansiedad, se asocia en un 43% a 76% de los casos⁷. Un estudio realizado con estudiantes de bachillerato en la Universidad de Guanajuato en el 2003¹⁷, demostró que la mitad de los encuestados (51%) reportaron haberse sentido deprimidos al menos una vez en la semana anterior y 40% dijo haberse sentido solo. En ese mismo trabajo el 8,3% de los encuestados confesó haber intentado suicidarse. La prevalencia de depresión grave en niños con ideas suicidas reportada en el estudio de Miranda y colaboradores¹⁸ en el año 2009 fue de 27,3%, además encontraron un porcentaje alto de ideación suicida en niños escolarizados (29.2%). La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocritica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, situaciones estas que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas, unido a esto que tengan una familia en la cual se sientan excluidos.

Disfunción familiar

En cuanto a las variables que comprometen la familia; los conflictos con alguno de sus miembros se asocian con mayor riesgo de intento suicida, a la vez que el tipo de familia separada. Se puede inferir el hecho de que pertenecer a una familia caracterizada por niveles altos de cohesión; como la familia conectada no significa mayor riesgo de intento; como si es relevante que los problemas familiares son los precipitantes más comunes, el grado de disfunción familiar repercute sobre el comportamiento de los jóvenes en una sociedad en continuo cambio⁷.

Se encontró en una investigación realizada en México por Berenzon y colaboradores en 1998¹⁹ en el perfil sintomático de quienes padecieron los síntomas de ideación suicida, que el 45% de la población tuvo un sentimiento entre 5 y 7 días, de que “su familia estaría mejor si ella estuviera muerta” y el síntoma “pensé en matarme” estuvo presente en el 30.7% de los jóvenes, este síntoma fue el que más persistió en adolescentes con intento suicida.

Si bien es cierto que el intento suicida es el acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, no siempre es éste el propósito que subyace y motiva un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir sino para “obtener ganancias secundarias” como, “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular”, sin embargo también puede ser otra forma para castigar a otras personas como a los padres o al novio(a). Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo dado que puede morir sin habérselo propuesto¹¹.

Todo lo anterior es análogo a lo encontrado en investigación realizada por Campo y Colaboradores²⁰ en el 2003 en Cali (Colombia), donde las características psicológicas predominantes para intento suicida corresponden a variables emocionales como represión emocional, depresión o tristeza, inestabilidad y necesidades de afecto, variables familiares como valorización de la madre, negación de padres y hermanos, variables de imagen corporal y autoestima como perturbación en el ámbito sexual, puerilidad, sentimientos de culpa, desvalorización de sí mismo, idealista y soñador, inseguridad, inferioridad corporal, rasgo obsesivo, variables de interacción social como agresividad, timidez, retraimiento, problemas de interacción, violencia y restricción social. Además se encontró sobre suicidio en adolescentes que la proporción de intentos versus suicidios consumados es de 8:1.

Otros factores determinantes de la conducta suicida identificados por el equipo de intervención en crisis para adolescentes de Montreal son múltiples y complejos, pero se pueden destacar los siguientes²¹:

- La motivación y la intención
- Los factores psicosociales
- La psicopatología individual

Específicamente en Manizales-Colombia en el estudio realizado por Fuentes y colaboradores²² en el 2009 en estudiantes de Colegios de 6° a 11° grado, se evidencia que los factores que tienen una relación significativa con el riesgo suicida son: el género, la funcionalidad familiar variables psicológicas como depresión, ansiedad, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, decepciones amorosas, antecedentes familiares de intento suicida; esta mayor frecuencia se da entre jóvenes de 16 y 17 años.

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como²²: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuente pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares¹⁵.

El que la juventud hable acerca del suicidio incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se plantan semillas del mismo, sobre todo en jóvenes en que actúa el efecto de imitación.

Algunos síntomas de alarma en niños, son que dejen de jugar, pasar tiempo solos, problemas con el sueño, llamar la atención negativamente, bajo rendimiento escolar, conductas regresivas y dificultad para concentrarse²³.

Los estilos de crianza más afectuosos aumentan las conductas pro-sociales de los niños y adolescentes, y parecen proteger de la depresión y del comportamiento anti-social²⁴. Considerando la dependencia del niño o adolescente a su familia y otros adultos, es recomendable intervenir tanto al niño o al adolescente como a su núcleo familiar, siendo este elemento clave en el tratamiento^{25, 26}.

El abordaje de la problemática suicida en la población estudiantil es relativamente reciente y se evidencia que este problema amerita el cuidado en los diferentes niveles de atención primaria (antes de que surjan factores que ponen en riesgo el estado emocional), secundaria (cuando existen factores que potencian el riesgo suicida) y terciaria (cuando ocurre alguna conducta suicida)²⁷.

En la prevención del suicidio se deben proponer estrategias para intervenir los factores de riesgo suicida, y es de real importancia en los programas de prevención y promoción integrar a la psicoeducación de los hábitos de autocuidado en salud, las situaciones de riesgo por las que puede pasar un niño o adolescente para detectar de forma precoz posibles riesgos y generar factores protectores.

Literatura citada

- 1 Varela A, Castillo E, Isaza M, Castillo A. Intento Suicida- Vigilancia Epidemiológica. Cali: Grupo de Salud Mental, Secretaria de Salud Pública Municipal; 2008.
- 2 Larraguibel M, González-Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conductasuicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(3): 183-191.
- 3 Joe D, Romer D, Jamieson P. Suicide Acceptability is Related to suicide planning in U.S Adolescents and Young Adults. *Suicide LifeThreat Behav* 2007; 37(2): 165 – 178.
- 4 Arias-Gutiérrez M, Fernández S, Jiménez M, Arias-Gutiérrez J, Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN (revista en la internet) 2009; 13(1): Artículo en línea.
- 5 Palacios-Espinosa X, Barrera-Lora A, Ordóñez-Rodríguez M, Peña-Ayala M. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. *Av Psicol Latinoam* 2007; 25(2): 40-62.
- 6 Amezcuita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la promoción de la salud* 2008; 13: 143-153.
- 7 Gómez C, RodríguezN, Bohórquez A,DíazN, OspinaM, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la Población Colombiana. *Rev Col Psiqui* 2002;31 (004): 270-286.
- 8 Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29 (5): 66-74.
- 9 Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en unaciudad de la Amazonía Peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009;26(2): 175-181.
- 10 Carmona A, Arango A, Castaño J, Escobar J, García C, Godoy S, et al. Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia). 2000-2008. *Arch Med (Manizales)*2010; 10(1):9-18.
- 11 Kienhorst C, De Wilde E, Diekstra R, Wolters W. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:222-228.
- 12 Kumar G, Steer R. Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25(3):339-346.
- 13 Saucedo J, Lara Ma. C, Focil M. Violenciaauto-dirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63:223-231.
- 14 Pérez-Olmos I, Sandoval ER, Dussán- Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Psychiatricand socialcharacterisation ofsuicide attempts treated at a children'sclinic, 2003-2005. *Rev Salud Publica (Bogotá)* 2007; 9 (2): 230-240.
- 15 González C, Villatoro J,Alcántar I, Medina M, Bautista C, Bermúdez P, et al. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997 y 2000. *Salud Mental* 2002; 25 (006): 1-12.
- 16 González C, Ramos L, Vignau L, Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida asociados a malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001; 24 (006):16-25.
- 17 Chávez A, Medina M, Macías L. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental* 2008; 31 (003): 197-203.
- 18 Miranda I, Cubillas M, Román R, Valdez Elba. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* 2009; 32 (6): 495-502.
- 19 González C, Berenzon S, Tello A, Facio D, Medina M. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex* 1998; 40(005): 430-437.
- 20 Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Comedica* 2003; 34 (001): 9-16.
- 21 Barón O. Adolescencia y Suicidio. *Psicarib* 2000; 6: 48-69.
- 22 Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Paez M, et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)* 2009; 9 (2): 110-122.
- 23 Villagómez R, Balcazar A, Paz R. Suicidio en Jóvenes. Baja California: *Psiquiatría del CESAM*; 2001.
- 24 Florenzano R, Cáceres E, Valdés M, Calderón S, Santander S, Cassasus M, et al. Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades Chilenas. *Cuad Méd Soc* 2010; 50 (2): 115-123.
- 25 Almonte C. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago de Chile: *Mediterraneo*; 2003.
- 26 Bellack L. Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Mexico: *Manual Moderno*; 1993.
- 27 González C, Ramos L, Mariño M, Pérez E. Conducta Suicida en Adolescentes Mexicanos. *Acta Psiquiát Psicol Am lat* 2002; 48 (1): 74-84.