

---

## FACTORES PSICOSOCIALES EN LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN LOS ADOLESCENTES

---

*Jenny Elsa Junco Supa*

### Resumen

*En este artículo se analiza los factores psicosociales que afectan la conducta suicida en los adolescentes, resaltando los niveles de relaciones familiares en una relación de interacción, asimismo visualizar esta realidad como un problema de salud pública.*

### Abstract

*This article analyses psychosocial factors affecting adolescents suicidal behavior by highlighting family relationship level within an interactive relationship. At the same time, the article tries to focus this reality as a public health problem.*

**PALABRAS CLAVES:** Suicidio, adolescente, familia, salud pública.

**KEY WORDS:** Suicide, adolescent, family, public health

---

### Datos de la Autora:

**JENNY JUNCO SUPA:** Lic. en Psicología, Abogada, Conciliadora Extrajudicial en la especialidad de Familia, Especialista en los aspectos Psicosociales de la Familia, Docente de la Escuela de Post-Grado Universidad Nacional Federico Villarreal.

En los últimos tiempos hay un aumento dramático y mundial de las tasas de suicidios de adolescentes, hombres y mujeres, en países desarrollados y en los países en vías de desarrollo constituyéndose así un problema de salud pública, cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos siendo la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años. Según datos del Departamento de Medicina Forense del Organismo Judicial de Guatemala se registran 10 suicidios mensuales por diversas situaciones, de los cuales 30 por ciento son adolescentes entre 14 y 22 años. El rango de edad para el suicidio alcanzó en algunas oportunidades a menores de 10 años y el Perú no está lejos de esas realidades.

El problema es más grave cuando consideramos que la morbilidad por intento de suicidio supera ampliamente estos porcentajes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) revela que el 65% de los intentos de suicidio se encuentran asociados a la depresión, una patología que, al igual que otras alteraciones del área de la salud mental, está en constante aumento.

Para analizar este problema de salud pública se destacan los aspectos epidemiológicos del suicidio, los factores precipitantes, los métodos autodestructivos utilizados, el significado psicopatológico de la conducta, las características de los niños y adolescentes suicidas y las circunstancias familiares que rodean al hecho.

## **FACTORES PRECIPITANTES**

Los adolescentes en sus etapas de crecimiento experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos durante su desarrollo.

Para algunos adolescentes los conflictos familiares, la desintegración familiar como el divorcio o la separación de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución”.

Por ello, podemos decir que son variados los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes y entre ellos se cuentan: la depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores.

Sin embargo, Guillermo Salazar de la Liga Guatemalteca de Higiene en la Salud Mental, refiere que los intentos de suicidios frustrados y los realizados son un reflejo catastrófico de las depresiones y frustraciones de la ciudadanía.

También es importante diferenciar cuales son los factores precipitantes en conductas suicidas en niños, con fines preventivos como: los problemas de rendimiento y conductas escolares, las discusiones con familiares o amigos, los desencuentros amorosos, el abuso físico o sexual.

Según los especialistas en problemáticas adolescentes, muchos de los intentos de suicidio pueden ser confundidos por los profesionales poco experimentados con conductas transgresoras y descontrol en el comportamiento. Por lo tanto, es esencial que los servicios de atención a los cuales llegan adolescentes con este tipo de problemas, cuenten con profesionales idóneos que sepan realizar un diagnóstico y derivación eficiente para evitar riesgos mayores. Cuando un adolescente expresa tener serios problemas emocionales y, especialmente, cuando hace verbal su deseo de quitarse la vida, es un indicador de alerta para asistirlo, jamás deben minimizar ese riesgo. La mayoría de los muchachos y las chicas que se suicidan han verbalizado previamente su deseo de morir o, concretamente, han amenazado con suicidarse. De aquellos que logran quitarse la vida, el 40% ha tenido un intento fallido previo. Luego de ese primer intento, entre un 6 y 16% vuelven a intentarlo dentro de los 12 meses subsiguientes.

En la mayoría de suicidios, los jóvenes manifiestan sus intenciones utilizando diversas formas para demostrar que algo está mal; se pueden observar cambios en su personalidad y aislamiento de sus relaciones externas, pero si los padres conocen a sus hijos percibirán las alteraciones por más sutiles y cubiertas que sean por lo que deben estar muy atentos para detectarlas.

## MÉTODOS AUTODESTRUCTIVOS

Los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento. En 20 casos de tentativas de suicidio en niños y adolescentes atendidos en el Hospital San Juan de Dios, de Santiago, el método más utilizado fue la ingestión de medicamentos, especialmente ansiolíticos y neurolépticos. Siendo también frecuente la absorción oral de productos tóxicos

## SIGNIFICADO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El por qué de la conducta suicida es variable, puede representar una forma de evitar o huir de una situación desagradable o intolerable, un intento de atraer la atención, obtener cariño, pedir ayuda o castigo. También parece ser muy específico del niño el deseo de una unión mágica, más allá de la muerte, con una persona que ha perdido o cree haber perdido.

Beachler describe varios significados posibles:

1. *La huida*, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable;
2. *El duelo*, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona;
3. *El castigo*, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa;
4. *El crimen*, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte;
5. *La venganza*, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad;
6. *La llamada de atención y el chantaje*, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro;

7. *El sacrificio*, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa, y
8. *El juego*, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS**

La mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Estos jóvenes muestran algunas características psicosociales disfuncionales, que incluyen sentimientos de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales de resolución de problemas y modulación afectiva. La desesperanza ha sido correlacionada con la severidad del intento de suicidio. Sólo en 20 a 25% de estos casos se ha encontrado asociación entre tentativas autodestructivas y trastornos psiquiátricos, tales como desórdenes afectivos, conducta antisocial y abuso de alcohol y drogas. Sólo una minoría tiene problemas de adaptación y rendimiento escolar.

## **CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES**

La teoría desarrolla que la dinámica familiar, las formas de relaciones humanas al interior de ella, es uno de los factores que determina la conducta autodestructiva del adolescente, que se convierte en una comunicación y con un contenido dirigido hacia un público específico.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Los factores familiares influyen en el suicidio de los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción.

Se ha observado que, en las familias de adolescentes suicidas, los padres tienden a ser débiles internamente, padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven, por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, y no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida llegando a la violencia familiar. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida

A ello responde la investigación realizada para identificar la estructura y dinámica familiar en adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio realizada por Osornio-Castillo L. (Psicóloga Clínica del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de la Clínica Universitaria de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México).

Participaron 60 adolescentes divididas en dos grupos (grupo A, con intento de suicidio; grupo B, control), se aplicó el instrumento denominado FACES II y un cuestionario sobre datos generales. Se observó que las adolescentes con intento de suicidio reinciden en 56.2%. En el grupo A, 27.80% pertenecían a familias desintegradas contra 3.30% del grupo B. El 40% tenía un familiar cercano que se había suicidado o lo había intentado. Con relación a FACES II, 30% correspondió a familias rígidamente desvinculadas, presentando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $X^2= 49.33$ ,  $p<.01$ ). Las adolescentes con intento de suicidio se caracterizaron por pertenecer a familias desvinculadas y rígidas, en donde se hizo patente la ausencia física del padre. Con relación al grupo control se encontró que la característica primordial fue el amalgamamiento.

Podemos darnos cuenta que si bien el suicidio es un problema de salud pública, corresponde al Estado plantear políticas públicas de salud para la atención del niño y adolescente; asimismo plantear alternativas que favorezcan un proyecto de vida saludable y con expectativas interesantes para el adolescente.

Si consideramos que las manifestaciones de violencia familiar en sus distintas formas constituyen una violación a los Derechos Humanos, entonces podemos decir que el suicidio como consecuencia de estos factores es responsabilidad del Estado y de la sociedad prevenirla y atenderla.

La Asociación Médica Mundial reconoce la naturaleza compleja del desarrollo biosicosocial adolescente, el cambiante mundo social que enfrentan los adolescentes y la aparición de elementos de autodestrucción más mortíferos. Como respuesta a estas inquietudes, la Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas de cada país adopten las siguientes normas para los médicos:

- Todos los médicos deben recibir, durante sus estudios en la escuela de medicina y el período de internado, una educación del desarrollo biosicosocial del adolescente
- Se debe capacitar a los médicos para identificar los primeros signos y síntomas de tensión física, emocional y social en sus pacientes adolescentes.
- Se debe enseñar a los médicos a evaluar el riesgo de suicidio de sus pacientes adolescentes.
- Se debe enseñar a los médicos el tratamiento y opciones de derivación

apropiadas para todos los niveles de conductas autodestructivas en sus pacientes adolescentes.

- Cuando atiendan a adolescentes con graves traumas, los médicos deben evaluar la posibilidad de una causa autoinfligida.
- Los sistemas de atención médica deben facilitar la creación de servicios de consulta de salud mental destinados a evitar el suicidio y que incluyan la atención médico-social a los pacientes que han intentado suicidarse.
- Se deben realizar estudios epidemiológicos sobre el suicidio, sus factores de riesgo y métodos de prevención.

Particularmente considero que la atención del adolescente es multidisciplinaria por cuanto estas reglas que menciona la Asociación Médica Mundial deben ser asumidas en lo que le corresponda a los operadores de servicios de atención y espacios de socialización y consulta del adolescente.

## REFERENCIAS

- Centro de Estudios de Población (CENEP) Buenos Aires, Argentina. *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes.*
- Organización Mundial de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Familia y Población. Salud y Desarrollo de Adolescentes.
- Ulloa Ch. , Fresia (1993) Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría.* (Santiago, Chile), vol. 64, N° 4, julio-agosto, p.272-276.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Special Friends of Children Fund., P.O. Box 96106, Washington, D.C. 20090).
- Sue David, Sue Derald, Sue Stanley (1996) *Comportamiento anormal*, 4a. Edición, Mc Graw Hill, p.p 382-389.
- Cuevas Gutierrez José Luis y colaboradores (2000) *Antología para el curso de psicología*, Universidad de Guadalajara, SEMS, Escuela preparatoria No. 10, México, Febrero, p.p 131-132.
- Christmans Andrea. *El suicidio de los adolescentes* [http:// www.unam.mx/rompan/24/](http://www.unam.mx/rompan/24/)
- Vallejo Nájera Juan Antonio (1997) *Ante la depresión*. Planeta. España