



Vol. 15 No. 2

Junio de 2012

# ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES

José Alonso Andrade Salazar<sup>1</sup>

Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt  
Colombia

## RESUMEN

Este trabajo busca un acercamiento a las condiciones psicopatológicas asociadas al comportamiento suicida en Adolescentes para lo cual, se realizó un análisis documental de artículos, libros y estudios publicados en diversas fuentes de documentación. El estudio evidencia que las motivaciones ligadas al acto suicida en adolescentes, guardan relación con problemas psicopatológicos como la depresión, ansiedad, ideas obsesivo-compulsivas, negativismo, como también de una notable dificultad para resolver conflictos, escasa comunicación afectiva de padres e hijos, pocas habilidades prosociales y de introspección, frustraciones personales, insatisfacción socioeconómica y diversos estados alterados de conciencia que incluyen la auto flagelación como mecanismo paliativo ante la resolución inadecuada de problemas derivados de su entorno familiar y social.

**Palabras clave.** Adolescencia, familia, ideación suicida, depresión, factores protectores, factores de riesgo, suicidio, suicidio frustrado, psicología, psicosocial.

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico. Especialista en Gestión De Proyectos De Desarrollo. Docente investigador Corporación universitaria Alexander Von Humboldt. Sede Armenia Colombia 2011. Correo electrónico: [911psicologia@gmail.com](mailto:911psicologia@gmail.com)

# PSYCHOSOCIAL CONDITIONS SUICIDAL OF BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

## ABSTRACT

This paper seeks an approach to psychopathological conditions associated with suicidal behavior in adolescents for which, we conducted a documentary analysis of articles, books and studies published in various sources of documentation. The study showed that the motivations linked to suicidal adolescents, are related to psychopathology such as depression, anxiety, obsessive-compulsive thoughts, negativity, as well as a significant difficulty in resolving conflicts, poor affective communication between parents and children, few prosocial skills and introspection, personal frustrations, dissatisfaction socioeconomic and various altered states of consciousness, including self-flagellation as a means of palliative to the inadequate resolution of problems arising from their family and social environment.

**Key words.** Adolescence, family, suicidal ideation, depression, protective factors, risk factors, suicide, attempted suicide, psychological, psychosocial.

## INTRODUCCIÓN.

El suicidio como elección anulativa ha acompañado la historia de la humanidad, presentándose a modo de componente de ritual de purificación, expiación o como elección ante las dificultades para adaptarse a ciertas coyunturas socioculturales. En los primeros siglos del cristianismo el suicidio fue aceptado, sin embargo San Agustín (354–430 D.C) eliminó la tradición al considerarla una acción contra la ley natural es decir, un pecado contra de la ley de Dios. Diekstra, (1989) consideró que el estudio de la ideación suicida en adolescentes tiene una referencia básica en la antigua Grecia, cuando Plutarco llevó a cabo un estudio sobre los suicidios entre los siglos IV y III A. de C., llegando a la conclusión que había una frecuencia elevada de tentativas de suicidio y suicidios consumados en muchos de los adolescentes griegos. La historia del suicidio ha tenido connotaciones diversas, Sarró y De la Cruz (1991) afirman que en Oriente, se consideraba un acto elogiado ligado a condiciones rituales-religiosas, como por ejemplo el Seppuku o

Hara-kiri, ritual japonés de suicidio en la cultura Samurai y el suicidio masivo de discípulos de Confucio tras haberse quemado sus libros sagrados. Uno de los aspectos que preocupa de la connotación religiosa del suicidio como acto personal o colectivo son “los efectos de la influencia social de ciertos líderes religiosos con personalidad mesiánica” (Erdely, 2000, p. 68), cuya actividad prestidigitadora seduce a muchos adultos y adolescentes, a menudo dependientes, inseguros y/o con rasgos depresivos, que encuentran en la palabra del líder religioso una vía de canalización y escapatoria ante su angustia existencial.

Para Durkheim (1897) los suicidios son actos con un significado buscando con ello diferenciarlo de otras clases de muerte, por un conjunto de características psicosociales específicas y diferenciales, que son generalizables a la misma especie de hechos. En este sentido lo que Durkheim propone es una sociología que explique el hecho científicamente por medio de comparaciones que logren ser analizadas a través de variables, llegando a postular que el suicidio es un efecto de la estructura social inestable y vulnerable en su sistema moral. La finalidad del suicidio sería la auto destrucción “directa o indirecta”, acto que es ejecutado por la propia víctima, sabiendo ésta que el corolario es la muerte, pasando por tentativas de suicidio en las que se ha planificado morir y que ha sido detenida de su efecto final pero que puede repetirse hasta concretarse en la autoeliminación. Durkheim, consideraba que para tener un acercamiento científico al significado de la palabra suicidio el investigador debía apartarse del lenguaje corriente, superando la opinión del dominio común, pues es imprescindible conectarse con la intencionalidad, por lo que las “intenciones” al ser estructuras íntimas no pueden percibirse fácilmente desde afuera, pero permiten ver que el suicidio puede ser de distintos tipos cuando obedece a razones y circunstancias diversas.

El suicidio se determina por internacionalizaciones de factores sociales inestables y confusos que pueden ser explicados desde tres dimensiones: los factores extra sociales (alienación mental), las causas y tipos sociales (es un fenómeno colectivo) y, el suicidio como fenómeno social (situación exterior y circunstancias causantes del suicidio). Durkheim consideró al suicidio como todo acto de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o

negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir éste resultado. La «*tentativa*» es ese mismo acto “pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (Durkheim, 1989, p. 5). Algunos tipos de muerte derivados de patologías mentales como la psicosis son provocados por los sujetos sin un conocimiento real de las consecuencias de sus actos, asimismo ciertos suicidios se dan con una baja intencionalidad como por ejemplo, cuando el verdadero motivo era sentar un precedente para obtener beneficios, conseguir atención, conmiseración, lastima, solidaridad etc.

Acerca de las cifras.

El suicidio es un fenómeno universal que ha permanecido presente en todas las culturas humanas y sus sistemas religiosos. Como actividad de autoeliminación prevalece en el género masculino especialmente en la adultez temprana aumentando cada día su espectro epidemiológico hacia el género femenino y la adolescencia, grupo etario que se ha constituido en el de más alto riesgo en países desarrollados como en vías de desarrollo. Para la Organización Mundial de la Salud (2010) en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes. Los adolescentes transitan por un periodo de grandes cambios y transformación de las interacciones sociales lo cual incluye riesgos y beneficios para su salud mental y física. En muchos escenarios discursivos los adolescentes ven sometida su identidad, cuestionamientos y creatividad a pensamientos particulares y totalitarios, en los que se trata de someter la realidad a un ideal o concepción paranoide de la verdad (Zuleta, 1994), aspecto que choca con la tendencia del adolescente a romper los esquemas de sometimiento institucional.

El suicidio puede entenderse como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción compleja de factores biopsicosociales, cuyo crecimiento exponencial preocupa a los gobiernos y familias del mundo, su gravedad es tal que “en el mundo se suicidan dos personas por minuto y se calcula que un millón de personas muere por esta causa, lo que representa

una mortalidad anual de 14,5 personas por cada 100.000 habitantes” (OMS, 2008, p. 1). Investigaciones muestran que entre el 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al acto suicida (OMS, 2000, p. 6), lo que indica una deficiencia importante en la identificación de aquellos pacientes que tienen un riesgo mayor, tendencia visible en países cuyos servicios de Salud Mental no están adecuadamente desarrollados o no logran cubrir de forma efectiva la demanda asistencial de estas poblaciones.

Estudios calculan que “por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos, y que por cada intento de suicidio otras 5 u 8 lo pensaron” (Madrigal de Leon, 2004, p. 3), con una causa correlativa respecto a disgustos familiares, desesperanza, experiencias de humillación, sufrimiento infantil y fracaso escolar, enfermedades graves, depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y en general, con una precariedad importante en el manejo de la frustración, siendo las dificultades en las estrategias implementadas para hacer frente a la crisis emergente el componente emocional y conductual que transversaliza dichos estados. Las causas mencionadas tienen un reflejo en las cifras de muerte, así según el Instituto de medicina legal y ciencias forenses de Colombia (Forensis, 2008) las razones para que una persona cometa suicidio son: Conflicto con pareja o ex-pareja (12,3%), depresión (0,1%), desamor (6,5%), razones económicas (6,8%), enfermedad física (5,2%), enfermedad mental (0,3%), escolares/educativas (0,4%), jurídicas (0,9%), laborales (0,5%), maltrato físico-sexual-psicológico (0,3%), muerte de un familiar o amigo (0,9%), y suicidio de un familiar o amigo (0,1%), llama la atención que el 51% de los casos se encuentra sin razón específica, debido a la falta de información y la no implementación de autopsias psicológicas.

La presencia del suicidio en el mundo tiene una relación proporcional con los cambios vitales a los que se ven expuestos las generaciones de jóvenes y niños, un estudio realizado en México arrojó conductas suicidas (pensamientos suicidas) en el 12% de estudiantes de primaria (10 a 12 años), 35% en la secundaria (12-15 años) y 65% en la preparatoria (15 a 18 años), lo que evidencia el elevado riesgo en adolescentes y su aumento a razón de la edad (Madrigal de Leon, 2004). En

Colombia Miguel De Zubiría (2006) afirma que a pesar de que los suicidios en Colombia todavía son pocos (1768 anualmente) se estima que esta cifra se saldrá de control en menos de 20 años si las autoridades no asumen el tema como un problema de salud pública y emprenden las respectivas campañas de prevención. Análogamente la OMS afirma que en el año 2004 el número de suicidios estuvo por encima de los homicidios ya que, cada 40 segundos una persona se quita la vida, mientras los homicidios suceden uno por cada 60 segundos, lo que muestra una tendencia ascendente en cuanto a suicidio, especialmente en poblaciones y personas vulnerables cuyas edades oscilan entre los 14 y 25 años.

Miguel De Zubiría (2006) afirma que uno de cada dos estudiantes de bachillerato en Colombia cuenta con un plan preciso para quitarse la vida, y uno de cada seis lo ha intentado sin éxito, asimismo indica que entre el 2004 y el 2006 el 41% de casos referidos correspondió a ideación suicida y un 16% a intentos de suicidio en adolescentes entre los 10 y 18 años. El Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registra que para el año 2005 hubo 195 casos de suicidio de jóvenes y que entre enero y mayo de 2006 se presentaron doce suicidios por mes. Las cifras anteriores preocupan ya que el 43% de estos jóvenes tenían entre 15 y 17 años (Zubiría, 2006). Según éste instituto para el año 2007 por cada 100.00 habitantes el suicidio tuvo una tasa del 4,0% que correspondieron a 1.775 casos, en el año 2008 esta cifra fue de 1.078 casos. Colombia presenta un elevado índice de suicidio, para el año 2009 la tasa fue de 5,0 suicidios por cada 100.000 habitantes; de acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente Colombiano, en Colombia la ideación suicida, inicia a los 9 años (Cubillos, R. 2010), situación preocupante pues entre el 2005 y el 2009, 929 niños, niñas y adolescentes se quitaron la vida (19 por mes), especialmente varones (El tiempo. 2009).

Los registros de Medicina Legal indican que para el 2009 el 10% de los suicidas fueron adolescentes entre los 10 y los 17 años (193 adolescentes; 16 por mes), y tan solo de enero a junio de 2009 contando hombres y mujeres

hubo 1.061 suicidios en Colombia (1.845 en el año), llegando a producirse tres suicidios cada 24 horas y el suicidio de un adolescente cada 48 horas. Las tasas mundiales se incrementan progresivamente con la edad, fenómeno más evidente en varones. Es importante tomar en cuenta sin que esto se considere un sesgo en la investigación que los trastornos psiquiátricos presentan una prevalencia importante entre suicidas hombres y en muchas mujeres “siendo los trastornos más frecuentes, la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el abuso de alcohol y drogas, los trastornos de la personalidad, los trastornos del control de impulsos y los trastornos de ansiedad” (Mosquera F. 2005, p. 13).

#### Aspectos relacionados con el género.

Respecto al género “a escala mundial los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1” (Mosquera, 2005, p. 10) por lo que la vulnerabilidad de la mujer respecto al suicidio es innegable; Posada, Rodríguez, Duque y Garzón (2007) afirman que un factor adjunto es el hecho de ser joven, de género femenino y presentar en alguna medida una desventaja social, condiciones que actúan como factores de riesgo en el evento del suicidio y que guardan relación con episodios traumáticos previos. Hagnell, Lanke y Rorsman (1981) sostienen que las personas depresivas tendrían tasas de suicidios 44 veces más altas que los sujetos normales y 8 veces más que pacientes con otras enfermedades psiquiátricas con rasgos de impulsividad, agresividad y trastornos de la personalidad, así, de las mujeres que se quitan la vida muchas de ellas fueron personas maltratadas que sufrieron lesiones físicas y psicológicas, aumentando la disposición a sufrir depresiones y crisis emocionales progresivas.

El suicidio y el intento suicida en la mujer revisten particularidades derivadas de las estrategias de ajuste implementadas para contrarrestar eventos críticos. En este sentido los factores protectores del suicidio en mujeres vulnerables pueden ser aplicados al género masculino y se constituyen en la base de acciones preventivas y de intervención. Estos factores refieren estrategias de supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupación por los hijos,

objeciones morales, miedo al suicidio, y miedo a la desaprobación social, como también “el hecho de contar con una red social amplia (...) compartir espacios lúdicos, estudiar y desempeñar una función o responsabilidad, los cuales son determinantes para superar los conflictos de relación con la otredad, disminuyendo las conductas de riesgo” (Andrade, Bonilla y Valencia, 2010, p.28). En personas con un sistema familiar que propicia estos elementos, la ideación suicida como mecanismo de respuesta ante la presión y/o la frustración, disminuye su fuerza significativamente puesto que, la familia logra procesar y compartir sus desavenencias a través del dialogo y el respeto por el modo como cada miembro confronta los conflictos personales, familiares y sociales.

#### TIPOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

De acuerdo con Miralles y Cano (2009) en la clasificación tradicional existen tres formas de actos suicidas: el suicidio consumado (conduce a la muerte), suicidio frustrado (situación en la que el sujeto queda en un estado de gravedad mortal) y el intento de suicidio (se sorprende al sujeto cuando se dispone a realizar el hecho). El intento de suicidio en adolescentes puede asociarse a una especie de llamado de atención urgente a un mundo adulto en apariencia maduro, que los excluye de toda participación socio familiar e iniciativa de cambio. Autores como Tubert (1982) han señalado dos tipos de intentos de suicidio: el “maligno” caracterizado por ser un acto impulsivo y peligroso vinculado a estructuras de personalidad disfuncional y procesos psicopatológicos (previos y actuales) que han marcado la historia personal del suicida e indican que la búsqueda de la muerte es una finalidad primordial (sin testigos), y el segundo o “suicidio benigno”, caracterizado por actos compulsivos de menor peligrosidad, de características reactivas ante situaciones de cambio o pérdida (Moya, 2007, p. 33) en un contexto clínico de tono depresivo. El suicidio no emerge de una desconexión de la persona respecto a la realidad que lo impacta, sino de la distorsión de la responsabilidad de asumir o demandar a nivel sociofamiliar la



reestructuración de vínculos rotos con otros sujetos importantes para su experiencia vital.

### COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida se entiende como un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento suicida, hasta el suicidio consumado. Este concepto presenta en términos analíticos dimensiones que requieren un tratamiento diferenciado, pues no tienen un orden cronológico o secuenciación radical. Sin embargo, los actos suicidas se caracterizan por tres momentos: deseo de morir, representación suicida e idea suicida (sin método específico, con método inespecífico, con método específico sin planificación, con método específico y un plan suicida). La epidemiología del fenómeno comporta estados y momentos de gravedad que permiten visualizar el constructo de la ideación suicida a través de varios niveles de severidad, como si se tratase de un *continuum* o termino desde el cual “fluctúan pensamientos de muerte inespecíficos hacia otros más concretos acerca de la propia muerte” (González, Berenzon, Tello, Facio, y Medina. 1998, p. 436).

La primera dimensión o “deseo de Morir”, expresa una frustración vital asociada a la inconformidad e insatisfacción de algunas personas con su estilo de vida actual, situación que puede prevalecer en adolescentes explotados, víctimas de tortura, abusos de poder y tratos degradantes. Al respecto frases como: “la vida no vale la pena vivirla”, “lo que más quisiera es morirme”, “para vivir así lo mejor es estar muerto”, “sin ti no puedo vivir”, dan cuenta de dicho deseo y aunque no son una condición *sine qua non* del acto suicida, se debe prestar atención a su emergencia en el discurso, porque pueden constituirse en alertas tempranas ante un posible desajuste emocional que refuerce la representación suicida como salida ante una crisis. En el caso de los adolescentes y jóvenes es necesario considerar que muchos de los factores causales, desencadenantes y mantenedores de la conducta suicida se presentan en todas las épocas y sociedades siendo en todas ellas un hecho trágico en cualquier etapa del desarrollo, especialmente en la

adolescencia, escenario conflictivo donde el cuestionamiento de la norma y las relaciones sociales, son condiciones principales del sistema de maduración psicosocial.

En el adolescente con riesgo suicida confluyen peligros biopsicosociales que pueden ir desde situaciones patógenas a nivel biológico, disfuncionalidad familiar, problemas de la salud mental, condiciones sociodemográficas y situaciones emergentes y aunque no exista una estructura comportamental a modo de especificidad acerca del suicidio, un elemento que permanece estable en cada factor descrito es la representación del sujeto respecto a otros o a sí mismo cometiendo el acto suicida o muerto por efecto de un mecanismo específico; cabe anotar que cuando estas representaciones asumen la forma de una idea obsesiva, elevan el estrés psicológico hasta un umbral en el que la culpa se atenúa y emerge la compulsión auto flagelante a modo de cortes en partes del cuerpo, caratas suicidas y planes cada vez más elaborados que intercalan con intentos o aproximaciones suicidas. Dichos cortes tienen una connotación compulsiva y son asumidos como estrategia para disminuir lo persecutorio de la idea obsesiva, lo cual se asocia frecuentemente con afectos ambivalentes derivados de experiencias previas de humillación, dolor y auto castigo.

Los motivos desencadenantes de la crisis en los adolescentes son a menudo sobre valorados por ellos y minimizados por los adultos, por esto quienes cuentan con una dinámica familiar conflictiva, han sido testigos y/o tienen un pariente que ha cometido suicidio, presentan un riesgo mayor de “constituir o mejorar” la representación de muerte y pasar al acto suicida. De acuerdo a lo expuesto se puede afirmar que estas imágenes son el resultado de procesos cognitivos que frecuentemente complejizan la interpretación que se tiene de la realidad, por ello la representación mental puede generar pensamientos automáticos que en el suicida tienen un carácter gráfico «imagen de muerte», verbal «me quiero matar» y emocional «así no vale la pena vivir». La elaboración de estas ideas implica condiciones mentales de tipo obsesivo-compulsivo aunadas a depresiones recurrentes que promueven

la elaboración de creencias irracionales o ideas absolutas acerca de la muerte. Estudios demuestran que el “patrón de comportamiento de riesgo para la salud en adolescentes (...) se asocia significativamente a síntomas depresivos con importancia clínica” (Campo, Cogollo y Díaz. 2008, p. 231), llegando con facilidad a identificar métodos y elaborando planes suicidas con una mayor especificidad.

Respecto a la ideación suicida Pérez (2008) identifica cuatro tipologías: la idea suicida sin método específico, en la que la persona tiene deseos de auto eliminarse, pero cuando se le cuestiona el método responde “no sé cómo, pero lo voy a hacer”; la idea suicida con método inespecífico o indeterminado, que sucede cuando la persona expone sus deseos de morir y responde ante la pregunta del cómo de la siguiente manera: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, etc.”, es importante considerar que en esta fase lo más importante resulta ser la representación fija y estructurada que se tiene del hecho. La tercera fase se llama “idea suicida con método específico no planificado”, en ella la persona desea de manera imperiosa suicidarse y elige un método fulminante aunque aún no haya ideado en qué momento lo va a realizar, por lo que prepara el hecho y toma todas las precauciones posibles para no ser descubierto. En la cuarta etapa aumenta el deseo de suicidarse y se denomina: “plan suicida o idea suicida planificada”, en ella la persona elige un método definitivo y mortal, especifica el lugar, el momento y tiempo oportuno, dándole volumen a los motivos que sustentan su decisión. Ésta etapa es la más peligrosa de todas y emerge tanto en estados de embotamiento afectivo, como en condiciones mixtas de tipo ansioso-depresiva y en fases maniaca e hipomaniacas.

#### Amenaza e intento suicida

En el comportamiento del adolescente suicida es posible considerar que la amenaza de quitarse la vida es uno de los principales indicadores de insatisfacción con la relación familiar, consigo mismo y el entorno. Esta amenaza implica una necesidad de ayuda al tiempo que un intento coacción y de rompimiento del orden paradigmático impuesto por el mundo adulto y sus instituciones normativas. En este sentido a nivel de señales (signos) los símbolos

suicidas pueden aparecer en el dibujo, la música, frases célebres, refranes inscritos al imaginario social, actitudes contestatarias y al mutismo entre otros; por tanto mientras el signo refiere algo visible, la amenaza puede ser discreta o simbólicamente imperceptible por los familiares, lo cual tiende a movilizar al adolescente hacia la ejecución de una actividad psíquicamente programada asociada de modo regular a las primeras representaciones acerca de la muerte y la resolución de los conflictos.

El adolescente pasa al acto a partir de la elaboración mental progresiva de su propia muerte, el tipo de afecto ligado y el grado obsesivo que comporte dicha idea. Conjuntamente a las dimensiones mencionadas respecto al comportamiento suicida se encuentran tipificadas dos situaciones: el “suicidio frustrado” como acto suicida que de no ser evitado hubiera terminado en la muerte y el “suicidio intencional” cuyo resultado es la muerte de la persona. Esta conceptualización es importante porque se acopla a las características típicas de adolescentes que en un intento de “llamar la atención” pierden la vida al tratar de anular conflictos intrafamiliares y sociales de los que se apropian arbitrariamente. La incapacidad de confrontar la crisis emergente conlleva a que el suicidio en adolescentes sea efectivo a través de tres canales defensivos: la imitación del suicidio, la introyección del suicida «percibe como propio algo que le pertenece a alguien que ya se suicidó» y la formación reactiva «hace lo opuesto a lo que necesita negar en él mismo» (Laplanche y Pontalis, 1996). Así, el análisis de la conducta del adolescente en riesgo de cometer suicidio indica que la presencia condiciones disfuncionales en su entorno afectivo aumenta el riesgo que las emociones generen estados anímicos atípicos de pánico y cólera visibles a través de conductas ansioso-depresivas, impulsivas y violentas.

#### REACCIONES DE LA FAMILIA

Tanto el intento suicida como el suicidio de un miembro de la familia desatan a nivel intrafamiliar diversas crisis emocionales que a menudo

agudizan las ideas de muerte de quienes han errado en su intento auto lítico. Las consecuencias son tan graves para la salud física y mental de las víctimas que los sobrevivientes se ven muy expuestos a la agudización y desarrollo de problemas sociales y trastornos psicopatológicos; así, en estas personas “la dificultad para elaborar el duelo, el miedo a la vulnerabilidad propia y familiar, la culpa y los sentimientos ambivalentes característicos, son factores que influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores” (Mosquera, 2005, p. 11) que afectan la estabilidad de las cogniciones y el modo como perciben la realidad y los conflictos propios de las relaciones sociales. La familia que debería actuar como contenedor resignificante de las crisis se ve avocada por sentimientos de culpa, conflictos respecto a las responsabilidades, aprehensión fatalista y una labilidad que se exagera por efecto de la fluctuación entre lo hipomaniaco y lo depresivo.

Para la familia del suicida su muerte no constituye ningún aprendizaje lo cual dificulta el proceso psicoterapéutico y limita las posibilidades de resignificación temprana de la pérdida. Por tal motivo el suicidio debe ser analizado en función de la subjetividad intrafamiliar que conlleva su praxis, pues es un fenómeno que incluye dimensiones simbólicas adscritas a la relación parental. En las familias tanto factores de riesgo como de protección determinan parten del modo como se entiende la información proveniente de cada miembro y las explicaciones dadas al acto de quitarse la vida (Tuesca y Navarro, 2003); en estos escenarios cobra importancia el lenguaje y la comunicación en la interpretación de lo causal lo cual ayuda a *deconstruir* el concepto de transcendencia, la noción de castigo y la experiencia de la propia vida de los que quedan vivos. Para la familia es complejo entender que el suicidio es parte de un complejo proceso de desajuste moral propio de las sociedades contemporáneas, cuyas transformaciones socioculturales determinan aspectos críticos en los sistemas de socialización, las habilidades sociales y de resolución de conflictos, como también la aplicabilidad de habilidades para la vida, la vivencia de la juventud en entornos saludables y la búsqueda de identidad, aceptación y pertenencia bajo condiciones de normalidad adaptativa.

De acuerdo con Madrigal de Leon (2004) una sociedad que genere necesidades materiales y de consumo que ahonde en ellas aumentando la desigualdad social, y que por otra parte no provea ni los medios ni los caminos para que la mayoría de los jóvenes accedan a beneficios sociales, acorta su expectativa de vida y proyección a futuro, alterando los valores, el sentido de la reproducción familiar y el sostén que pueden ofrecer las redes de apoyo social en casos de crisis. Las familias por efecto del suicidio de un familiar cercano ponen en juego como mecanismo de respuesta todo un derrotero de afectos que al encontrarse en el plano psíquico chocan y causan disfuncionalidad en el modo de selección mental de la conducta más adecuada para reaccionar, ergo emerge la crisis como la única posibilidad de empezar a confrontar la pérdida. Ésta crisis familiar pasa por las mismas etapas de duelo individual y una vez instaurada demarca el parámetro con el que cada miembro se siente responsable o se contamina del evento. Cada miembro familiar reacciona de forma individual sin embargo, se debe tener precaución con las reacciones emocionales exageradas frente a niños, niñas y adolescentes quienes pueden aprender que ante los problemas irresolubles o complejos se reacciona con el suicidio y ante las pérdidas se responde con una descompensación extrema.

En muchos sentidos el suicidio y el intento de suicidio evidencian las dificultades de la institución familia para contener y reconfigurar las crisis internas del núcleo, como también las debilidades del adolescente para afrontar las contingencias propias del mundo adulto. El adolescente ingresa en un escenario de interacción social en el que los cuestionamientos acerca de los roles, dinámicas de género, normas institucionales y los modelos de identificación, comportan una importancia relevante para la estructuración de una personalidad sana o en su defecto con trastornos importantes. En la familia esta resignificación implica que (Beck, 1964) las emociones y conductas de los familiares se vean influidas por la percepción que tienen de los eventos, mismos que al adherirse a estados alterados de conciencia se construyen e instauran en el orden de lo traumático. El argumento postula la

idea que no es la situación familiar respecto a la pérdida la que establece un tipo de sentir particular, sino la forma como se interpreta, piensa y elabora la situación conflictiva (Ellis, 1962; Beck, 1964), por lo que el acto suicida deviene de un flujo anormal en la percepción de los eventos que causaría por sí mismo, una distorsión en el sistema de creencias y comportamientos antes personal y socialmente admisibles, propiciando un falseamiento de dichos eventos y aumentando o disminuyendo el efecto mórbido de los sucesos.

Los suicidios y las tentativas de suicidio deben tomar en cuenta la adolescencia como una época de alto riesgo psicosocial, pues en ella las operaciones mentales adquieren un valor cognitivo, emocional y afectivo mayor, por lo que el auto cuidado, el señalamiento positivo, el apoyo a nuevas actividades y proyectos vitales, además de la implementación de normas de convivencia por modelos parentales estables, constituyen elementos para la promoción de la salud mental individual y comunitaria y para la prevención de la conducta suicida.

#### MOTIVACIONES ASOCIADAS AL SUICIDIO

Todos los individuos se encuentran expuestos a comportamientos auto líticos pues “los factores socio-culturales pueden activar la conducta suicida en cualquier momento de la vida de una persona sin importar la edad” (Forensis, 2008, p.193), por ello el “plan suicida” resulta ser un evento circunstancial que depende del impacto emocional de acontecimientos personales conflictivos, los cuales generan en la estructura psicológica desajustes en el principio de realidad con el que se asume el mundo además, de una situación intrafamiliar y social devastadora, cuya connotación moral y socio cultural disminuye la capacidad de resiliencia para hacer frente a la adversidad y sus consecuencias. En ocasiones los adolescentes tienen una motivación diferente a la de acabar con su vida y sus fines se aproximan más al hecho de comunicar una situación, de “llamar la atención” sobre una circunstancia en relación a su propio comportamiento o hacia determinadas personas con las que tiene algún lazo afectivo y desea directa o indirectamente provocar cierto tipo de respuesta que fue psicológicamente reprimida. Moya (2007) afirma que el acto suicida tiene a menudo, las características de un acto impulsivo,

es decir, un suceso escasamente reflexionado por el adolescente que aparece habitualmente en el contexto de conflictos familiares o de pareja, con expresiones clínicas que van desde la irritabilidad, la agitación, el comportamiento amenazador hasta la enunciación del deseo de morir a través del lenguaje.

Una de las motivaciones que fomenta el suicidio es la interiorización de un número importante de factores de riesgo y la debilidad operante de los factores protectores, condición que causa una sensación de vacío en los adolescentes además de la certeza de la incompreensión de los adultos. Entre los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes se encuentra la personalidad disfuncional de los padres puesto que, si estos presentan un trastorno de personalidad de tipo “antisocial (...) o son emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos” (Pérez, 1999, p.199).

El suicidio y el intento de suicidio en adolescentes, es directamente proporcional a la crisis que acompaña la etapa evolutiva, y debe ser entendida bajo dos aspectos fundamentales: *el momento de elegir*, determinado por la expectativa y las decisiones a futuro (la vida educativa, laboral y afectiva, etc.) y *el momento de urgencia*, el cual indica que la crisis de la adolescencia emerge con cierto nivel de violencia o urgencia psicosomática y psicoafectiva (Mannoni, 1986). Entre mas grave sea la crisis de esta etapa habrá un número mayor de motivaciones negativas respecto a la vida, estas condiciones de que hacer y del sentir respecto a los conflictos actúan como elementos coadyuvantes de la conducta suicida motivando a muchos adolescentes a escapar de la presión social, familiar y de su núcleo de pares, por responder como el sistema quiere que ellos lo hagan, mientras ellos establecen dinámicas que en medio de la conflictivas deben ser analizadas como alternativas en un entorno saturado de necesidades de consumo y emancipación afectiva a todo nivel.



Los motivos del suicidio en los adolescentes se construyen con base en creencias poco estructuradas de la realidad sociofamiliar, misma que les parece obsoleta y con parámetros excluyentes. Los factores de riesgo emergen en momentos cuando el sostén emocional tambalea y las estrategias de contención no funcionan, motivo por el cual las familias deben acomodarse a los diversos escenarios discursivos de los adolescentes integrándolos a las dinámicas comunicacionales del mundo adulto a través de la comprensión, la participación en la toma de decisiones y el amor.

#### ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y SOCIO FAMILIARES DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El suicidio puede llevarse a cabo en una fase maniaca o depresiva, aunque autores como Tems, Stewart SM, Skinner, Hughes y Emslie (1993) consideran que probablemente, los cambios cognoscitivos derivados de un episodio o trastorno depresivo perjudican la capacidad de la persona para valorar los riesgos, inscritos a comportamientos de la vida diaria, lo que constituye un peligro importante en la etapa de la adolescencia, donde la escasa percepción de los factores de riesgo vital lleva a muchos adolescentes al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), acciones de peligro, actividad sexual precoz (embarazo y/o contagio de una infección de transmisión sexual) y automutilación como prueba de ingreso a subculturas urbanas y castigo ante la frustración de sus necesidades. En estos casos los adolescentes que no se auto mutilan pueden ser rechazados por la agrupación o gueto, puesto que en algunas tribus urbanas hacerse pequeñas laceraciones en muñecas, brazos y piernas (especialmente), tatuarse, perforar partes íntimas de su cuerpo o perpetrar actos que generen dolor, parece constituir una prueba de "sacralidad" con base en la ritualidad que implica la repetición dolorosa y la posibilidad de marcar la diferencia, acceder a lo sagrado de la muerte «lo inefable», controlarla y lograr la expiación del sistema familiar y social a través del dolor autogenerado.

Investigadores como McGue y Iacono (2005) consideran que los adolescentes con comportamientos problemáticos a los 15 años tales como fumar,

consumo de alcohol, uso de sustancias ilícitas, problemas legales y actividad sexual de riesgo tienen en la vida adulta más probabilidades de presentar trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), trastorno de personalidad antisocial y trastorno depresivo mayor que actuarían como condiciones psicopatológicas precipitantes de la ideación y el acto suicida (Morris, 2008). Los adolescentes con antecedentes de conflicto intrafamiliar severo, ideación e intento de suicidio, presentan según Jessor, Chase y Donovan (1980) un patrón de comportamiento peligroso para la salud, que guarda relación con el concepto de “síndrome de comportamiento problema del adolescente” el cual sugiere que en “todos los comportamientos de riesgo para la salud se relacionan los mismos factores psicosociales, protectores y de riesgo” (Campo y cols., 2008, p. 231); esta idea limita el análisis pero propicia la especificación de la particularidad del problema en la etapa de la adolescencia obligando a los investigadores a tomar en cuenta la etiología biopsicosocial del suicidio y de otros desajustes mentales en niños, niñas y adolescentes, tales como factores genéticos, desequilibrios bioquímicos, patrones de crianza, entorno social-comunitario y daños al sistema nervioso central.

En el aspecto socio-familiar, es necesario considerar como factores de riesgo, la influencia y/o exposición a actos violentos, el suicidio del padre o de un familiar, los factores depresivos derivados de las necesidades básicas insatisfechas, los grupos de exclusión social, el manejo inadecuado de la autoridad en el hogar y en general, toda situación de vulnerabilidad que genere un monto de estrés importante al interior del sistema familiar y social del adolescente. En este sentido los adolescentes en riesgo de suicidio son también el correlato del creciente conflicto entre el sistema educativo “patriarcalista” al que se oponen a toda costa y la cultura desinhibida y dinámica de lo “joven”, lo cual deviene en el establecimiento de una relación conflictiva con la autoridad, la comunidad y otros adolescentes, y que frecuentemente se vincula a conductas ansiosas como el Bullying, acting outs, consumo de alcohol y otras SPA, oposicionismo, irritabilidad explosiva,

actitud desafiante, machismo, entre otros. El otro extremo de estas tendencias referencia estados depresivos como el aislamiento, ser de pocos amigos, pensamientos pesimistas o unipolares, actitud fatalista y de conmisericordia, desinterés y enlentecimiento psicomotor, además, de dificultades sociales de contacto y problemas para el desapego.

En este campo Zuleta (1980) afirma que el sistema educativo «familiar y escolar» a menudo veda la vivencia particular del individuo, es decir, la manera como él ve las cosas espontáneamente, lo que piensa y a cambio, se le imponen resultados que aparentemente refutan su propia vivencia y que son considerados y deben ser considerados como la verdad absoluta. Como consecuencia el crecimiento del suicidio también guarda relación con la permanencia de sistemas educativos orientados a la recepción y reproducción de conocimientos sin posibilidad de construcción dinámica de saber a través de la experiencia, lo cuales e presenta igualmente al interior de la familia; estas personas presentan indicadores de conflicto emocional a partir de hogares con padres de estructuras ansiosas y depresivas, trastorno límite de la personalidad (TLP), trastornos ansiosos, bipolares, obsesiones y depresiones graves que probablemente fueron comórbidos en la etapa adolescente a conductas tipo Bullying, trastorno opositor desafiante, trastornos depresivos y de ansiedad por separación especialmente. Estos factores guardan relación con secuelas psicológicas derivadas de trastorno por situaciones de estrés elevado producto de la tensión psicosocial generada por tres variables: el conflicto sociopolítico, la creciente inequidad social y la descomposición familiar que afecta a todo el tejido comunitario.

Grosso modo el suicidio en adolescentes es parte de la narrativa mortuoria de una sociedad que sobrevive “como puede” a la crisis sociopolítica que afecta la identidad, la solidaridad, la cooperación y la tolerancia, provocando un fraccionamiento importante de los valores de convivencia en las unidades familiares y en todas las instituciones sociales. Los adolescentes que se suicidan oponen una resistencia natural ante la dominación absoluta de una vida consumista-obsesiva en cuanto normas, que automatiza sus conductas y crea una

ética del consumo que reduce la elección personal a cuatro vías de acceso a lo social: la vía del sexo y la pornografía a través de los MASS MEDIA, la del miedo y del silenciamiento personal, la vía de la violencia legitimada (exclusión, guerra e inseguridad democrática) y la vía institucional pedagógica inducida por la institución escuela. El suicidio presenta aspectos simbólicos asociados al medio utilizado para acabar con la vida, pues como consecuencia ante la elevada presión del ordenamiento institucional, muchos adolescentes prefieren métodos fulminantes para romper con el orden impuesto así, muchos tratan de “cortar” el problema cortándose las venas, otros usan el ahorcamiento para inhibir la palabra y castigar con el silenciamiento a quienes no entendieron su mensaje de ayuda, mientras, algunos usan el envenenamiento para “intoxicar” simbólicamente el agente social doloroso que presumen los infecta, y el disparo en la cabeza con el fin de asentar el precedente de su impulsividad y “fulminar el problema”.

Se debe tomar en cuenta que en la familia en su triangulación tradicional (padre-Madre-Hijo) “tienen lugar los procesos básicos a través de los cuales se irá determinando la personalidad de cada individuo en una dialéctica entre la afirmación y la negación, el deseo y la ley, el principio de placer y el principio de realidad” (Baró, 1988, p. 61). La familia instaura condiciones emocionales que fluctúan entre lo normal y lo patológico, lo bueno y lo malo, lo profano y lo sacro, dualidades que son importantes para el desarrollo de una estructura de personalidad sólida y emocionalmente estable, pero inadecuada cuando el adolescente crece en un entorno ambivalente que mantiene la duda e incertidumbre como condición de protección ante futuros engaños y probables agresiones. Por tal motivo en el caso de suicidio en adolescentes las alertas tempranas y la simbología adscrita al acto de amenaza suicida debe ser tomada en cuenta como un indicador de riesgo. Grosso modo las familias requieren aprender a identificar los cambios relacionados con la afectividad del adolescente al igual que las modificaciones a la conducta ritual, cuestionando el modo en que el clima

familiar y las constantes discusiones y señalamientos intrafamiliares pueden propiciar la búsqueda externa del apoyo que no recibe en su hogar.

## FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El estudio de los factores protectores y de riesgo conlleva un cuestionamiento acerca de la oposición teleológica entre factores protectores como expresión inversa de los factores de riesgo y también, la idea de que ambos son correlativos pues la presencia o amenaza de uno precipita la emergencia del otro, llegando a exhibirse bajo condiciones homólogas y funcionando activamente en la promoción, refuerzo o estancamiento de las conductas. Conceptualmente “los factores protectores, se han caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano” (Andrade y cols., 2010, p. 8) por lo que tienen una relación directamente proporcional. De acuerdo a lo expuesto la praxis educativa del adolescente debe incluir una práctica preventiva en la que se tome en cuenta que “los factores protectores funcionan en la presencia de riesgo” (Cuevas, 1996) lo que los hace correlativos en cuanto a su emergencia en el plano mental. En el adolescente vulnerable las dificultades importantes de la vida se elevan conforme “aumenta el número de factores de riesgo y disminuye el número de factores protectores” (Velazquez, 2002, p. 30), ésta relación conlleva a que un factor protector pueda ser determinado en función de las dinámicas y motivaciones de grupos que reproducen los mecanismos de protección, por lo que puede definirse como el agrupamiento dinámico de todas aquellas características personales y ambientales que disminuyen los efectos negativos de circunstancias inmanejables para una persona o colectivo, aumentando la capacidad de resiliencia en el sistema de relaciones a nivel interpersonal e intergrupar.

Desde ésta configuración los factores protectores al amplificar la resistencia psicológica frente a las consecuencias nocivas de experiencias estresantes, reducen el incremento de la vulnerabilidad asociada al suicidio en adolescentes. En este sentido Velázquez, Cabrera, Morales, Chaparro y Barragán (2002)

proponen una clasificación de los factores de riesgo de acuerdo a cuatro variables: 1) las características de los niños y adolescentes, 2) las características de los padres, 3) los factores contextuales y 4) la interacción padre-hijo. Sucesivamente la interrelación de estas variables posibilita determinar factores de riesgo psicosocial en adolescentes con ideación suicida, Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) indican que entre los factores de riesgo asociados al suicidio se encuentran la ausencia de expectativas futuras, poco rendimiento escolar, falta o dificultad para desarrollar de destrezas sociales, escasa pertenencia a grupos, baja autoestima (autoconcepto y autorreferencia negativas), inadecuada capacidad de resolución de problemas, situación familiar irregular, presencia de maltrato o violencia intrafamiliar y conductas de riesgo social tales como, consumo de alcohol, drogas y de inseguridad sexual. Los adolescentes que cuentan con varios de estos componentes están propensos a desarrollar ideas de auto eliminación que van desde pensamientos intrusivos persistentes, hasta gestos y palabras que enuncian sus deseos de muerte, auto mutilación y aislamiento depresivo.

Conceptualmente la palabra factor protector referencia una práctica o acción intencional de supervivencia, mientras el factor de riesgo se asocia a una "fuerza o actividad externa" al sujeto así, ambos elementos presentan una asociación entre representaciones y afectos, aunque en el caso de los factores de riesgo se debe precisar que provienen de tres procesos: el adolescente se engancha a nuevas e inadecuadas representaciones que interioriza y ajusta rápidamente a las propias, la persistencia de una relación intrafamiliar fragmentada a razón de la continuidad de los problemas y por último, la tendencia a la evasión y alejamiento de la confrontación objetiva de sus conflictos. En el caso de la ideación suicida, los adolescentes exhiben una falta de claridad en el discurso, respecto a lo que demandan de otros, por lo que generan resistencias a hablar de lo que les sucede, puesto que su demanda no encuentra el "eco anhelado" o la "palabra clave" que desate los motivos emocionales que sostienen el conflicto. A menudo las condiciones

de tensión interna, desatan en los adolescentes una actitud pesimista por la vida, o en su defecto comportamientos impulsivos/agresivos en la relación con otros. Éste segundo aspecto dificulta la conformación de representaciones acerca de las consecuencias de los riesgos que toman, lo que fortalece el acting out y en muchos casos el suicidio no intencionado.

Se debe considerar que los adolescentes y “niños agresivos se caracterizan por la mala calidad de sus relaciones con sus padres” (Speltz y cols., 1995, p. 487) por lo que a nivel familiar uno de los factores de riesgo más frecuentes es la dificultad de muchos padres para hacerse cargo de los propios problemas, como también las escasas habilidades para confrontar con sus hijos la adversidad, por lo que remiten el problema al cuidador, al docente o al especialista como una forma de proteger y en algunos casos de evadir la responsabilidad o de contener la agudización del factor de riesgo. Los factores protectores guardan relación con la conformación de un estilo de vida saludable en cuyo núcleo de socialización primaria se ejerzan acciones de cooperación intrafamiliar y no de obediencia automática y poder centralizado pues, “es muy difícil la convivencia sino se aprende a vivir en el respeto por el otro, sino se aprende a colaborar” (Maturana, 1997, p. 3). Esencialmente esta actividad debe propender a la conformación de una autoestima y autovaloración positivas, sentimientos estables de control emocional, repertorios de estrategias de afrontamiento constructivas ante los conflictos además, de una adecuada red de contactos y relaciones sociales de apoyo que sirvan de soporte en caso de presentarse conflictos y crisis inmanejables.

Estas habilidades brindan objetividad frente al suceso desencadenante y ayudan a procesar el elemento mantenedor del conflicto, aumentando el compromiso familiar ante el proyecto personal del adolescente a través de la educación en valores y una visión realista, afectiva y ontológica-humanista del mundo y sus relaciones. En sociedades totalitarias donde el otro no es asumido legítimamente cada vez que se intentan defender los valores se incurre en la tiranía y el abuso, por tal razón los valores solo pueden ser vividos afectivamente en el encuentro. Paradójicamente “el logro histórico de la ciencia y la técnica ha

hecho posible la conversión de los valores en tareas técnicas: la materialización de los valores” (Marcuse, 1993, p. 260), así la prevención del suicidio propende precisamente una *des* instrumentalización de los valores para convertirlos en pautas de reacción afectiva que susciten el desarrollo y la implementación de mejores habilidades de convivencia, cooperación y respeto mutuo. Los factores protectores relacionados con el control de la agresividad/impulsividad en el niño y el adolescente, tienen la propiedad de salvaguardarlos de presentar a futuro problemas de conducta antisocial y depresión, cuando “las características de la familia y el tipo de disciplina que los padres utilizan en la crianza de sus hijos se relacionan con la ausencia de conductas agresivas” (Huizinga, Loeber y Thornberry, 1995, citados por Velázquez y cols, 2002, p. 34) y un nivel adecuado de funcionalidad familiar.

Los factores protectores se asocian al hecho de contar con intereses futuros y la disminución/evitación de conductas de riesgo social, entendiendo por riesgo “las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarreen directamente consecuencias negativas para su salud o comprometan aspectos de su desarrollo” (Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004, p. 9). En el adolescente con riesgo suicida, los primeros indicadores psicosociales evidencian agresividad familiar, hostilidad externa y autoagresiones, como también, desacuerdo generalizado, oposicionismo anarquista e inconformidad manifiesta, tomando en cuenta que dicha insatisfacción proviene frecuentemente de su rol de chivo expiatorio o portavoz de la ansiedad familiar. La ideación suicida en el adolescente, no es la última opción ante los problemas, es peligrosamente la única posibilidad de un cambio estructural en relaciones de poder de las que intenta desligarse a través de la protesta y la inconformidad respecto de los sistemas políticos.

Hablar de factores de riesgo y factores protectores de la ideación y el comportamiento suicida en niños, niñas y adolescentes, conlleva cuestionar el sistema educativo y los mecanismos de reproducción de lo afectivo en las dinámicas familiares, escolares y sociales, puesto que “se está



instrumentalizando la educación para transformar a los niños en instrumentos para algo que tiene que ver con modelos económicos y políticos” (Maturana, 1991, p. 34), mismos que tienen una dinámica conflictiva e instrumentalista, por lo que el suicidio adolescente es también la resultante del fracaso de los sistemas y modelos pedagógicos inscritos a instituciones sociales que reproducen esquemas de dominación mental a través de la automatización del pensamiento, la falta de creatividad, la obediencia automática y el paradigma estímulo – respuesta, lo que perpetúa la antigua praxis dominador-dominado.

#### A MODO DE COROLARIO

La adolescencia es una etapa cuya naturaleza conflictiva cuestiona el mundo adulto al confrontarlo con su pasado y con modelos de crianza de los cuales ellos son el prototipo “deseado o negado” socialmente; para Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (1971) los adolescentes desafían las teorías con las que los adultos desean sistematizar o encasillar sus particularidades, así, cada adolescente tiene una historia vital particular que determina su individualidad y obliga a que la familia aprenda a conocerlos y a reconocerlos en sus diversos roles y dinámicas sociales, al tiempo que fortalezca y cree lazos de respeto territorial sin abandonarlos a su suerte. En este sentido las actividades de cercanía emocional ayudan a que la expresión afectiva no esté determinada por el ultraje adherido a regañones, constreñimiento socio-ambiental, instrumentalizaciones, violencia física o abandono. El suicidio en adolescentes está determinado por factores biopsicosociales específicos que instauran una racionalidad adscrita al sistema social con el que se determina institucionalmente lo bueno y lo malo, lo normal y lo patológico, razón por la que el suicidio implica ese rompimiento de la norma es decir, la supremacía del ser a través de la muerte frente a la dominación estructural de las instituciones sobre la familia, sus emociones, sentimientos y racionalidades constitutivas.

Los factores psicosociales que influyen en el comportamiento suicida en adolescentes se ven en gran medida determinados por condiciones de riesgo social elevado cuyo análisis e identificación temprana resulta importante para las

instituciones de investigación, protección e intervención sociofamiliar, en cuanto desarrollo de instrumentos conceptuales y metodológicos para el diseño, elaboración e implementación de proyectos y estrategias de intervención y prevención del suicidio. Un factor de riesgo psicosocial importante se deriva de las deficiencias en los patrones de crianza ya que, el adolescente debe aprender a cooperar antes que obedecer. Pese esta condición es estructurante del tipo de afectividad que se maneje en la familia por lo que a mayor comunicación afectiva, mejores serán las habilidades sociales de los adolescentes, lo que se constituye en un factor protector del suicidio. Es importante tomar en cuenta que “la cooperación no se da en las relaciones de dominación y sometimiento [...] porque la obediencia no es un acto de cooperación, no somos animales políticos, somos animales cooperadores” (Maturana, 1997, p. 49), por ello todos los factores psicosociales que determinan el suicidio en adolescentes transitan por modelos de crianza disfuncionales donde no hay apoyo ante actividades nuevas, ni se refuerzan los cambios positivos y la soledad llena de incertidumbre los escenarios que debían servir de encuentro social. El problema del suicidio indica que los ideales y los valores nunca serán lo resultante del saber empírico, paradigmático y progresivo de la civilización, sino el fruto de la convivencia comunitaria con base en el respeto mutuo.

En muchas personas, colectivos vulnerables e instituciones, la ciencia y las TIC excluyen las posibilidades de acceso a racionalidades construidas con base en valores y pautas de crianza tradicional que pueden brindar luces sobre los mecanismos de autoprotección familiar. Estas condiciones instauran un principio contemporáneo de “futurismo” equivalente al no-acercamiento por temor al contagio social, aumentando la brecha afectiva entre estratos, comunidades, y costumbres, en una época en que las cuestiones relativas al sentido de la existencia humana no encuentran satisfacción en las líneas explicativas de las postulaciones científicas. Para Zuleta (1994) la pobreza y la impotencia de la imaginación nunca se manifiestan de una manera tan clara como cuando se trata de imaginar la

felicidad, esto no quiere decir que las personas no puedan ser felices, sino que esta característica en la sociedad contemporánea se ve mediatizada por prejuicios sociales, actitudes generacionales de rechazo, estigmatizaciones y posiciones epistémicas e ideológicas respecto a la legitimidad del otro. El encuentro familiar y social es a la vez un encuentro político en el que lo imaginario debe dirigirse a la cooperación y el respeto por la diversidad, la inclusión de lo comunitario y la estimulación de la individualidad puesto que, en todo encuentro social, se exige cierta dosis de participación, inclusión y legitimidad, aspectos demandados por el adolescente en cada una de sus conductas.

La prevención del suicidio implica que los padres enfoquen su atención a cambios visibles en el patrón de comportamiento habitual del adolescente a través de las modificaciones frecuentes de su estado de ánimo, relaciones sociales e intrafamiliares conflictivas y modificaciones importantes en su aspecto corporal, a menudo connotadas por una implementación de rituales e ideas negativas y sobrevaloradas acerca de la vida y la muerte. Los riesgos psicosociales están inscritos a la razón misma en cuanto configuración histórica de la instrumentalización de los afectos y las buenas costumbres. De acuerdo a lo expuesto la escuela de Frankfurt afirma que la humanidad se aproxima a la autodestrucción de la razón como una nueva forma de barbarie, ante la cual el suicidio se convierte en una vía de escape programada; en este sentido la contradicción social entre lo protector y lo riesgoso asiste a su misma negación, pues la razón instrumental que comporta el acto suicida se impone a la razón crítica y a la razón utópica inscrita a los valores y los derechos humanos, *ergo*, la barbarie expuesta no es sólo el resultante de los conflictos al interior y entre las instituciones sociales, sino el producto del ejercicio de la racionalidad en la historia del género humano y sus sistemas de crianza y desprotección psicoafectiva.

Es importante anotar que en la subjetividad de toda persona con ideación y/o comportamiento suicida prima el paso de la representación al acto, es decir, la expresión “deseo de morir” se constituye en un factor de riesgo que puede progresar hacia formas estructurales y metodológicas del acto suicida, en el que dicho avance logre surgir de manera simultánea a frustraciones recidivantes,

entornos desprotectores y patrones disfuncionales de crianza, por lo que el suicidio implica una crisis de las instituciones sociales, cuya praxis es la expresión por excelencia de la razón en la sociedad contemporánea, por tanto la crisis social que el suicidio expresa es también el correlato de la crisis de la razón occidental. Pero se asiste como sociedad a una desestructuración de los modelos positivos de encuentro con el otro, los cuales se ven influenciados de condiciones mediáticas adscritas a los MASS MEDIA, la tendencia al consumismo a ultranza, la velocidad de los procesos tecno-biopsicosociales, y la escasez de los estados de permanencia de los objetos de amor, condiciones cuya intersección propicia la crisis de valores que permea todas las instancias sociales, determinando los modos particulares como cultural y socialmente se demuestra solidaridad, amistad, comprensión, apego y amor.

La familia comporta una racionalidad mediada por circunstancias afectivas que dan cuenta del modo como los miembros se apoyan y respetan mutuamente, por lo que los padres o cuidadores deben procurar servir de ejemplo positivo para los hijos, teniendo como meta que “el hombre abstracto de lugar al individuo concreto y la libertad personal” (Zuleta, 1980, p. 19), argumento que se traduce en la posibilidad de que los jefes de hogar sean claros con las libertades otorgadas, honestos con lo que se enseña y sensatos son lo que se prohíbe al interior del hogar, evitando ser “dios y diablo” (hacer lo que prohíben) o manejando un doble vínculo (un padre corrige y el otro invalida lo corregido) en el que no haya transparencia en las pautas de crianza y las normas de convivencia. Lo anterior como factor de riesgo psicosocial respalda la indecisión e inestabilidad mental del adolescente a razón de los estados de dependencia afectiva y excesiva fragilidad. Es importante mencionar que muchos adolescentes con actitudes defensivas se envuelven en una especie de “coraza” enmascarando sus conflictos bajo una posición de dureza, introversión, aislamiento social o explosión incontrolada de sus demandas afectivas y necesidades materiales. Esta coraza actúa como mecanismo defensivo frente a un entorno asimilado

como amenazante y poco confiable, por lo que puede determinar posiciones depresivas severas y/o actividades motrices exageradas en las que se atente contra la propia vida.

Es claro que la familia, la escuela y el círculo social, juegan un papel determinante en la adquisición de conductas de prevención, en cuanto protección, auto cuidado, cuidado de otros y responsabilidad socio-familiar, por lo que un adecuado manejo de las pautas de crianza, la comprensión y apoyo del adolescente en los espacios de encuentro lúdico y educativo, además de la cooperación de la comunidad y las instituciones como agentes preventivos puede disminuir el riesgo de suicidio en esta población. En consecuencia es necesario motivar en el adolescente el desarrollo de conductas prosociales, es decir, “actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad” (Vander, 1986, p. 617). Estas conductas al verse fortalecidas desde los entornos familiares y sociales-educativos, disminuyen el riesgo de suicidio y de conductas límite (agresivas, desafiantes, retaliativas), a la vez que fortalecen el concepto de cooperación, familia, democracia, sociedad y sana convivencia.

Respecto a escuela como factor de riesgo psicosocial Zuleta (1980) opina que desde la niñez el individuo aprende a estudiar por miedo, a resolver problemas que a él o ella no le interesan, puesto que el capital y la sociedad de consumo ha puesto bajo su servicio y control la iniciativa, la creatividad y la voluntad de los individuos, por tanto, el suicidio simboliza la necesidad de resignificación de la totalidad problemática que afecta al adolescente, derivada de la presión social de un entorno del cual no se siente partícipe. Como recomendación todos los actores e instituciones sociales deben formar un “bloque preventivo” que incluya a los adolescentes en actividades de responsabilidad social, con base en el hecho de otorgar y compartir el poder, propiciar la cooperación, el reconocimiento mutuo y un desarrollo prosocial en el que el interés educativo no se concentre en impartir conocimientos sino también, en un interés y acercamiento por la condición biopsicosocial del otro. Asimismo con el fin de mejorar la parte pedagógica de la prevención es necesario proporcionar a los

docentes y otros miembros de la comunidad, herramientas preventivas del suicidio y de resolución asertiva de conflictos que se multipliquen en los colectivos sociales, permitiendo el empoderamiento y la disminución de las conductas de riesgo al interior de familias poco funcionales, cuya connotación de violencia, exclusión y abuso puede suscitar comportamientos suicidas en los niños, niñas y adolescentes.

Se debe tomar en cuenta que cualquier persona puede en un momento de crisis considerar que su vida ha perdido sentido sin embargo, cuando la familia y su sistema de crianza con base en los valores, la tolerancia, el respeto a lo diferente y el ejemplo positivo, promueve una adecuada salud mental en el adolescente, adjudicando responsabilidades, protegiendo y cuidando de sus miembros, se instauran inevitablemente factores protectores del suicidio y de otros riesgos derivados. Zuleta (1994) considera que lo difícil pero también lo esencial es valorar positivamente el respeto y la diferencia no como un mal menor y un hecho inevitable, sino como lo que enriquece la vida e impulsa la creación y el pensamiento, por ello para lograr un acercamiento a la realidad del suicidio se debe analizar el debilitamiento de factores asociados a toda relación humana al igual que el flujo de representaciones e identidades, a las que están expuestos los adolescentes actuales, mismas que los dotan de estrategias inmediatistas (evasión, actitudes desafiantes, consumo de SPA y suicidio) a modo de contingencias nucleares, ante conflictos que requieren de confrontación, apoyo familiar/social y un análisis académico más detallado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arminda, A. y Knobel, M. (1971). **La Adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico**. Argentina: Paidós.
- Andrade, J., Bonilla, L. y Valencia, Z. (2010). Protective factors of suicidal ideation in 50 Women From Prison: Villa Cristina-Armenia-Quindío (Colombia). **Revista Orbis**, 6 (17), 6-32. [en red]  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/709/70916424002.pdf>
- Baró, M. I. (1988). **Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica**. San Salvador: UCA.
- Beck, A., Weissman, D., Lester, L. y Trexler (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. **Journal Consult Clinical Psychology**, 42, 861-865.
- Beck, A., Fred, D., Wright, Newman, C. y Bruce, L. (1993). **Terapia cognitiva de las drogodependencias**. USA: The Guildford Press.
- Caballo, V., Ellis, A. y Lega, L. (1997). **Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual**. Madrid, España: Siglo XXI.
- Campo, A., Cogollo, Z. y Díaz, E. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. **Revista de Salud Uninorte**, 24 (2), 226-234.
- CRNV y FORENSIS. (2008) Centro de referencia nacional sobre violencia e Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. **Tasas sobre suicidio, Colombia, 1997-2010**. Disponible en,  
<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Educacion/09/divulgacion/docs-suicidio/Suicidio%20Instituto%20Medicina%20Legal.pdf>
- Cuevas, P. y Soto, X. (1996). Factores de Riesgo y Protectores en hijos de padres con Trastorno Bipolar. Tesis de Grado. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.
- Diekstra, RFW. (1989). Suicide and the attempted suicide: An international perspective. USA. **Act Psychiatric Scandinavian**, 80, 1-24.
- Posada, V. Rodriguez, M. Duque, P. Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional en salud mental, Colombia 2003. **Revista Nova**, 5 (7), 84-91. Disponible en, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/411/41150712.pdf>
- Durkheim, E. (1989). **El suicidio**. Madrid: Akal.

- Erdely, J. (2000). Suicidios colectivos rituales: un análisis interdisciplinario. *Revista Ciencia Ergo Sum México*, *7* (1), 67-80. Disponible en, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10401708>
- Forensis (2005). *Suicidio en Colombia*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Disponible en, [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=60](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60)
- Forensis (2008). *Suicidio en Colombia*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2008. Disponible en, [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=60](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60)
- González, F. Catalina, Berenzon, G. Shoshana, Tello, G. Ana Ma, Facio, F. Dulce, Medina-Mora, I. Ma. Elena (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud pública de México*, *40* (5), 430-437. Disponible en, <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf>
- Hagnell, O., Lanke, J. y Rorsman, B. (1981). Suicide rates in the Lundby study: mental illness as a risk factor for suicide. *Neuropsychobiology*. USA: *Pubmed*, *7* (5), 248-53. Disponible en, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7312144>
- Haquin, F., Larraguibel, Q. y Cabezas, A. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, *75* (5), 425-433. Disponible en, [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci_arttext)
- Huizinga, D., Thornberry, T.P. y Loeber, R. (1995). The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell, J.C. et al. (eds.) *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, C.A., Sage. 213–237. Disponible en, [http://www.wpic.pitt.edu/research/famhist/PDF\\_Articles/SAGE/V%207.pdf](http://www.wpic.pitt.edu/research/famhist/PDF_Articles/SAGE/V%207.pdf)
- Jessor, R., Chase, J. y Donovan, J. (1980). Psychological correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, *70* (6), 604-613. Disponible en, <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.70.6.604>
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.



- Madrigal de Leon, E. (2004). Boletín Latinoamericano Adolescencia. Suicidio. Unidad de Investigaciones Epidemiología y en Servicios de Salud del Adolescente. *Revista Nueva Época, México, 10* (1). Disponible en, <http://www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/bolnvo10/suicidio.pdf>
- Mannoni, O. (1986). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona: Gedisa.
- Marcelli, D. y Humeau, M. (2007). Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. EMC. *Revista Psiquiatría, 10* (128), 3-5.
- Marcuse, H. (1993). *El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. España: Planeta-De Agostini S.A.
- Maturana, H. (1991). *La democracia es una obra de arte*. Colombia: Colección Mesa Redonda.
- McGue, M. Iacono, WG. (2005). The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. *American Journal Psychiatry, 16* (2), 1118-1124.
- Medina, P., Zulian, M. y Muñoz, M. (2009). Prevalencia Del Suicidio Femenino En El Quindío, 1989-2008. *Revista Psicogente, 12* (22), 358-368. Disponible en: <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>.
- Miralles, M. y Cano, V. (2009). Suicidios en soldados de las fuerzas armadas de España en la última década del servicio militar obligatorio (1991-2001). *Revista Clínica y Salud, 20* (2), 189-196. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180613879007>
- Mojica, J. (2010). La carencia de afecto y de compañía de los padres los conduce a la depresión cada dos días se suicida un menor de edad en Colombia. *El tiempo*. Consultado desde: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4058331>
- Morris, J. (2008). *DSM-IV TR. Guía Para El Diagnóstico Clínico*. México: El Manual Moderno.
- Mosquera, F. (2006). El comportamiento suicida. En J., Téllez-Vargas y J., Forero (eds.). *Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio.
- Moya, J. (2007). La Conducta Suicida. En *Adolescentes sus Implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. Consultado el 13 de septiembre de 2010 en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio un Instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008). Suicidio en el mundo. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr37/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2010). Salud y desarrollo en el niño y el adolescente, ¿Por qué debemos invertir en la salud y el desarrollo de los adolescentes?. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_ADH\\_09.03\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.03_eng.pdf)

Pérez, S. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15* (2), 196-217. Disponible en:  
[http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio\\_adoles1.htm](http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm)

Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez-Roca.

Speltz, M.I., Deklyen, M., Greenberg, Mt. y Dryden, M. (1995). Clinical referral for oppositional defiant disorder: Relative significance of attachment and behavioral variables. *American Journal, Child Psychology*, *23* (1), 487-507.

Tems, C.L., Stewart, S.M., Skinner, J.R., Hughes, V.W. y Emslie, G. (1993). Cognitive distortions in depressed children and adolescents: are they state dependent or traitlike? *Journal Clinic, Child Psychology*, *22* (1), 316-326.

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Salud Uninorte*, *17* (1), 19-28.

Velázquez, H., Cabrera, F., Morales, S., Chaparro, A. y Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Revista Salud Mental*, *25* (3).

Zubiría, M. (2007). *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes*. Colombia: Aguilar.

Zuleta, E. (1980). Entrevista a Estanislao Zuleta: La Educación: Un Campo de Combate. Colombia, Santiago de Cali. *Revista Universidad del Valle*.

Zuleta, E. (1994). *Elogio a la dificultad y otros ensayos*. Bogotá: Colcultura.