

Suicidio en adolescentes

Francy Janeth Murillo Henao

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Problemas de Infancia y Adolescencia

Asesor

Jesús Eduardo Mejía Luna

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicoanálisis

El Carmen de Viboral

2016

Suicidio en adolescentes

Agradecimientos

“Hijo, eres mi orgullo y mi gran motivación, mi inspiración, libras mi mente de todas las adversidades que seme presentan,

Y me impulsas a ser cada día mejor, a superarme en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor.

No es fácil, eso lo sé, pero tal vez si no te tuviera, no habría logrado tan grandes cosas, tal vez mi vida sería un desastre sin ti”

A Juan José Molina Murillo.

A mi Familia, especialmente mi hermana, mi padre y mi madre quienes siempre me han dado su apoyo y han creído en mí.

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
1. Planteamiento del problema	8
2. Marco conceptual	13
3. Propósito y justificación	15
4. Objetivos de investigación	16
4.1 Objetivo general	16
4.2 Objetivos específicos	16
5. Diseño metodológico	17
6. Suicidio	19
6.1 Epidemiología del suicidio	19
6.2 Influencia de la edad y el sexo	25
6.3 Suicidio desde un enfoque psiquiátrico	26
6.4 Suicidio desde un enfoque neuropsicológico	34
6.5 Suicidio desde un enfoque psicológico	35
6.6 Suicidio desde un enfoque sociológico	35
6.7 Clasificación de las ideas suicidas	39
6.8 Factores de riesgo sobre el suicidio	41
6.9 Factores protectores sobre el suicidio	45
6.10 Fases del suicidio	46

Suicidio en adolescentes

7. Suicidio desde el psicoanálisis	48
7.1 Teoría de la pulsión en el acto suicida	52
7.2 Suicidio por el ideal del yo	53
7.3 Pulsión de vida y muerte	57
8. Adolescencia	60
8.1 Adolescencia desde la psicología	60
8.2 Caracterización de los adolescentes	63
8.3 Resiliencia en la adolescencia	66
9. Adolescencia desde el psicoanálisis	69
9.1 Síndrome de la adolescencia	73
9.2 Búsqueda de sí mismo y de la identidad	74
9.3 Sigmund Freud	82
9.4 Depresión y suicidio en adolescentes	87
10. Conclusiones	90
Referencias	91

Resumen

El presente trabajo se realiza bajo la metodología de investigación documental, el desarrollo del mismo está dado principalmente por el análisis de contenido, se tiene como objetivo identificar y analizar los motivos o causas del acto suicida en el adolescente desde la perspectiva psicoanalítica; para esto son abordados los conceptos adolescencia, suicidio en la bibliografía psicoanalítica, estableciendoademás relación entre estos dos conceptos y llegando como conclusión el suicidio como epidemiología en los adolescentes o pulsión de muerte en los mismos.

Palabras clave: Adolescencia, suicido, psicoanálisis, epidemiología, pulsión de muerte.

Abstract

This work is done under the methodology of documentary research, development thereof is given mainly by content analysis, it aims to identify and analyze the reasons or causes of the suicidal act in the adolescent from a psychoanalytic perspective; for this are discussed concepts teenage suicide in psychoanalytic literature, also establishing relationship between these two concepts and reaching the conclusion suicide as epidemiology in adolescents or death instinct in them.

Key words: Adolescence, psychoanalysis, epidemiology, suicide death drive.

Introducción

El suicidio en adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos, sin embargo es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un adolescente a su autodestrucción así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse. Es por este motivo que nos inclinamos por este tema de investigación.

1. Planteamiento del problema

El panorama mundial tampoco es alentador, se estima que cada año se suicidan un millón de personas. Quienes mayoritariamente acuden a esta conducta autodestructiva son los hombres de edades avanzadas. Este fenómeno psicosocial se está diversificando, el suicidio en hombres jóvenes, de un promedio de edad de 15 a 24 años, se encuentra en aumento, hasta el punto de considerarse la segunda causa de mortalidad violenta. Se estima a nivel mundial que por cada suicidio se presentan entre 10 y 25 intentos o tentativas de suicidio, y del 10% al 15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. Se estima que en la mayoría de los países existe un subregistro cercano al 50%, lo que no permite tener un panorama real de esta situación.”

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en

Suicidio en adolescentes

todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

El suicidio en menores de edad ha aumentado en los últimos años en Colombia, no se conocen causas determinantes para saber que lleva a un menor a acabar con su vida, según El Instituto Nacional de Medicina Legal cada año recopila las estadísticas sobre los menores de edad que han muerto por suicidio. Sin embargo, la caracterización la elabora solo por edad, región en la que sucede y el mecanismo de muerte.

Sandra Moreno Lozada, coordinadora del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia de Medicina Legal Colombiana, señala que la tasa más alta de suicidio en jóvenes está en edades entre los 15 y 17 años, seguido de niños entre los 5 y los 14 años. En el 2011, 193 menores de edad se suicidaron y entre enero y octubre de 2012, según el registro de Medicina Legal, 149 menores pusieron fin a sus vidas. De estos, 29 tenían entre 5 y 14 años. Antioquia, Nariño, Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca registran, respectivamente, el número más alto de casos de suicidio en menores, con mayor incidencia en los hombres. En Medellín cada tres días una persona se quita la vida, convirtiéndose en la segunda ciudad colombiana con mayor índice de suicidio, después de Bogotá.

Un reciente estudio de la Secretaria de Salud de Medellín, titulado Informe de Vigilancia Epidemiológica de los Eventos Priorizados en Salud Mental, Medellín, año 2.010, pone en evidencia la elevada tasa de suicidios e intentos de

Suicidio en adolescentes

suicidio de la ciudad, la cual resultó ser superior al promedio de Colombia por los últimos diez años. Durante el 2.009 en la capital antioqueña se suicidaron 5,2 personas por cada cien mil habitantes, mientras que a nivel nacional la tasa promedio fue de 4,1, revela el informe. No solo es inquietante la conducta suicida de los medellinenses, sino que también son preocupantes las cifras por los intentos de suicidio. Se estima que cada día 3 personas intentan quitarse la vida y al año se presentan 1.100 casos, siendo mayo, agosto y diciembre los meses de mayor cantidad de intentos de suicidio. En el año 2.010, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) notificaron 1.139 casos de intento de suicidio, de los cuales el 65% corresponden a mujeres. Dato que al ser contrastado con el número de las defunciones por suicidio, refleja que el porcentaje mayor lo encabezan los hombres con un 85,40% frente al 14,60% de las mujeres. El rango de edad con mayor porcentaje de intentos de suicidio fue entre los 18 y 24 años de edad. La distribución de los casos por mes de ocurrencia, revela que durante los meses de febrero, mayo, y agosto se dieron los mayores índices de intento de suicidio. En cuanto a las cifras de defunciones por el fenómeno, reflejan que los meses en que mayor cantidad de muertes hubo fueron julio, agosto y octubre; y entre las edades de 25 y 34 años principalmente.

El informe de la Secretaría de Salud advierte que el Instituto Nacional de Medicina Legal señala que en nuestro país mueren más los hombres por suicidio, aunque se observa en las estadísticas que las mujeres son quienes más intentan

Suicidio en adolescentes

suicidarse. Una persona de cada 20 intentará suicidarse al menos una vez en su vida. La OMS reporta 20 millones de intentos de suicidio en un año.

«El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras”.

Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos

Suicidio en adolescentes

del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.

Según la OMS Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio. En este sentido desde la teoría psicoanalítica podemos plantear la pregunta que motivos incitan a los adolescentes a cometer un acto suicidio, ya conociendo algunos factores que de riesgos que son importantes pero no determinantes para cometer dicho acto.

Esta mirada sobre el suicidio desde una perspectiva epidemiológica tiene su importancia en el sentido de permitirnos identificar la gravedad de un problema desde el punto de vista de su incidencia y prevalencia, es decir da cuenta de un fenómeno que presenta dimensiones verdaderamente alarmantes. Sin embargo es necesario interrogar también el suicidio desde una perspectiva subjetiva, es decir poder identificar las motivaciones más íntimas que pueden llevar al acto a un sujeto en particular y acceder a los procesos o mecanismos psicológicos comprometidos en dicho acto. En este sentido el psicoanálisis se constituye en una vía adecuada para comprender el fenómeno en un enfoque subjetivo.

2. Marco conceptual

En el marco conceptual se va a trabajar la adolescencia, el suicidio o pulsión de muerte y la epidemiología frente al tema principal que es el suicidio en adolescentes. Pulsión de muerte dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el Interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva. El concepto de pulsión de muerte, introducido por Freud en Más allá del principio de placer (Jenseits des Lustprinzips, 1920) y constantemente reafirmada por él hasta el fin de su obra, no ha logrado imponerse a los discípulos y a la posteridad de Freud a igual título que la mayoría de sus aportaciones conceptuales. Sigue siendo una de las nociones más controvertidas. Para captar su sentido, creemos que no basta remitirse a las tesis de Freud acerca de la misma, o encontrar en la clínica las manifestaciones que parecen más aptas para justificar esta hipótesis especulativa; sería necesario, además, relacionarla con la evolución del pensamiento freudiano y descubrir a qué necesidad estructural obedece su introducción dentro de una reforma más general («vuelta» de los años 20). Sólo una apreciación de este tipo permitiría encontrar, más allá de los enunciados explícitos de Freud e incluso de su sentimiento de innovación radical, la

Suicidio en adolescentes

exigencia de la cual este concepto es testimonio, exigencia que, bajo otras formas, ya pudo ocupar un puesto en modelos anteriores. Resumamos primeramente las tesis de Freud referentes a la pulsión de muerte. Esta representa la tendencia fundamental de todo ser vivo a volver al estado inorgánico. En este sentido, «Si admitimos que el ser vivo apareció después que lo no-vivo y a partir de esto, la pulsión de muerte concuerda con la fórmula [...] según la cual una pulsión tiende al retorno a un estado anterior». Desde este punto de vista, «todo ser vivo muere necesariamente por causas internas». En los seres pluricelulares, «[...] la libido sale al encuentro de la pulsión de muerte o de destrucción que domina en ellos y que tiende a desintegrar este organismo celular y a conducir cada organismo elemental (cada célula) al estado de estabilidad inorgánica [...]. Su misión consiste en volver inofensiva esta pulsión destructora, y se libera de ella derivándola en gran parte hacia el exterior, dirigiéndola contra los objetos del mundo exterior, lo cual se hace pronto con la ayuda de un sistema orgánico particular, la musculatura.

3. Propósito y justificación

El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años, porcentaje que ha aumentado en los últimos 10 años. Se considera un problema de salud pública por su magnitud, costos e impacto en individuos, familias, comunidades y sociedad. En muchos casos los intentos de suicidio no son exitosos y los jóvenes que sobreviven continúan en riesgo de suicidio con todas las implicaciones que ello implica.

El objetivo de esta revisión es identificar y analizar los motivos o causas del acto suicida en adolescentes desde la perspectiva psicoanalítica y así lograr obtener diferentes estrategias y herramientas que existen para evaluar el riesgo suicida en los adolescentes e iniciar una intervención oportuna en aras de disminuir las tasas de suicidio y los intentos suicidas, y fortalecer el campo de la salud mental en este grupo de edad.

4. Objetivos de investigación

4.1 Objetivo general

Identificar y analizar los motivos o causas del acto suicidada en adolescentes desde la perspectiva psicoanalítica.

4.2 Objetivos específicos

- Abordar los conceptos de suicidio en la bibliografía psicoanalítica.
- Abordar los conceptos adolescencia en la bibliografía psicoanalítica.
- Establecer relaciones teóricas que contribuyan a la comprensión del fenómeno referidos al suicidio y adolescencia.
- Identificar el proceso psíquico involucrado en la relación del adolescente frente al suicidio.

5. Diseño metodológico

El desarrollo del presente trabajo se dio en tres tiempos o fases metodológicas, las cuales se equiparan a los momentos planteados desde la metodología en *investigación documental*; el *diseño*, constituye la primera fase en la estrategia de investigación, comprende la definición del tema, la delimitación conceptual, temporal y espacial; además, conlleva una revisión de estudios anteriores y de la literatura que posibilite conocer qué se ha dicho sobre el asunto materia de interés, desde qué perspectiva y con qué resultados (Galeano,2004). Este proceso permite justificar el proyecto que se plantea puesto que mediante el estado de la cuestión es posible identificar que la pregunta planteada no ha sido respondida o, de serlo así, no desde la perspectiva que se propone. La fase de diseño engloba estrategias de búsqueda, localización y consulta de materiales; estas estrategias no deben ser rígidas sino flexibles desde las cuales sea posible generar diseños emergentes en caso tal de no encontrarse disponibles algunos documentos o que su estado de conservación no sea óptimo (Galeano, 2004)

La segunda fase se conoce como *gestión e implementación*, es en este momento que se busca y selecciona la información implicando el rastreo de documentos existentes disponibles y las fuentes complementarias; deben establecerse criterios de inclusión de las fuentes documentales, además nombrar las técnicas de análisis de la información (análisis visual, de contenido, del discurso). Desde este estudio se considera que las principales fuentes de documentación son los textos de Freud, Lacan y textos clásicos en el estudio de la adolescencia, estudios acerca del suicidio, pulsión de muerte, epidemiología en los que sea posible dar cuenta tanto de la unidad de

Suicidio en adolescentes

análisis como de las categorías básicas, dejando abierta la posibilidad de aparición de nuevas unidades; ahora bien, respecto a la técnica de análisis de la información se especifica que en este caso será de contenido.

El tercer momento o fase metodológica se relaciona con la *comunicación de resultados*, proceso que se hace mediante un escrito monográfico en el que se incluye además de los hallazgos en relación al tema, la memoria metodológica de la investigación; comprende también la socialización y discusión de los resultados lo que permite la validación por consenso, la difusión y el surgimiento de nuevas preguntas u otros proyectos (Galeano, 2004).

6. Suicidio

La palabra suicidio viene del latín sui, de sí mismo, y caedes, asesinato (asesinato de sí mismo); en el diccionario de la Real Academia Española una de sus designaciones es “acción y efecto de suicidarse.

6.1 Epidemiología del suicidio

Según las estimaciones de la OMS, cada 40 segundos se produce una muerte por suicidio, lo que supone que mueren más personas por esta causa que en todos los conflictos armados activos en la actualidad en todo el mundo. Mucho más habitual es la tentativa de suicidio, y más aún la ideación suicida. Sin embargo, no existen estadísticas rigurosas de las conductas suicidas, ya que su incidencia es difícil de precisar. Existe la tendencia de los familiares a no notificar el hecho, debido a tabúes de tipo religioso o a intereses económicos.

El trastorno psiquiátrico más frecuente entre los sujetos suicidas es el trastorno afectivo, seguido del abuso de sustancias psicoactivas (especialmente alcohol) y la esquizofrenia.

Suicidio en adolescentes

Suicidio a nivel mundial

Según datos a nivel mundial cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. Eso supone unas 800.000 al año y una media de 11,4 por cada 100.000 habitantes. Y se calcula que por cada adulto que consuma un suicidio, otros 20 lo intentan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el primero que analiza este asunto de forma global con datos de 172 países entre 2000 y 2012 y lanzó una advertencia: “Este informe es una llamada a la acción para hacer frente a un gran problema de salud pública que ha sido envuelto en un tabú durante demasiado tiempo. El estigma impide a muchos ciudadanos pedir ayuda y, cuando lo hacen, muchos no la encuentran en los sistemas de salud. Sin embargo, los suicidios son prevenibles”, explicó Margaret Chan, directora general de la organización.

La investigación revela grandes diferencias entre países no solo por razones culturales, sino también por cuestiones como la educación o el acceso a la sanidad. Las tasas más altas se registran en Guyana, las dos Coreas, este de África, India, Japón y Rusia, con valores de hasta 44 suicidios por 100.000 habitantes, mientras que las más bajas se encuentran en el norte de África, Arabia Saudí, Indonesia y México, con tasas por debajo de 5. España queda fuera de este último grupo solo por una décima, con una tasa de 5,1.

Pero hay características comunes en todo el planeta. Por ejemplo, los hombres se suicidan más que las mujeres, aunque ellas lo intentan más. Las tasas son más altas en los jóvenes y adolescentes y mayores de 70 años, La OMS advierte, de hecho, que esta es la segunda causa

Suicidio en adolescentes

principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años en todo el mundo. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los medios más utilizados.

Suicidio a nivel latinoamericano

Chile es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, sólo superado por Corea del Sur. La cifra es especialmente alarmante en Jóvenes. De acuerdo al estudio “Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud” del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, basado en los antecedentes desde 1983 a 2003, la tasa más alta de suicidio en jóvenes corresponde a varones de 20 a 24 años. También las cifras crecen en los adolescentes. Según cifras del ministerio de Salud, si en 2000 se suicidaban cuatro de cada 100 mil personas entre 10 y 19 años, esa cifra en 2010 se elevó a ocho y se estima que para 2020 se llegará a 12 suicidios por cada 100 mil jóvenes, lo que representa un incremento del 200 por ciento.

El Departamento de Salud pública puso énfasis en la adicción al alcohol y las drogas puesto que “el consumo de alcohol y droga está asociado con mortalidad, ya sea por accidente o también asociado con suicidio porque sobre todo con el alcohol cuando una persona está en un momento angustioso puede resultar un ansiolítico temporalmente, pero también desinhibe y muchas veces desinhibe las angustias en términos que los hace a veces tomar decisiones impulsivas o sin haberlas pensado adecuadamente”.

Suicidio en adolescentes

Suicidio en Colombia

El informe “FORENSIS” del año 2014, plantea que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su sistema de información (SIRDEC), registró 1.878 casos por suicidio en Colombia. Asimismo, en la última década (2005-2014), el sistema médico legal colombiano presentó 18.336 registros por suicidio, es decir que, en promedio, 1.833 personas se suicidan cada año en el país. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la tasa de suicidios ha permanecido relativamente estable en los últimos años; debido a que en el año 2005 se presentaban en promedio 4,94 suicidios por cada 100.000 habitantes y en el 2013 la tasa fue de 4,4 por cada 100.000 habitantes, lo que representa un leve descenso. En el año 2014, el suicidio fue la cuarta causa de muerte violenta en el país, después del homicidio (13.683 casos), los accidentes de tránsito (5.840) y los accidentes de otro tipo (2.502). La mayoría de los que acabaron con sus vidas tenían entre 20 y 30 años y eran hombres.

En ese sentido, el Ministerio impulsa una serie de medidas definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que buscan disminuir esta conducta.

Según la OMS, estos cuatro puntos son clave para lograr el objetivo:

1. Restricción del acceso a los medios de suicidio, como sustancias tóxicas y armas de fuego,
2. Identificación y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales y por consumo de sustancias,
3. Mejora del acceso a los servicios de salud y la asistencia social, y
4. Cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios.

Suicidio en adolescentes

Sin embargo, hace énfasis en que; para que estas acciones sean eficaces requieren de un trabajo multisectorial, continuo y con cobertura a los diferentes grupos poblacionales. Es así como la Organización Mundial de la Salud lidera la Iniciativa Mundial para la Prevención del Suicidio – SUPRE , la cual incluye diversos lineamientos técnicos dirigidos a diferentes actores sociales como: médicos generales, profesionales de los medios de comunicación, docentes y otro personal institucional, trabajadores de la atención primaria en salud, policías, bomberos y otros socorristas de primera línea, así como orientaciones para su intervención en diferentes entornos como las cárceles y dirigidos a otras personas afectadas por el fenómeno como supervivientes. Complementario a lo anterior, el Programa de acción para superar las brechas en salud mental liderado por la OMS incluye entre las condiciones de salud mental priorizadas el módulo de

“Autolesión/Suicidio” que posibilitan la mejora de la detección y manejo oportuna de esta problemática por personal de salud no especializado en los servicios de baja complejidad.

La Organización Mundial de la Salud, desde el año 2005 otorgo el 10 de septiembre para el “Día mundial para la prevención del suicidio”.

Suicidio en Antioquia

En el año 2010 hubo alerta por el incremento en un 15 por ciento en los casos de suicidio en la ciudad de Medellín, con relación al año pasado, la Secretaría de Salud de Medellín tiene listo

Suicidio en adolescentes

el primer estudio sobre salud mental que hace una ciudad latinoamericana con apoyo de la Organización Mundial de Salud (OMS).

Para esta investigación fueron encuestadas 4.000 personas entre los 13 y los 65 años y, según Luis Diego Galeano, coordinador del Comité Municipal de Salud Mental, dicho estudio revela que por cada 3 hombres que se suicidan hay una mujer, pero ellas son las que más lo intentan, sobre todo por estados depresivos. También indica que el mayor número de casos se presenta en personas entre 14 y 29 años, Según un informe del Instituto Nacional de Medicina Legal, Regional Noroccidente, de enero del 2009 a la fecha se han presentado 420 suicidios en Medellín, con un promedio de 11 casos por mes.

"Hay múltiples causas del suicidio y no siempre está asociado a enfermedades mentales como la depresión, aunque si es lo más común, aunque también incide la farmacodependencia, la sobrecarga laboral, las crisis sentimentales, las dificultades económicas, el aislamiento, el maltrato, entre otras", señala Galeano. Medicina Legal también revela que en las comunas donde se presentaron más casos en el primer trimestre del 2012 son Doce de Octubre (5) y El Poblado (4), y el 76 por ciento de los casos fue en personas entre los 11 y los 35 años.

El médico Hernán Mira Fernández, investigador del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia, afirma que el suicidio no debe justificarse, ni calificar a los suicidas como héroes, personas valerosas o mártires y que "es un hecho lamentable y doloroso que en la mayoría de los casos se puede tratar y prevenir" y añade "Cuando una persona está triste, deja de

Suicidio en adolescentes

comer, se encierra, tiene el ánimo decaído y llora con frecuencia debe acudir a consulta. A parte de lo mental, influyen otros aspectos como el abuso sexual y el maltrato, sobre todo en menores, y también influyen factores psicológicos como el modelamiento o la conducta imitativa, por lo que los medios de comunicación deben ser muy prudentes". Según un informe publicado en el 2010 en Antioquia se presentó el 15 por ciento de los suicidios del país y Medellín, después de Manizales, se ubicó como la segunda capital donde más personas se quitaron la vida. De acuerdo con la Secretaría de Salud, en la ciudad hay 4 intentos de suicidios por cada 100 mil habitantes. Los efectos de esa acción en cada persona terminan en daño cerebral y parálisis, aunque muchos se quitan la vida para aliviar a sus familiares de una carga

6.2 Influencia de la edad y el sexo

Las tasas de suicidio consumado se incrementan con la edad, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Así, el suicidio es raro antes de la pubertad, pero su frecuencia aumenta durante la adolescencia y la juventud, en cuanto al sexo, en todos los grupos de edad, la frecuencia de suicidios es de dos a tres veces más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

En los suicidios consumados es habitual utilizar métodos más violentos y de mayor letalidad que los utilizados en los intentos; en estos últimos, el método más empleado con diferencia es el envenenamiento, ya sea con fármacos o con otras sustancias. Pero el método o no que se utilice, depende de una gran gama de factores, como la religión, la parte social, el sexo, el nivel de desarrollo del país o zona e incluso la parte genética. Por ejemplo, Estados Unidos, un porcentaje notable de suicidios son por armas de fuego, mientras que en países menos desarrollados es la

Suicidio en adolescentes

ingestión de pesticidas. El sexo influye también en los medios utilizados para suicidarse. En general, los hombres suelen utilizar medios más violentos y letales, como el ahorcamiento, la precipitación o las armas de fuego, y planean más cuidadosamente el acto, evitando ser descubiertos. Por el contrario, las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos más pasivos, que conllevan a la muerte.

6.3 Suicidio desde un enfoque psiquiátrico

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como “un acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el suicida pretende realizar los cambios deseados”

Depresión (Trastorno afectivo)

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión. Los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión.

Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio
- Aumento del abandono del cuidado personal
- Aumento del deterioro cognitivo

Suicidio en adolescentes

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. La depresión es una de las condiciones diagnosticadas en forma más común entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población en general. En cualquier caso, la depresión es el principal diagnóstico en los sujetos que consuman el suicidio, y representa aproximadamente hasta el 60% de todos los casos de suicidio a nivel mundial.

Xavier Esqué Abelló psicoanalista en Barcelona, de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis de España y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis., Psicólogo, especialista en Clínica y docente del Instituto del Campo Freudiano en España, habla de la depresión como el fenómeno moderno que está adquiriendo la dimensión de una epidemia que atraviesa ya todas las franjas de edad de la población: niños, adolescentes, adultos, mayores.

Xavier Esqué escribe para la revista NEL en México en septiembre del 2012 acerca de la depresión desde una perspectiva psicoanalítica “El psicoanálisis nos enseña que el superyó se

Suicidio en adolescentes

engrandece cuando el sujeto cede en su deseo y accede a la recuperación del plus de goce en su máxima inmediatez. Ahora bien, el sujeto que elige recuperar el plus de goce a costa de ceder en su deseo lo pagará, tarde o temprano, con el afecto depresivo, ésta es la falta moral, ésta es la "cobardía moral" del sujeto deprimido que Lacan menciona.

El capitalismo nos vende la ilusión de que los objetos del mercado van a colmar nuestra falta, que van a colmar nuestra división, el imperativo consumista es una nueva cara del superyó. Por otra parte, la ascensión de los objetos del mercado al zenit social tiene la contrapartida de producir una disolución de los lazos sociales. La relación al Otro en la depresión se encuentra perturbada, el sujeto deprimido experimenta un fuerte sentimiento de soledad, un gran desinterés general invade al sujeto y ello tiene consecuencias en su decir. El acto de hablar, el decir, suele estar afectado, el sujeto siente, piensa, que no tiene nada interesante por decir, tampoco nada interesante que escuchar. Se produce así una separación entre el sujeto y el Otro propiciada por una desvalorización de la palabra.

El psicoanálisis aun cuando no acepta la depresión como una entidad clínica unificada no deja de aportar respuestas, pero esas respuestas son una por una, porque la clínica psicoanalítica es una clínica del sujeto, y como tal cuestiona la forma particular en que cada sujeto, a través de su depresión, trata de situarse en relación al deseo y al goce. Es decir que, para la clínica psicoanalítica, lo que está en juego en el sufrimiento del ser hablante, depresivo o no, es la relación del sujeto al goce, así como su relación al saber inconsciente.”

Suicidio en adolescentes

Depresión en adolescentes

“En la actualidad los motivos de consulta nos muestran que existe un alto porcentaje de adolescentes con síntomas y diagnósticos depresivos: tristeza profunda, desánimo, llanto frecuente, baja tolerancia a la frustración, falta de interés por actividades cotidianas y de crecimiento personal. Estos síntomas son de gran preocupación para sus familias porque los jóvenes presentan conductas disfuncionales y falta de herramientas para afrontar las situaciones y desafíos de la vida diaria”, explica Luz Ángela Ayala Benavides, psicóloga clínica. Camilo Umaña, Médico egresado de la UIS y psiquiatra de la Universidad del Rosario. Es miembro de la Asociación Colombiana y Santandereana de Lucra contra la Depresión y el Pábico, así como la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Además, es miembro de la Clínica Isnor. Camilo Umaña hablo en la revista vanguardia de Bucaramanga Colombia acerca de la depresión en los adolescentes haciendo énfasis en de principales los síntomas, los cuales consisten en: Irritabilidad frecuente con manifestaciones de ira, mayor sensibilidad a la crítica, dolor de cabeza, de estómago o si visita con mucha frecuencia la enfermería, alejamiento de personas como los padres o algunos amigos, no disfrutar de las actividades que por lo general le gustan, sentirse cansado durante gran parte del día, sentimientos de tristeza o melancolía la mayor parte del tiempo, problemas para dormir o está durmiendo más de lo normal, cambio en los hábitos alimentarios, como no tener hambre o comer más de lo habitual, desmejoramiento en las calificaciones escolares, inasistencia, no hacer las tareas.

Por qué aparece la depresión en los adolescentes

Según la clasificación diagnóstica del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

La depresión es un gran componente genético y se dispara con el estrés ambiental. En adolescentes el estrés tiene más impacto por la presencia de personalidad con menor desarrollo y se ha denotado en los estudios que uno de los factores que aumenta la presencia de procesos depresivos son las situaciones históricas en las cuales se enfrentan a ser agredidos. Entiéndase por agresión en ellos ser denigrados de palabra o de obra incluyendo los malos tratos como insultarlos, denigrarlos con conceptos o el maltrato físico o el abuso sexual. Este tipo de situaciones multiplica por tres la posibilidad de presentar un cuadro depresivo.

“La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en los adolescentes” ya que la adolescencia es una etapa del desarrollo en la que se experimentan cambios físicos, psicológicos

Suicidio en adolescentes

y emocionales. Estos cambios son significativos y constantes. Existen eventos que desencadenan los síntomas y signos depresivos: la disfuncionalidad familiar, social y afectiva, el proceso de enseñanza- aprendizaje, los procesos adaptativos a ambientes cambiantes, y los factores predisponentes como el estrés, la angustia generalizada, la pérdida de autoestima, la demanda social y cultural, la exigencia de la moda, el aspecto físico y el rechazo. Estos últimos alteran considerablemente la salud mental y originan síntomas depresivos agudos en la adolescencia. Se puede decir que existe un aspecto de alta relevancia en casos de adolescentes depresivos: orientación sexual y las relaciones amorosas a más temprana edad, generando apego, dependencia y menos responsabilidad en la toma de decisiones. Algunos adolescentes son más vulnerables para enfrentar decepciones o complicaciones en las relaciones de pareja, por el mayor control, dominancia, dependencia, y obsesión. La depresión es un trastorno que requiere acompañamiento terapéutico para evaluar los factores de riesgo, las condiciones psicológicas, conductuales y las redes de apoyo con las que cuentan los adolescentes; en otros casos se requiere la intervención psiquiátrica, “Galvis Ramírez” La mayor parte de los adolescentes que tienen ideas suicidas están, además, con síntomas depresivo. Se puede decir que los principales motivos por los cuales un adolescente se deprime son la pérdida del control sobre su situación vital, sus emociones y la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación).

La depresión hace que la visión del mundo se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. En los adolescentes se puede decir que solo se fijan en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran y rechazan opciones que se les ofrecen para resolver su problema, hasta que parece que no hay solución posible e interiorizan una tristeza persistente y angustiosa

Suicidio en adolescentes

donde empiezan a creer que nada los puede aliviar y que su dolor no va a acabarse nunca. ¡Puede que la única solución sea la muerte!

Abuso de sustancias psicoactivas

Es habitual la asociación entre abuso de sustancias y conductas suicida, el alcoholismo (que provoca un descenso de serotonina) es un factor de riesgo de conducta suicida y más si tiene como comorbilidad asociada la depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad y abuso de otras sustancias como la cocaína (que produce reducción de serotonina, noradrenalina y dopamina).La incidencia de suicidio entre usuarios de drogas es aproximadamente 20 veces la de la población general, y el 70% de suicidios en jóvenes se asocian de alguna manera con el abuso de estas sustancias.

Alteraciones bioquímicas

La serotonina (5-HT) es el neurotransmisor mejor estudiado en relación con el suicidio. Años atrás,Asberg y cols. (1976a y b) observaron que la mayoría de los pacientes deprimidos que habían realizado intentos de suicidio, especialmente de tipo violento, tenía concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) inferiores a las de los pacientes deprimidos que no las habían realizado. Los bajos valores de este metabolito de la serotonina se correlacionan con la impulsividad, la violencia y una mayor letalidad de las conductas suicidas en pacientes con depresión, observándose también en la esquizofrenia y en

Suicidio en adolescentes

sujetos con trastornos de personalidad, estas anomalías podrían explicarse por la respuesta al aumento del estrés excesivo que presentan los individuos antes del suicidio.

Esquizofrenia

El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en pacientes esquizofrénicos es el 4,9%. Parece, que existirían dos subtipos de pacientes esquizofrénicos con un mayor riesgo suicida; por un lado, los pacientes deprimidos (utilizarían métodos más letales y planificarían más su conducta) y los pacientes en los que predomina la sintomatología psicótica (son más violentos e impulsivos).

Ansiedad

Representa un espectro psicopatológico amplio; puede ser secundaria de un trastorno psiquiátrico primario, o un síntoma fundamental en la depresión, abuso de sustancias o en la psicosis; a veces, reacción emocional ante una amenaza existencial, pérdida o conflicto. Por lo que observamos que la ansiedad, depresión, pánico, el miedo, terminan promoviendo la conducta suicida.

Trastornos de la personalidad

Los sujetos con trastorno de personalidad límite tienen pautas de desregulación conductual, como evidencian sus conductas impulsivas extremas y problemáticas, así como los intentos de herirse, mutilarse o matarse. Las conductas suicidas o impulsivas son intentos des adaptativos de

Suicidio en adolescentes

resolución de problema, resultantes de la incapacidad personal para tolerar el malestar emocional el suficiente tiempo como para conseguir soluciones potencialmente más efectivas.

Trastornos mentales

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales.

6.4 Suicidio desde un enfoque neuropsicológico

Estudios acerca del suicidio de adolescentes se orientan a la descripción de factores psicológicos y sociales, pero poco se sabe acerca de las características neurológicas de los adolescentes suicidas (Hawton&Harriss, 2007). De acuerdo a la investigación de Pandey y col. (2004), en los adolescentes el principal desencadenante es la agresividad, la irritabilidad y los comportamientos impulsivos, los cuales se asocian a anomalías en el funcionamiento serotoninérgico, como también a la disminución de la proteína Kinasa C en la membrana y en fracciones de la corteza prefrontal y el hipocampo. Entre los datos relevantes de esta investigación, se encontró que de los 17 adolescentes que murieron a causa del suicidio solo 3 tenían sustancias tóxicas en su organismo y consumían anti depresivos, pero al comparar estos resultados con el grupo de control no se mostraron diferencias significativas; asimismo, de las 17 víctimas de suicidio, 9 tenían algún tipo de trastorno mental –básicamente trastornos de humor– y 8 no tenían historial de trastornos mentales; igualmente estas personas al compararse con el grupo control, no presentaron diferencias significativas; en la comparación por género se hallaron en ambos grupos magnitudes similares de Kinasa C–PKC, lo que quiere decir que los

Suicidio en adolescentes

efectos de la enzima en relación al suicidio no están directamente relacionados con el sexo. En general, el estudio encontró que existe una reducción catalítica de la actividad de la enzima Kinasa C–PKC en el hipocampo de los adolescentes suicidas comparados con el grupo de control, lo cual establece una relación entre las deficiencias de la encima PCK y el suicidio, aspecto que resulta relevante para el desarrollo de estudios posteriores que ayuden a la comprensión de las bases neurobioquímicas del suicidio (Pandey y col., 2004).

6.5 Suicidio desde un enfoque psicológico

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva.

6.6 Suicidio desde un enfoque sociológico

“Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado” (Le Suicide, edición de 1960, pág. 5).

Para Émile Durkheim, el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre el individuo, por lo cual el número de suicidios varía inversamente al grado de integración

Suicidio en adolescentes

de los grupos sociales a de los que el individuo forma parte. Él realizó una clasificación etiológica que corresponde a las distintas causas de suicidio.

Suicidio egoísta

Se debe, según él, a las causas que condicionan el alejamiento del individuo de la sociedad, la cual deja de ejercer una influencia reguladora sobre él. La causa de los suicidios de este tipo está en la desorganización social y la pérdida de los objetivos sociales, lo cual debilita los lazos sociales que atan al individuo a la sociedad y por tanto, a la vida. Este estado general se refleja en la desintegración de los grupos sociales-religiosos, familiares, políticos, que influyen directamente sobre el individuo. Conforme a esto se suicidan más las personas que viven solas que las que forman parte de una institución, grupo o comunidad.

Suicidio altruista

Se produce cuando los intereses personales son absorbidos por completo por los sociales, siendo la integración del grupo tan grande que el individuo deja de existir como persona independiente. Durkheim incluyó en este tipo las antiguas costumbres que exigían al individuo el suicidio ante determinadas circunstancias (en el caso de los esclavos por la pérdida del amo, entre los esquimales por la vejez, entre otras). En estos casos el suicidio es pedido por la sociedad y la persona no tiene otra posibilidad que suicidarse. Quitarse la vida en estos términos es honroso, y no hacerlo es ignominioso.

Suicidio en adolescentes

Suicidio Anómico

Según Durkheim, se produce cuando la relación habitual del individuo y la sociedad se rompen repentinamente. Esto ocurre generalmente durante las conmociones sociales, las crisis económicas, en fin cuando el individuo pierde la capacidad de adaptarse al medio, a las nuevas exigencias que resultan de las transformaciones sociales, perdiendo el nexo que lo une a la sociedad. Sirve de ilustración el caso de la persona que se suicida por la pérdida del empleo, de un familiar querido, de la fortuna, entre otras. Por último, el suicidio fatalista es aquel que se produce como resultado de un exceso de reglamentación que hace insoportable la vida. Este tipo de suicidio lo cometen las personas cuyo futuro está despiadadamente tapizado y cuyas pasiones son violentamente comprimidos por una disciplina opresiva.

Suicidio maniático

Producido como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. Deriva de la enfermedad de la manía. Es un torbellino constante de ideas y sentimientos entre los que puede surgir la idea del suicidio provocados por la alucinación.

Suicidio melancólico

La idea del suicidio nace de estados de extrema depresión en los que el individuo deja de apreciar los vínculos que le unen con la vida, es similar al maniático ya que la idea de suicidarse

Suicidio en adolescentes

puede surgir de alucinaciones con la salvedad de que en este caso las ideas gozan de una gran fijeza. Preparan la ejecución con gran detenimiento.

Suicidio obsesivo

En este caso la idea del suicidio es similar a un instinto, la idea fija de la muerte se va apoderando del individuo. El enfermo sabe que esta idea es absurda, el problema es que el individuo ha de luchar contra este sentimiento porque si se abandona esta ansia por matarse puede vencerle. Es una especie de ansiedad, por eso se le ha llamado suicidio ansioso.

Suicidio impulsivo o automático

Carece de razón tanto en la realidad como en la imaginación del enfermo, surge la idea sin fundamento y progresivamente se va apoderando de la voluntad, en un tiempo más o menos largo y bruscamente puede provocar la ejecución. Tras esta clasificación Durkheim descarta que estos tipos engloben todos los suicidios, por lo tanto queda también descartado la hipótesis de que el suicidio nazca de la locura ya sea esta transitoria y duradera. Un porcentaje alto de suicidios son deliberadamente preparados y además no son fruto de alucinaciones. “Se habla que el suicidio es un acto consciente y planeado que refleja en forma ideal (con frecuencia falsificada) las fuerzas sociales que empujan al hombre a suicidarse” Durkheim.

6.7 Clasificación de las ideas suicidas

La **OMS** define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual Pascual y otros, 2005). Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

Por tanto, se puede diferenciar entre:

Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida.

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Suicidio consumado: Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.

Suicidio frustrado: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

Simulación suicida: Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque ha y fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.

Ideación suicida: Son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

Gesto suicida: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.

Suicidio en adolescentes

Amenaza suicida: Es dar a entender con palabras a sobre una acción suicida que se realizará.

Suicidio colectivo: La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos (como un par de enamorados o cónyuges), representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.

Suicidio racional: Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

Intento de suicidio: Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

El para suicidio o lesión deliberada: Sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del para suicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.

Se estima que a nivel mundial por cada suicidio acontecen 20 intentos (OMS, 2003). Otras investigaciones mostraron también como quienes consuman el suicidio habían hecho intentos previos (Pérez, 2007 y De Zubiría, 2007).

6.8 Factores de riesgo sobre el suicidio

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros. Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.

Modificables

Trastorno afectivo, Esquizofrenia, Trastorno de ansiedad, Abuso de sustancias, Trastorno de personalidad, Otros trastornos mentales, Salud física, Dimensiones psicológicas.

Inmodificables

Heredabilidad genética, Sexo, Edad, Estado civil, Situación laboral y económica, Creencias religiosas, Apoyo social, Conducta suicida previa

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental.

Suicidio en adolescentes

Factores de riesgos familiares y contextuales

- Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado
- Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

Factores socio familiares y ambientales

- La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.
- Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.

Suicidio en adolescentes

- La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato.
- Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de conducta suicida.
- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo y no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante.
- Orientación sexual, aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida. Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil.
- Acoso por parte de iguales en adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.
- Fácil acceso a armas, medicamentos, tóxicos: Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida. Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento.

Suicidio en adolescentes

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.

Suicidio en adolescentes

- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica

Factores precipitantes

- Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes, factores psicológicos individuales o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio, pueden servir como factores facilitadores del suicidio.
- Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes).

6.9 Factores protectores sobre el suicidio

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. Su conocimiento es muy importante y se pueden dividir en:

Personales

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales

Suicidio en adolescentes

- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

6.10 Fases del suicidio

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas. Desgraciadamente existen muchos textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás son los más graves, y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna, evitarían que ambas ocurrieran. El espectro

Suicidio en adolescentes

completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme",...).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mis familiares duermen"). Se le conoce también como plan suicida.

7. Suicidio desde el psicoanálisis

“Sólo esto ha quedado de mí,
estoy vacío,
ya no tengo nada que darle,
he estado junto a ella siempre
y ahora le exijo a la vida que
me deje vivir mi muerte.”

Federico de Victoria

El suicidio siempre se ha presentado como un misterio para la humanidad, el psicoanálisis pues también tiene su propia lectura sobre él. Para el psicoanálisis la muerte es un tema de suma importancia que lo atraviesa de inicio a fin, y considera que es una de las marcas más importantes que posee el sujeto, enlazándola a las nociones de instinto y pulsión. Freud, el padre del psicoanálisis, frente a los cuestionamientos sobre lo que sucedía en la vida cotidiana de su comunidad, se manifestó acerca del suicidio, en abril de 1910 participo en el debate de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. El texto es recopilado en sus obras completas y aparece como Contribuciones para un debate sobre el suicidio, texto donde señala el equívoco de culpar a la

Suicidio en adolescentes

escuela como el factor motivador del suicidio en los jóvenes y el “deber” de llevarlos al querer vivir. En cuanto al suicidio en especial, lo que se atreve a preguntarse ante aquel auditorio es: “cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir, de intensidad tan extraordinaria; si sólo puede acontecer con auxilio de la libido desengañada, o bien existe una renuncia del yo a su afirmación por motivos estrictamente yoicos” (Freud, 1910/1998, pág. 232)

Freud propone el suicidio como otra salida asociada a la melancolía y al duelo. Lo que lo dirigirá, a su texto de Duelo y Melancolía.

En el texto Duelo y Melancolía realizan la diferencia entre ambos asuntos, siendo la más evidente que el duelo es una pérdida de objeto consciente, mientras que la melancolía supone también una pérdida, pero es inconsciente, porque no se sabe qué se perdió. Aunque tienen la diferencia en que el duelo es al exterior y en la melancolía al interior. Otra de las diferencias esenciales es el debilitamiento y rebajamiento del Yo. “El cuadro de este delirio de insignificancia –predominantemente moral- se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida” (Freud, 1917/1998, pág. 244) Ese desagrado moral que menciona es reiterado o recordado a sí mismo por esa instancia, que en un principio denominaba “conciencia moral”, es decir el Superyó.

Freud llegó a pensar en que se hizo una identificación con ese objeto de amor que se perdió en el exterior, así es como el objeto del castigo y de los reproches superyoicos es el Yo, y que la

Suicidio en adolescentes

elección de objeto que se había realizado antes, hacia el exterior, descansaba sobre bases narcisistas, de tal manera que al retirar la libido del objeto exterior, fue inmediatamente dirigida hacia el Yo, evitando así la hostilidad hacia el otro. Por tanto, habrá ambivalencia también en este vínculo con el Yo, es decir, el amor y la necesidad de sobrevivir y el odio trasladado a los autoreproches y castigo; en otras palabras, querer deshacerse de ese objeto que daña, pero también preservarlo, pues se le ama. “Sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y... peligrosa” (Freud, 1917/1998, pág. 249) En una primera instancia podría pensarse que en el suicidio lo que encontramos es una acción de matar a otro, sin embargo, esta idea contradice de alguna manera lo dicho sobre su elección narcisista, puesto que se ha elegido un objeto amoroso producto de la identificación, es decir, de la semejanza, y entonces, al querer matar a ese otro externo, no es más que a sí mismo al que finalmente desea matar. Lo que queda claro del texto es que el conflicto del melancólico es entre el Yo y el Superyó. O, de los suicidios conscientes como un resultado directo de esta necesidad de autocastigo. Freud también habla de otro tipo de suicidio, de los inconscientes o “tolerados inconscientemente”, o bien los intentos inconscientes de suicidio, como aquellos en los que el sujeto no ha expresado su deseo de morir, pero que su comportamiento lo lleva a sufrir “accidentes” que debido a sus historias precedentes tal pareciera que son intencionados para autocastigarse. Como dice Pereña (2001) “La melancolía conduce al suicidio y así suele suceder cuando no se acompaña de la reclusión narcisista en la que el Yo se hace actor y escenario de esa interminable y aburrida representación sadomasoquista que Freud resume en la expresión <culpa sádica> o desvergonzada” (Pág. 143), lo que subraya que la melancolía puede llevar al suicidio, siempre y cuando, no funcione el sadismo proferido por el Superyó. O bien, como se ha visto comúnmente, es en el estado contrario donde puede aparecer el suicidio, en la manía; como ese

Suicidio en adolescentes

momento en el que no existen ya barreras para el acto, porque todo es acting, sin que medie síntoma, represión o palabras para detenerlo; “esa supuesta energía libidinal que no se gasta en el proceso represivo, que no se traba en el lazo social ni se cifra en el inconsciente, es simple energía de muerte que se pierde como <hemorragia> imparable.” (Pereña, 2001, Pág. 134) Es claro que el suicidio no es otra cosa que darse muerte por sí mismo, usando la expresión de “levantar la mano contra uno mismo”, en cualquiera de sus dimensiones simbólica, imaginaria o real o bien la creación de un síntoma y otras formaciones del inconsciente. En todo caso, el Superyó aparecería en todos aquellos intentos de suicidios fallidos, esos sí podrían leerse como actos provocados y calificados por dicha instancia. Así, en el suicida malogrado no sería la pulsión de vida la que triunfó, sino el sadismo súper yoico que desea mantener a su objeto en pie para seguir castigándole, incluso por su inutilidad de no poder autoaniquilarse.

Por lo anterior, las muertes que aparentemente son accidentales podrían ser explicadas desde esta óptica, en la que el sujeto no pretende castigarse continuamente sino, por el contrario, pasar desapercibido por el castigador. Cuando un sujeto se suicida No se mata al otro dentro del sujeto, se mata al Yo del sujeto. Como Freud dijera en el melancólico, por el que la elección objetal es de base narcisista, a quien se mata es al mismo Yo que representa a ese otro abandonador. Cierto que ese Yo se conformó por el otro, en todo caso se mata a todos, a todo. Tal vez por eso se dejan mensajes o el mismo suicidio es ya un mensaje dirigido a los demás. En realidad al matarse el Yo lo que queda es el Otro, el Otro completo, el Otro que ya no desea, pero ese Otro que es como el Amo, que sin su esclavo tampoco existirá. Así, no queda ni el sujeto ni el Otro.

7.1 Teoría de la pulsión en el acto suicida

Este término es fundamental en la teoría psicoanalítica y Freud en el año de 1915, lo manifiesta desde su escrito Proyecto de Psicología, donde habla sobre una vivencia de satisfacción. Es designado como «un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma». (pág. 117). Entonces se puede decir que la pulsión es una representación del estímulo en el aparato psíquico, y le solicita al aparato psíquico que lo tramite.

A la pulsión se la diferencian en dos básicas, las pulsiones de vida o de muerte, La meta de la primera es construir es producir unidades cada vez más grandes y, así, conservarlas, o sea, una ligazón; la meta de la otra es, al contrario, disolver nexos y, así destruir las cosas del mundo”. (Freud, 1937, pág. 146), aunque Freud advierte no ser los únicos grupos de pulsiones, sino que con estos grupos enfatiza muchos de sus postulados.

En la medida que avanzamos como especie, lo que se pretende es evitar la muerte, pero no podemos evitarla completamente, ya que se intenta de diversas maneras retrasarla, pero en cualquier momento se alcanza. Es una meta a la cual vamos a llegar, pero lo hacemos por un camino, en ocasiones, largo, “bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad, que, sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar adversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer”. (Freud, 1920, pág.10). Entonces, en la búsqueda de la vida, se puede alcanzar la muerte. Pero sabemos, que siempre estamos en busca de algo que antes hemos tenido, (a lo cual Freud llamo principio de inercia), o

Suicidio en adolescentes

si antes de lo orgánico era inorgánico, y queremos repetir esa primera vivencia de satisfacción, donde se requiere de una descarga a cero del aparato y éste se quedaría sin energía para trabajar, entonces sería la muerte. Es el caso del suicidio, algunos actos inconscientes que llegan a este fin, se han hecho visibles de diferentes maneras, con la dificultad del sujeto en expresar lo que no ha podido denominar, sino a través del acto repetitivo donde la transferencia representa ese recordar diferente. Es como si la pulsión lograra su cometido. Freud en su texto más allá del principio de placer, manifiesta que la pulsión siempre está en busca de la satisfacción plena. Si constantemente buscamos satisfacer completamente esa vivencia primaria, es también la búsqueda constante de ese objeto a, desde el momento en que se realiza el complejo de castración.

7.2 Suicidio por el ideal del yo

De los tres sistemas (Yo, Ello y Superyó) descriptos por Freud en la segunda tópica del aparato psíquico, el Yo es el que posee mayor movilidad de los tres, de lo cual se puede decir que algunas de las funciones yoicas están dirigidas a “neutralizar las ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflicto, creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones”, restableciendo el equilibrio psíquico, eliminando una fuente de peligro y tensión. Como denominador común de todos los mecanismos de defensa encontramos que de cumplirse su cometido, logran limitar el desenvolvimiento de la angustia y permiten al yo seguir funcionando globalmente. La presencia de ansiedad es indicadora del fracaso de las mismas. Las conductas defensivas no existen solamente en procesos patológicos, sino que intervienen normalmente en el ajuste adaptativo del sujeto. Un desarrollo defensivo adecuado implica la

Suicidio en adolescentes

posibilidad de requerir demasiados recursos para el logro del equilibrio y no el uso de algún mecanismo de manera estereotipada. La variación y la plasticidad son también mecanismos a nivel psíquico los cuales son indicadores de salud o patología, determinados mecanismos pueden ser transitorios o estructurales.

Se puede decir que gracias a estas funciones del yo, el adolescente puede lograr asimilar los cambios según la edad propia. En algunas ocasiones el aparato psíquico cumple bien las funciones pero encontramos un mundo externo donde les exigen a los adolescentes ser un “adulto pequeño” y es acá donde el adolescente entra en discusión con el ideal del yo y con el ideal que tiene el mundo externo con él, es importante mencionar que la discusión que empieza a enfrentar el ideal de yo con el ideal del mundo exterior crea ansiedades acabo del tiempo el yo, no puede equilibrar el aparato psíquico perdiendo así el funcionamiento normal de este, y lo que puede llevar al suicidio del adolescente.

“Miguel Ángel Blanco, un adolescente de 16 años, que cursaba décimo grado en el colegio Buckingham de Bogotá no resistió la presión académica y se suicidó. Temía rajarse en una materia y con ello perder el año”

“En el Colegio Champagnat de Ibagué una adolescente de 13 años tomó el revolver de su papá, un ex pensionado de la Policía, y se quitó la vida con dos disparos. Se trató de un caso de bullying porque según cuentan los compañeros de clase que pertenecían a un nivel social más alto la humillaban por vivir en un barrio popular”

Suicidio en adolescentes

En Bogotá, un adolescente de 13 años dejó una carta antes de quitarse la vida, en la cual le pedía perdón a sus padres por la decisión que había tomado y les pedía que arrojaran sus cenizas al mar. Las malas calificaciones por deficientes resultados escolares lo habían sumido en la depresión.

Todos estos casos de suicidios adolescentes tienen un denominador común; el ideal que tiene el mundo externo de ellos, el mundo como los quieren ver, lo que conlleva que haya una exigencia propia más elevada que los lleva al auto castigo y que vean el suicidio como única salida, pues piensan que no podrán cumplir con las exigencias del mundo externo.

La presión de los padres de familia de la escuela y la sociedad, en ocasiones es demasiado fuerte, lo que conlleva al adolescente a un estado de ansiedad continua la cual desencadena en un pánico. Un ataque de pánico es un estado de ansiedad altamente peligroso. En Bogotá un adolescente define un ataque de pánico como: “El corazón palpita rapidísimo, se sube la sangre a la cabeza, no se puede pensar, se siente angustia y un temor horrible, una cosa que agolpa el pecho, se siente que se viene el mundo encima”

Cuando un adolescente entra en estado de pánico, Natalia González, psiquiatra infantil y de la adolescencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, adscrita al Centro Médico Imbanaco de Cali, dice que lo podemos comparar “Como cuando alguien está dentro de un cuarto llenándose de llamas y humo y ve una ventanita por donde se puede botar. Es un escape. Está obnubilado por el peligro, que en este caso es el peligro psicológico, y pierde la capacidad de pensar racionalmente. Es un momento y ya. Es un acto impulsivo desesperado en el que no se

Suicidio en adolescentes

mide que el acto que va a cometer es irreversible. Tal vez creen que van a volver. Hay algo de fantasía, de magia, de inmadurez, que no los deja entender que es una decisión para siempre”.

En los diferentes momentos y circunstancias de la vida los adolescentes se sienten abrumados, por el hecho de querer responderle a una sociedad y principalmente a una familia, aquí entra a jugar lo que el adolescente espera de él y lo que esperar el mundo externo de él, en ocasiones los papas caen en el error de la repetición de una y otra vez de ciertas cosas como reproches, regaños, esta repetición la podríamos llamar también cantaleta para lograr el objetivo de que los adolescentes cumplan su mandato, lo que en realidad los adultos no logran visualizar es que la “repetición de la repetidora” no es saludable para el estado mental de los adolescentes.

Según el psiquiatra Jorge Augusto Franco López, “son más los efectos negativos que generan las conocidas ‘cantaletas, aparte de afectar la autoestima y la fortaleza “llega a perjudicar la relación entre padres e hijos, puede crear más distancia entre ellos. Los padres en su afán de formar y desear que sus hijos sean personas de bien y ‘alguien en la vida’, rayan en atormentar y cansar siempre con el mismo cuento”. Los padres de familia creen que repitiendo varias veces la misma orden y recordando a cada rato la acción se cumplirá, lo que no es así, sólo conlleva a ser contraproducente y no obtener resultados.

Es tal el grado de desatención a la que llegan los adolescentes, que terminan por desentenderse por completo de lo que exigen los padres, y es allí donde entran a reñir, unos por no “hacer caso” y otros por sentirse defraudados al no lograr su cometido, e incurrir en comentarios desobligantes, palabras, frases o calificativos, que terminan por hacer sentir mal al otro. Los padres de familia están llamados a mejorar los canales de comunicación con los hijos,

Suicidio en adolescentes

con intervenciones más cortas y precisas, siendo claros con lo que se quiere, se considera que la llamada cantaleta se debe a múltiples factores como: Falta de comunicación clara, abierta y reciproca con los hijos, estilos de crianza rígidos y poco adaptativos, creencias equivocadas relacionadas con la crianza, manejo inadecuado de la autoridad. Las cantaletas no contribuyen a la formación de los hijos, existen maneras más eficaces y sanas de educar: el ejemplo, el diálogo abierto, el castigo no físico en casos necesarios (importante, que sea un castigo proporcional a la falla, un castigo bien aplicado puede ser pedagógico. Un grito, insulto, agresión física, amenaza y la cantaleta, empeora la situación). Los adolescentes se desconectan volviéndose sordos al mensaje repetido una y otra vez o por lo contrario logra introyectar tanto la cantaleta o los “sermones” que no generan resultados positivos, y estos adolescentes terminan tomando la salida del suicidio.

7.3 Pulsión de vida y muerte

Freud designa a las pulsiones de muerte como la categoría fundamental de pulsiones que se opone a las pulsiones de vida, con el fin de reducir completamente las tensiones, o sea, volver al individuo vivo al estado inorgánico de quietud y reposo. Estas pulsiones de muerte se orientan en un primer momento hacia el interior del sujeto e intentan destruirlo, y en segundo lugar, se manifestarían exteriormente en forma de agresión destructiva. Esta hipótesis especulativa de Freud es una de las más controvertidas de su teoría, que para justificarla sería necesario relacionarla con la evolución de su doctrina para llegar a descubrir su necesidad. La tesis de Freud con referencia a la pulsión de muerte, representa la orientación de todo ser viviente a retornar al estado inorgánico, si se admite que un ser vivo aparece después de lo no vivo; y desde esta perspectiva, cada ser vivo deja de existir necesariamente por causas internas. La misión de la

Suicidio en adolescentes

libido es hacer inofensiva a esta pulsión, derivándola hacia los objetos del mundo exterior, como pulsión destructiva, pulsión de dominio o voluntad de poder. Una parte de esta pulsión desempeña un rol importante en la función sexual, por ejemplo en el sadismo y otra parte queda ligada en el organismo, como en el masoquismo erógeno originario. Freud describe en el desarrollo de la libido, la combinación de la pulsión de vida y la pulsión de muerte, en su forma sádica y masoquista. Uno de los motivos que llevaron a Freud a establecer la existencia de una pulsión de muerte fue considerar los fenómenos de repetición que se observa en los pacientes, que no se pueden reducir a la búsqueda del placer de la libido o al intento de controlar las experiencias no placenteras.

Otro de los motivos es la importancia de la ambivalencia, tal como se observa en la neurosis obsesiva y en la melancolía. El odio no proviene de la vida sexual sino de la lucha del yo para su afirmación y conservación. El odio es la relación de objeto más antigua que el amor. Las pulsiones contrarias son las fuerzas que se enfrentan en el conflicto intrapsíquico. Freud insistió en mantener esta tesis de la pulsión de muerte porque los hechos muestran que aún en los casos de mayor furia destructiva y ciega, puede coexistir una satisfacción de la libido. La noción de pulsión de muerte, además de tener importancia teórica para Freud, se lo sugieren hechos muy precisos que tienen valor en la clínica y en la cura, como las manifestaciones del masoquismo, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpa de los neuróticos, que hace difícil creer que el funcionamiento psíquico depende sólo de la tendencia al placer. La oposición entre las dos pulsiones fundamentales, de vida y de muerte, se relaciona con los procesos de asimilación y desasimilación, que desembocarían en el par antitético, que prevalece en el reino inorgánico, de

Suicidio en adolescentes

atracción y repulsión. Lo que intenta designar Freud como pulsión de muerte es su elemento fundamental que es la tendencia a retornar al estado anterior de reposo absoluto de lo inorgánico.

Freud afirma que el principio del placer representa las exigencias de la libido y parece estar al servicio de las pulsiones de muerte; y lo distingue del principio de nirvana que es el que permite reducir las tensiones a cero y que estaría enteramente al servicio de las pulsiones de muerte. La sexualidad representa un principio de cohesión, es la ligazón; y la meta es crear unidades cada vez mayores y mantenerlas, en tanto que el fin de la pulsión destructiva es lo contrario, disolver y destruir las cosas. Las pulsiones de vida, también designadas como Eros, incluyen tanto las pulsiones sexuales como las pulsiones de auto conservación. Basado en el "Diccionario de Psicoanálisis" de Laplanche y Pontalis, Editorial Labor, 1971

8. Adolescencia

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones; por la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada sujeto experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años"

8.1 Adolescencia desde la psicología

Para hablar de la adolescencia desde la psicología se retomaron a dos autores importantes uno es Erik Erikson quien también fue psicoanalista pero le contribuyó con grandes aportes a la psicología del desarrollo tomando como eje fundamental la adolescencia, el otro autor es Kurt Lewin quien habla del desarrollo del adolescente y el espacio como vital en las relaciones de este.

Kurt Lewin

Define a la adolescencia “Como un período de transición en el que se producen grandes cambios que afectan al individuo debido a la rapidez en que se producen y por la modificación radical de su espacio vital, que se vuelve inestructurado y desconocido y que lo hace sentir inseguro de sí mismo”. En algunas sociedades modernas, el adolescente puede sentirse como un hombre marginal que se encuentra en la frontera entre dos grupos, el de los niños y el de los adultos, sin pertenecer a ninguno de los dos; porque la pretensión de acercarse a cualquiera de estos dos grupos mayoritarios lo hace sentir frustrado, disminuido, inestable e incomprendido. Al mismo tiempo pertenecer a un grupo minoritario socialmente como el de los adolescentes, sin poder de participación o decisión, que adopta las conductas impropias de un sujeto marginado; le produce un conflicto, forzándolo a elegir valores, formas de pensar y actitudes del mundo de los niños y de los adultos que lo ayuden a resolver situaciones y que a la vez no produzcan resistencia o rechazo en su nuevo grupo. Dentro de ese marco social puede ser sensible y tímido, pero su conducta también puede revelar impulsos altamente agresivos. El conflicto de valores produce gran estrés emocional porque no es fácil que un adolescente sea reconocido con seriedad fuera de sus pares. Un adolescente puede llegar a decisiones extremas y rebelarse a todo, porque es el momento de la vida en que se pone en tela de juicio lo establecido y la oportunidad de arriesgarse a intentar el cambio. Kurt Lewin observa el aspecto dinámico de la conducta adolescente, y lo describe como un juego de fuerzas positivas y negativas en su espacio vital, que tiene en cuenta las diferencias individuales y culturales, ya que la sensibilidad frente a las influencias del ambiente cambia significativamente en cada persona. En sociedades con marcos de referencias rígidos la transición será más difícil y cuanto más profunda sea las fisuras generacionales mayores serán las dificultades.

Erik Erikson

Habla del desarrollo de la identidad y la crisis de identidad, ya que el adolescente presenta una confusión de identidad. El adolescente desarrolla un sentido coherente del yo, incluyendo el papel que juega en la sociedad. Tanto el sentido del yo y el papel de la deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades e intereses y deseos de forma que se puedan expresar socialmente. La naturaleza caótica del adolescente se debe a su conflicto de identidad. Lograr la identidad en el adolescente significa que han resuelto los siguientes problemas: elección de una ocupación, adopción de valores en qué creer y por qué vivir, desarrollar una identidad sexual satisfactoria, si no logran esto caen en un empobrecimiento general. Para Erikson la identidad es una concepción coherente del YO formada por metas, valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme durante la adolescencia, la formación del yo se refiere al desarrollo de un sentido estable del YO que es necesario para hacer la transición de la dependencia de los demás a la dependencia de uno mismo.

La crisis de identidad por la que pasan los adolescentes es una etapa de intensa de autoexamen y toma de decisiones; sin embargo esta crisis de identidad es lo que lleva a los adolescentes a formación de la identidad.

Cuando un adolescente no logra su identidad es porque han tomado la ruta de:

Suicidio en adolescentes

- **Exclusión de la Identidad:** La cual consiste en que los adolescentes optaron prematuramente por una identidad que los otros le proporcionaron, se convirtieron en lo que los demás deseaba para ellos, sin pasar por una crisis de identidad.
- **Moratoria:** El adolescente con respecto a la elección de su identidad, se encuentran en el proceso de explorar activamente varias opciones de roles pero todavía no se han comprometido con ninguno de ellos.
- **Difusión de la identidad:** Evitan considerar las opciones de roles de manera consciente.

Muchos de los adolescentes se sienten insatisfechos y se sienten incapaces de iniciar una nueva búsqueda para “encontrarse” y ven actividades escapistas como por ejemplo: alcoholismo o el abuso de drogas, para lograr encontrar esa identidad perdida.

8.2 Caracterización de los adolescentes

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas, la adolescencia se caracteriza por que al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.

Suicidio en adolescentes

Aspectos psicológicos en los adolescentes

- Búsqueda de sí mismos, de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Factores de riesgo en la adolescencia

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar

Suicidio en adolescentes

- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Se sabe que no todos los adolescentes corren los mismos riesgos, unos están más expuestos que otros a las limitaciones y adversidades que pueden impedirles llegar a ser adultos responsables y productivos. La magnitud del riesgo en adolescentes depende de la intensidad del compromiso de la conducta, del número de otras conductas de riesgo asociadas, de la manera en que se constituyen en estilos de vida, de la edad de inicio de la conducta y del grado de combinación con conductas protectoras. La necesidad del adolescente de ser reconocido como alguien, lleva a preferir ser alguien temido o detestado que ser nadie, generándose riesgos severos. Existen también los factores protectores son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten al adolescente su calidad de vida, desarrollo y bienestar social ;se pueden clasificar en externos :una familia extensa ,apoyo de un adulto significativo , integración social y laboral ;los internos son : autoestima ,seguridad en sí mismo ,facilidad para comunicarse ,empatía. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar

Suicidio en adolescentes

Los factores protectores

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del auto -cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.

Las expectativas y confianza de las personas en los adolescentes, pone en evidencia las fortalezas y aspectos positivos con que cuentan, por ello es necesario reconocer la fortaleza innata de los adolescentes, de sus familias, de sus centros educativos, de sus comunidades y no solo el riesgo, ni los problemas o la patología.

8.3 Resiliencia en la adolescencia

El nacimiento es la primera individuación del ser humano del vientre materno al medio externo, el recién nacido es acogido por el medio familiar y queda bajo su cuidado. La adolescencia es un segundo nacimiento, en el cual el individuo nace a la sociedad más amplia, por tanto inicia un

Suicidio en adolescentes

desprendimiento del sistema familiar; una diferenciación psicosocial del medio familiar que lo lleva a una resignificación de esas relaciones.

La emergencia de la adolescencia trae un nuevo panorama en el cual debe reelaborar el concepto de resiliencia. A medida que se avanza en edad, durante las etapas de crecimiento, el medio familiar, escolar, comunitario, los comportamientos emergentes, las nuevas interacciones sociales, los espacios de exploración e inserción, ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgos.; el diario vivir es resignificación de sí mismo y de su entorno. En la adolescencia el proceso de crecimiento y desarrollo es acelerado, los diferentes eventos de diferenciación se realizan tan rápidamente que generan una crisis, la cual además de ser constructiva y estructurante cumple la importante tarea de lograr la identidad, la adaptación e incorporación a la sociedad, en este proceso adopta ciertas actitudes que la exponen a múltiples riesgos, por tanto el enfrentamiento a situaciones de adversidad es diferente. Los adolescentes han acumulado necesidades y destrezas y entran velozmente a probarlas con nuevos impulsos, capacidades físicas e instrumentos cognitivos; las respuestas se basan más en la propia comprensión de lo que es una situación de peligro potencial, en la autoeficacia para responder a los riesgos y en la toma de decisiones ante los problemas. Desde la perspectiva familiar e incluso de grupos adultos de la sociedad, la adolescencia rompe esquemas o interpreta realidades de modo diferente, por lo que este segundo nacimiento no despierta simpatía. La estigmatización del periodo adolescente no favorece la resiliencia, haciendo que las capacidades resilientes se bloqueen, se obstaculicen y se impida su expresión. Si el medio adulto cercano mantiene la empatía hacia la experiencia emocional adolescente, facilita el desarrollo de la resiliencia, sin

Suicidio en adolescentes

embargo, una de las pérdidas frecuentes durante la adolescencia es la pérdida de la empatía del mundo adulto.

Se reduce la vulnerabilidad adolescente al tener en el entorno la oportunidad de desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas; al recibir de adultos significativos los modelos apropiados para la solución de problemas cotidianos. La influencia negativa de pares, factores de la personalidad, conducta antisocial y baja autoestima bloquean la resiliencia.

9. Adolescencia desde el psicoanálisis

La adolescencia es la etapa de la vida durante la cual el sujeto busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos (biológicos y físicos) en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la personalidad infantil.

Ana Freud dice que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmoción de este periodo de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Sobre esta base, y teniendo en cuenta el criterio evolutivo de la psicología, es que podemos aceptar que la adolescencia más que una etapa estabilizada es un proceso y desarrollo. Debe por lo tanto comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una identidad semipatológica, que ha sido denominado como “síndrome normal de la adolescencia” por parte de Aberastury Arminda y Mauricio Knobel, este síndrome se considera normal ya que es perturbado y perturbador para el mundo adulto, pero necesario, absolutamente necesario, para el adolescente, que en este proceso va a establecer su identidad, que es un objetivo fundamental de este momento vital. Para ello, el adolescente no solo debe enfrentar el mundo de los adultos

Suicidio en adolescentes

para lo cual no está del todo preparado, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil en el cual y con el cual, en evolución normal, vivía cómoda y placenteramente, en relación de dependencia, con las necesidades básicas satisfechas y roles claramente establecido. Siguiendo las ideas de Aberastury Arminda (1910-1972), podemos decir que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

Duelo por el cuerpo infantil perdido

Base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.

Duelo por el rol y la identidad infantiles

Obliga a una renuncia de la dependencia y a la aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.

Duelo por los padres de la infancia

Trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí son adultos o están en vías de serlo. Estos duelos verdaderas pérdidas de personalidad van acompañadas por todo el

Suicidio en adolescentes

complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones, transitoria y fugazmente, adquieren la característica del duelo patológico. Esta situación del adolescente frente a su realización evolutiva, basada en las relaciones interpersonales de su infancia, a la que deberá de abandonar, lo lleva a la inestabilidad que lo define, constituyendo una especie de identidad nosológica, nombrada como “síndrome de la adolescencia normal”. Este síndrome, producto de la situación evolutiva, surge, por supuesto, de la interacción del individuo con el medio. El mundo de los adultos, como los padres, no acepta las fluctuaciones imprevistas del adolescente sin conmoverse, ya que reedita en los adultos ansiedades básicas que habían logrado controlarse hasta cierto punto.

El adolescente aislado no existe, como no existe ser alguno desconectado del mundo, aun para enfermarse. La patología es siempre la expresión del conflicto del individuo con la realidad, sea a través del interjuego de sus estructuras psíquicas o del manejo de la misma frente al mundo exterior. En virtud de la crisis esencial de la adolescencia, esta edad es la más apta para sufrir los impactos de una realidad frustrante.

Creemos que las manifestaciones del medio van a determinar la expresión de la normal anormalidad del adolescente, pero de ninguna manera podemos condicionar toda la realidad biopsicológica de este proceso evolutivo a las circunstancias exteriores. La necesidad de elaborar los duelos básicos a que nos hemos referido anteriormente, obligan al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta. Se produce un cortocircuito del pensamiento en donde se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante

Suicidio en adolescentes

la expresión a través de la acción, aunque en forma fugaz y transitoria, lo cual diferencia al adolescente normal del psicópata, que persiste con intensidad en el uso de este modo de conducta. El adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y toda la sociedad. Es decir es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en que actúa. Esto es lo que actualmente percibimos en nuestra sociedad que proyecta sus propias fallas en los así llamados desmanes de la juventud, a la que se responsabiliza de la delincuencia, las adicciones a las drogas, la prostitución, entre otras.

Es la sociedad la que recurre a un mecanismo esquizoide haciendo que una de sus propias partes en conflicto como lo es la juventud, adquiera las características de todo lo malo y permita así la agresión del mundo del adulto, con singulares características sado masoquistas. La severidad y la violencia con que a veces se pretende reprimir a los jóvenes sólo engendran un distanciamiento mayor y una agravación de los conflictos, con el desarrollo de personalidades y grupos más y más anormales, que en última instancia implican una autodestrucción suicida de la sociedad. Así vemos al adolescente, de uno y otro sexo, en conflicto, en lucha, en posición marginal frente a un mundo que coarta y reprime. Es este marginarse del joven lo que puede llevarlo a la psicopatía franca, a la actividad delictiva, o puede también ser un mecanismo de defensa por el cual preserva los valores esenciales de la especie humana, la capacidad de adaptarse modificando del medio que trata de negar la satisfacción instintiva y la probabilidad de llegar a una adultez positiva y creadora.

9.1 Síndrome de la adolescencia

Aberastury Arminda y Mauricio Knobel desarrollan la tesis del “síndrome normal” de la adolescencia. Así, afirma que los adolescentes atraviesan normalmente desequilibrios e inestabilidades extremas de los que se defienden y manifiestan en conductas también extremas. Lo que configura una identidad semipatológica, que es perturbado y perturbador para el mundo adulto, pero necesario, absolutamente necesario, para el adolescente, que en este proceso va a establecer su identidad, que es un objetivo fundamental de este momento vital.

De allí, los autores propone describir una “patología normal” del adolescente.

Los síntomas de esta patología son:

- Búsqueda de sí mismo.
- Tendencia grupal, sobre identificación masiva entre los miembros del grupo que conlleva a una huida a la uniformidad.
- Necesidad de fantasear e intelectualizar ante las dificultades que le presenta la nueva realidad.
- Crisis religiosa acompañada de nuevas preocupaciones en el campo metafísico y ético.
- Desubicación temporal. Vive en tiempo presente, experimenta como urgente toda demanda, tanto exterior como interior, y consecuentemente le resultan intolerables las postergaciones.

Suicidio en adolescentes

- Evolución del autoerotismo hacia la heterosexualidad.
- Actitudes sociales reivindicatorias que generan la característica rebeldía de este período.
- Tendencia a la acción, a la actuación, que implica el pasaje del impulso a la conducta sin la mediación del pensamiento y la palabra.
- Separación progresiva de los padres.
- Fluctuación del humor y del estado de ánimo.

La mayor o menor anormalidad de este síndrome normal se deberá a los procesos de identificación y del duelo que haya podido hacer el adolescente. En la medida en que vaya elaborando los duelos verá su mundo interno mejor fortificado, esta normal anormalidad será menos conflictiva y perturbadora.

9.2 Búsqueda de sí mismo y de la identidad

La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo o del self la cual se refiere al reconocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico en su mundo circundante. A este concepto se une el conocimiento del substrato físico y biológico de la personalidad.

Suicidio en adolescentes

Entrar al mundo de los adultos, deseado y temido, significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento. Los cambios psicológicos que se producen en este periodo y que son el correlato de los cambios corporales, llevan a una nueva relación con los padres y el mundo. Ello sólo es posible si se elabora lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo de niño, la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia. Cuando el adolescente se incluye en este mundo con el cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo a cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo. En este período fluctúa entre una dependencia y una independencia extrema y sólo la madurez le permitirá más tarde aceptar ser independiente dentro de un marco de necesaria dependencia. Pero, al comienzo, se moverá entre el impulso al desprendimiento y a la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. Es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social. Este cuadro es frecuentemente confundido con crisis y estados patológicos. Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo que exigen del adolescente nuevas pautas de convivencia, son vividos al principio como una invasión. Esto lo lleva a retener, como defensa, muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y afán de alcanzar un nuevo status. También lo conduce a un refugio en su mundo interno para poder reencontrarse con su pasado y desde allí enfrentar el futuro. Estos cambios, en lo que pierde su identidad de niño, implican la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un plano consciente e inconsciente. El adolescente no quiere ser como determinados adultos, pero en cambio, elige a otros como ideales, se va modificando lentamente y ninguna premura interna o externa favorece

Suicidio en adolescentes

esta labor. La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen en evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación de la niña y el semen en el varón, que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no solo en la unión con la pareja sino en la procreación. Sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente sus aspectos de niño y de adulto, puede aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad. Ese largo proceso de búsqueda de identidad ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de la pérdida de la identidad infantil que se produce cuando comienzan los cambios corporales.

El adolescente presenta como varios personajes, y a veces ante los mismos padres, pero con más frecuencia ante diferentes personajes del mundo externo que nos podrían dar de él versiones totalmente contradictorias sobre su madurez, su bondad, su capacidad, su afectividad, su comportamiento e, incluso, en un mismo día, sobre su aspecto físico. Las fluctuaciones de identidad se experimentan también en los cambios bruscos, en las notales variaciones producidas en pocas horas por el uso de diferentes vestimentas, más llamativas en la niña adolescente, pero igualmente notables en el hombre, especialmente en el mundo actual.

No solo el adolescente padece este largo proceso sino que los padres tienen dificultades para aceptar el crecimiento a consecuencia del sentimiento de rechazo que experimentan frente a la genitalidad y a la libre expresión de personalidad que sufre de ella. Esta incompreensión y rechazo se encuentran muchas veces enmascarados bajo la otorgación de una excesiva libertad que el

Suicidio en adolescentes

adolescente vive como abandono que en realidad lo es. Frente a esta actitud el adolescente siente la amenaza inminente de perder la dependencia infantil, si asume precozmente su rol genital y la independencia total, en momentos en que esa dependencia es aún necesaria. Cuando la conducta de los padres implica una incomprensión de las fluctuaciones llamativamente polares entre dependencia-independencia, refugio en la fantasía afán de crecimiento, logros adultos-refugio en logros infantiles, se dificulta la labor del duelo, en la que son necesarios permanentes ensayos y pruebas de pérdida y recuperación de ambas edades: la infantil y la adulta.

Sólo cuando su madurez biológica está acompañada por una madurez efectiva e intelectual que le permita su entrada en el mundo del adulto, estará equipado de un sistema de valores, de una ideología que confronta con la de su medio y en donde el rechazo a determinadas situaciones se cumple en una crítica constructiva. Confronta sus teorías políticas y sociales y se embandera, defendiendo un ideal. Su idea de reforma del mundo se transforma en acción. Tiene una respuesta a las dificultades y desórdenes de la vida. Adquiere teorías estéticas y éticas. Confronta y soluciona sus ideas sobre la existencia o inexistencia de Dios y su posición no se acompaña por la exigencia de un sometimiento ni por la necesidad de someter. Pero antes de llegar a esta etapa nos encontramos con una multiplicidad de identificaciones contemporáneas y contradictorias; por eso, el adolescente se presenta como varios personajes: es una combinación inestable de varios cuerpos e identidades. No puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar los que va adquiriendo y en esa dificultad de adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su identidad sexual. Es el primer momento esa identidad de adulto es un sentirse dolorosamente separado del medio familiar, y los cambios en su cuerpo lo obligan también al desprendimiento de su cuerpo infantil. Sólo algunos logran el

Suicidio en adolescentes

hallazgo de encontrar el lugar de sí mismo de su cuerpo y del mundo, ser habitantes de su cuerpo en su mundo actual, real, y también adquirir la capacidad de utilizar su cuerpo y su lugar en el mundo. Este proceso de la vida cuyo sino es el desprendimiento definitivo de la infancia, tiene sobre los padres una influencia no bien valorada hasta hoy. El adolescente provoca una verdadera revolución en su medio familiar y social y esto crea un problema no siempre bien resuelto. Ocurre que también los padres viven los duelos por los hijos, necesitan hacer el duelo por el cuerpo del pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil. Ahora son juzgados por sus hijos, y la rebeldía y el enfrentamiento son más dolorosos si el adulto no tiene conscientes sus problemas frente al adolescente. El problema de la adolescencia tiene una doble vertiente que los casos felices puede resolverse en una fusión de necesidades y soluciones. También los padres tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renunciaciones de su parte. Al perderse para siempre el cuerpo de su hijo niño se ve enfrentado con la aceptación del devenir, del envejecimiento y de la muerte. Debe abandonar la imagen idealizada de sí mismo que su hijo ha creado y en la que él se ha instalado. Ahora ya no podrá funcionar como líder o ídolo y deberá, en cambio, una relación llena de ambivalencias y de críticas. Al mismo tiempo, la capacidad y los logros crecientes del hijo lo obligan a enfrentarse con sus propias capacidades y a evaluar sus logros y fracasos.

El adolescente busca la solución teórica de todos los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentando a corto plazo: el amor, la libertad, el matrimonio, la paternidad, la educación, la filosofía, la religión. La inserción en el mundo social del adulto, con modificaciones internas y su plan de reformas, es lo que va definiendo su personalidad y su

Suicidio en adolescentes

ideología. Por tanto debe formarse un sistema de teorías, de ideas, un programa al cual aferrarse y también la necesidad de algo en lo que pueda descargar el monto de ansiedad y los conflictos que surgen de su ambivalencia entre al impulso al desprendimiento y la tendencia a permanecer ligado. Esta crisis intensa la soluciona transitoriamente huyendo del mundo exterior, buscando refugio en la fantasía, en el mundo interno, con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista.

La hostilidad frente a los padres y el mundo en general se expresa en su desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo de la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad misma. Sufre crisis de susceptibilidad y celos, exige y necesita vigilancia y dependencia, pero sin transición surge en él un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos. La calidad del proceso de maduración y crecimiento de los primeros años, la estabilidad en los afectos, el monto de gratificación y frustración y la gradual aceptación a las exigencias ambientales van a marcar la intensidad y gravedad de estos conflictos. Con todo este conflicto interno que se ha descrito, el adolescente se enfrenta en la realidad con el mundo del adulto, que al sentirse atacado, enjuiciado, molestado y amenazado por esta ola de crecimiento suele reaccionar con una total incompreensión, con rechazo y con un reforzamiento de su autoridad.

La sociedad en que vivimos con su cuadro de violencia y destrucción no ofrece suficientes garantías de sobrevivencia y crea una nueva dificultad para el desprendimiento. El adolescente, cuyo sino es la búsqueda de ideales y de figuras ideales para identificarse, se encuentra con la violencia y el poder. Tal posición ideológica en el adolescente es confusa y no puede ser de otro

Suicidio en adolescentes

modo, porque él está buscando una identidad y una ideología, pero no las tiene. Sabe lo que no quiere mucho más de lo que quiere ser y hacer de sí mismo; por eso los movimientos estudiantiles carecen a veces de bases ideológicas sólidas. Con frecuencia el adolescente se somete a líder que lo politiza y, en el fondo, reemplaza a las figuras paternas de las que está buscando separarse, o no tiene más remedio que buscar una ideología propia que le permita actuar de un modo coherente en el mundo en el que le toca vivir, pero si es así, no se le da el tiempo para lograrla, se lo apremia y responde con violencia. A más presión parental, a más incompreensión frente al cambio, el adolescente reacciona con más violencia por desesperación y desgraciadamente es en este momento decisivo de la crisis adolescente cuando los padres recurren por lo general a dos medios de coacción: el dinero y la libertad.

Se hablan de tres exigencias básicas de la libertad que plantea el adolescente de ambos sexos a sus padres: la libertad en salidas y horarios, la libertad de defender una ideología y la libertad de vivir un amor y un trabajo. De estas tres exigencias los padres parecen ocuparse en especial de la primera: la libertad en las salidas y horarios, pero más profundamente este control sobre las salidas y horarios significa el control sobre las otras libertades: la ideología, el amor y el trabajo. Cuando los padres responden ante la demanda de libertad restringiendo las salidas y utilizando la dependencia económica “cortando los víveres”, es que hubo algo mal llevado en la educación anterior y los padres se declaran vencidos.

El amor, además es sólo un aspecto de la problemática de la adolescencia: hay muchos otros problemas que son profundamente importantes para ellos. Casi todos saben ya que la libertad sexual no es promiscuidad, pero sienten y expresan la necesidad de descubrir experiencias que

Suicidio en adolescentes

no siempre son totales pero que necesitan vivir. Para que puedan hacerlo tienen que hallar cierta aprobación de sus padres para no sentir culpa. Pero esta aprobación no debe tener por precio la exigencia de que informen sobre sus actos. Necesitan vivir sus experiencias para ellos. Se habla de la importancia de la palabra, de la necesidad del adolescente de hablar de sus logros. Es frecuente que los padres se quejen de que ya no pueden hablar entre ellos, de que los hijos adolescentes “toman la palabra” y capturan la situación. Esos padres no se han dado cuenta de que escuchar es el camino para entender que está pasando es sus hijos. El adolescente de hoy, como el de todos los tiempos, está harto de consejos, necesita tener sus experiencias y comunicarlas, pero no quiere, no le gusta ni acepta que sus experiencias sean criticadas, calificadas, clasificadas ni confrontadas con las de los padres. El adolescente percibe muy bien que cuando los padres empiezan a controlar el tiempo y los horarios están controlando algo más: su mundo interno, su crecimiento y su desprendimiento. El joven sano de hoy está de vuelta de muchas de las problemáticas del adulto, diría que es más posible que el adulto aprenda del adolescente y no que el adulto pueda darle su experiencia. Para hacer estos tanteos es necesario dar libertad, y para ello hay dos caminos: dar una libertad sin límites, que es lo mismo que abandonar a su hijo; o dar una libertad con límites, que impone cuidados, cautela, observación, contacto afectivo permanente, dialogo, para ir siguiendo paso a paso la evolución de las necesidades y los cambios en el hijo. Toda adolescencia lleva, además del sello individual, el sello del medio cultural, social e histórico desde el cual se manifiesta, y el mundo en que vivimos nos exige más que nunca la búsqueda del ejercicio de la libertad sin recurrir a la violencia para coartarla.

9.3 Sigmund Freud

Sigmund Freud (1953) consideraba la etapa genital de la maduración sexual como el principio fundamental de la adolescencia. Ésta es un nuevo despertar de los impulsos sexuales de la etapa fálica, la cual ahora se orienta por canales aprobados socialmente: relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia. Debido a los cambios fisiológicos de la maduración sexual, los adolescentes ya no reprimen su sexualidad como lo hacían durante la etapa de fálica en la niñez. Sus necesidades biológicas hacen esto imposible. Típicamente atraviesan por una etapa homosexual, lo cual puede manifestarse en rendir culto, como si fuera héroe, a un adulto, o en una estrecha relación de camaradería, precursora de relaciones maduras con personas del otro sexo. Antes que esto se logre, las personas jóvenes tienen que sentirse a sí mismas libres de dependencia en relación con sus progenitores. Para los psicoanalistas la adolescencia es un momento de “sturmunddrang”; es decir de “ímpetu y borrasca”, cuya causa primordial es el conflicto sexual (Blum, citado por R. E. Grinder). De esta causa se derivan características tales como: sentimientos de aislamiento, ansiedad y confusión, unidas a una intensa exploración personal, que conduce paulatinamente a la definición del sí mismo y al logro de la identidad; también la inconsistencia en la actuación, pues unas veces luchan contra sus instintos, otras los aceptan; aman y aborrecen en la misma medida a sus padres; se rebelan y se someten; tratan de imitar y a la vez, quieren ser independientes. Según Freud el adolescente es más idealista, generoso, amante del arte y altruista que lo que será jamás en lo adelante, pero a la vez es egocéntrico y calculador.

Suicidio en adolescentes

Desde Freud, el psicoanálisis se ocupó de lo infantil, y situó en la niñez el tiempo y los procesos fundamentales de constitución del sujeto en tanto ser con capacidad para reconocer su imagen por medio de otro. En la niñez se constituye una imagen narcisista y se define la matriz de las identificaciones. Lacan la situó como el tiempo de incidencia estructurante de lo simbólico y de fundación de lo imaginario, constitución que abre la posibilidad de relación con el propio cuerpo y con los otros.

Débora Nitzcaner afirma que: “Freud distinguió al niño del adulto en torno a la pubertad biológica, definiendo estados del sujeto que se refieren a los movimientos de la estructura, orientados por los desfiladeros del Edipo”.

Cuando Freud toma como referente la pubertad, y en relación con ella hace el desarrollo de ciertas características estructurales en su texto Tres ensayos de teoría sexual, habla de Las metamorfosis de la pubertad. Si Freud nos sitúa en la vertiente de las metamorfosis de la pubertad que hace las metamorfosis en ese momento de la vida. Freud reconoce que si bien durante la infancia se plantean cierto número de elecciones, hay algo que no se ha establecido de manera definitiva, y que se reactualiza en la adolescencia. Son las elecciones de objeto, hetero u homosexuales, y las elecciones de posición, principalmente en cuanto a la sexuación.

Las metamorfosis señaladas en el texto de Freud son entonces, las que atañen al objeto y a las metas sexuales. Dice: “la pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas

Suicidio en adolescentes

singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual...”

Lo nuevo es, entonces:

El hallazgo del objeto sexual, hallazgo señalado por Freud como “Un re-encuentro, y la nueva meta”. Freud señala también como algo importante, la reunión de las dos corrientes dirigidas al objeto: la sensual y la tierna; así como también la “separación entre lo masculino y lo femenino”. En relación con la importancia que tiene la adolescencia como momento de reencuentro, Eduardo León señala que al finalizar la niñez están sin responder la mayor parte de los acuciosos interrogantes que han determinado en el sujeto las llamadas por Freud “neurosis infantiles”, estas no son, en todo caso, más que una primera elaboración que hace el sujeto de su encuentro con el deseo del Otro y con lo traumático de la pulsión. Posteriormente, bajo Las metamorfosis de la pubertad, se encuentra que al entrar en la pubertad se reedita ese encuentro con la pulsión sexual y ello, por una parte, pone a prueba la solución encontrada por el sujeto en la infancia, y por otra, confronta con algo nuevo, lo cual tiene como consecuencia que “las soluciones encontradas en la infancia siempre resultarán insuficientes”.

Es cierto que el hecho de la maduración sexual que se alcanza con la pubertad, posibilita al sujeto un nuevo tipo de goce. Sin embargo, esta posibilidad dada desde lo orgánico sólo puede realizarse si es asumida subjetivamente, para lo cual se requiere que el sujeto haya renunciado o sea capaz de renunciar a los objetos incestuosos. Es decir, la pubertad trae aparejados reajustes

Suicidio en adolescentes

importantes, debidos a la repartición que debe llevarse a cabo entre los objetos sexuales y los padres. Es en este periodo que, afirma Freud, el objeto parental se ve definitivamente condenado como objeto sexual. Las metamorfosis de la pubertad, colocan al sujeto en la necesidad de reelaborar sus elecciones de objeto, aun cuando esta elección ya está planteada; pero en ese momento “decidirá” su elección para la existencia. Por eso se ha señalado, no sin razón, que en el corazón del proceso adolescente se imagina la pregunta ¿Qué soy?, y ser adolescente es, antes que nada, construir una respuesta a esa pregunta. Estas respuestas pueden vacilar en la edad adulta, pero ello ocurrirá en la medida en que se hayan planteado de manera insegura en la adolescencia.

Adolescencia o Pubertad

Ninguno de los dos es, estrictamente, un término del psicoanálisis, si bien Freud lo utilizó en referencia a un momento de modificación de la pulsión sexual, pubertad es un término arraigado en la medicina. El Diccionario de la Real Academia Española la define así: “Pubertad. (Del lat. *pubertas*, -*ātis*). f. Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta”

Usualmente la medicina cobija bajo el término pubertad, todo el proceso de cambios somáticos y endocrinos que suelen caracterizar la segunda década de la vida de los seres humanos. La activación de ciertos circuitos hormonales (el eje hipotálamo, hipófisis, gónadas), determina, además de los cambios que se observan en cuanto a ganancias de talla, peso y modificación de ciertas características corporales-, para el hombre la capacidad de producción de esperma y para la mujer la maduración de los óvulos, y para ambos sexos la maduración de los órganos sexuales

Suicidio en adolescentes

y la aparición de los llamados caracteres sexuales secundarios. Con todo ello se establece la capacidad reproductiva. En cuanto al término Adolescencia el DRA (Manual médico) aporta la siguiente definición: Adolescencia: (del latín *adolescere*, crecer) Edad que sucede a la infancia. Por su parte, la Página del idioma español nos informa que “La palabra adolescencia proviene de la raíz indoeuropea *al-* (nutrir, crecer), de la cual se derivó la voz latina *alere* (nutrir, alimentar), que a su vez dio lugar a *alescere* (crecer, aumentar). A partir de *alescere*, unida al prefijo *ad-*, se formó el verbo *adolescere* (crecer, desarrollarse). Freud en ocasiones utiliza, dentro de sus referencias clínicas, el término adolescente o adolescencia, pero siempre parecen hacerlo para referirse a un momento cronológico, en la segunda década de la vida. En ningún momento hacen, bajo la designación de adolescencia, un desarrollo relativo a lo que serían las características propias de esta etapa. Ello nos permite afirmar que la adolescencia no es un tema propiamente psicoanalítico. De Freud sabemos que se ocupó de algunos adolescentes. Publicó dos textos a partir del trabajo clínico con 2 de ellas (Dora y la paciente conocida como la joven homosexual), ambas de 18 años y en quienes los problemas que en ambos casos por solicitud de sus padres, las llevaron al consultorio de Freud. Freud realiza una teoría a partir de lo infantil, entendido no como inmadurez, sino con referencia al tipo de satisfacción esencialmente autoerótico, y de una relación al objeto en el cual este es accedido sin consideración a sus necesidades y sus deseos.

Alexandre Stevens señala que generalmente se habla de crisis de adolescencia en el sentido global y psicológico del término y puntualiza que esta es una designación que cubre algo extremadamente vago y que, en este sentido, es incluso anticlínica. En relación con el problema de la estructura en la adolescencia, señala este mismo autor que es cierto que suele haber ciertas dificultades diagnósticas, porque en este momento de la vida la estructura está más cubierta por

Suicidio en adolescentes

cierto número de fenómenos, pero afirma que recubrir toda la clínica bajo la expresión crisis de adolescencia, es un error. Pero igualmente sería erróneo, disolver al niño o al púber en una clínica generalizada del sujeto, en un absoluto fuera del tiempo cronológico y lo real de la vida del cuerpo. En el texto *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*, Lacan formula que “los estados instintuales son ya organizados en subjetividad cuando se vive”. Por lo tanto, como señala Stevens, tomando la precaución de no hacer de ello un referente exclusivamente del desarrollo, nada “nos impide utilizar el término adolescencia, aunque el término pubertad es más pertinente en la clínica”

9.4 Depresión y suicidio en adolescentes

El suicidio a causa de una depresión, es la tercera causa de muerte entre adolescentes en el mundo, según el informe de la Organización Mundial de la Salud, (OMS). No puede olvidarse que en muchos casos la depresión tiende a ser recurrente y las personas pueden presentar varios episodios a lo largo de la vida; de allí la importancia de identificarla y tratarla en edades tempranas. La principal consecuencia destacada por varios autores en la literatura sobre depresión, es el suicidio, el cual se pronostica que aumentará a nivel mundial, en los próximos años en todas las edades (Gómez, Malagón, Romero y cols., 2002; Sarason&Sarason, 1999).

Específicamente, en la población adolescente estadounidense, se ha constatado un notorio aumento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, en el rango de edad que va de los 15 a los 24 años, especialmente en hombres (aumento de 5.2 % en 1960 a 13.1 % en 1986, Bernad,

Suicidio en adolescentes

2000). Por otro lado, los intentos de suicidio en la adolescencia tienen como predictores episodios de depresión previos, disforia, frustración, enojo e intención de morir en la infancia. Se ha mostrado que los adolescentes que refieren haber tenido una infancia triste, tiene mayor probabilidad de tener ideas de suicidio (Serfaty, 2000). De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal en Colombia, en 1994 el suicidio era la tercera causa de muerte violenta en personas de 15 a 45 años, después del homicidio y la muerte accidental. En 1998 se dio una incidencia de 5 suicidios por cada 100.000 habitantes; en 1999 este índice continuó estable, pero se conoció que había una proporción de cada 3 hombres, una mujer y una mayor incidencia en el grupo de 15 a 24 años (Gómez, Malagón, Romero y cols., 2002). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo y se calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda dolencia más frecuente y la primera causa de ausentismo laboral y escolar en países desarrollados.

Actualmente, las cifras hablan de un 20 por ciento de los niños y adolescentes del planeta con alguna enfermedad mental, pero los síntomas depresivos y la depresión se han convertido en un problema de magnitud notoria.

Álvaro Franco, psiquiatra especializado en niñez y adolescencia, concuerda con que la enfermedad está en aumento, y la define como “un estado de aburrimiento, irritabilidad y desesperación”, con síntomas muy puntuales. Para el especialista, la principal causa es “la necesidad de ser aceptados por los demás ante los altos estándares de éxito exigidos en los ambientes académicos, familiares y sociales; agrega que la depresión “es una enfermedad multifactorial y aparece en jóvenes susceptibles (con carga genética para depresión, herencia

Suicidio en adolescentes

familiar de enfermedad mental), por factores ambientales y estresores como: disfunción familiar, poca supervisión de los padres, maltrato, violencia y abandono.

10. Conclusiones

El suicidio es considerado actualmente un problema de salud pública por sus implicaciones en múltiples esferas de la vida de una persona, familia y sociedad. Teniendo en cuenta que es una entidad multifactorial y que conocemos muchos de los factores de riesgo asociados, es necesario adoptar en nuestra práctica las intervenciones que han demostrado mayor impacto en cuidado primario, es decir, la capacitación de los médicos de familia para sospechar, identificar, tratar y remitir oportunamente a los pacientes en los que se detecte algún trastorno mental (especialmente depresión) u otro factor de riesgo para intento de suicidio. Además, utilizar sin temor tratamiento farmacológico antidepresivo cuando se crea necesario involucrando a la familia en el tratamiento, brindando educación sobre los beneficios y riesgos de estos medicamentos y realizando un seguimiento estricto en pacientes deprimidos.

No hay que olvidar que un adolescente que sobrevive a un intento suicida tiene un riesgo altísimo de volver a cometerlo, y muchas veces se acercan a los servicios de salud antes de intentarlo nuevamente;¹³ en la medida que todos estos pacientes sean detectados oportunamente, podremos causar un impacto en la disminución de los intentos de suicidio y disminuir las tasas de mortalidad, sin olvidar que en estos casos es indispensable dar la importancia que se debe a lo que manifieste el adolescente y nunca menospreciar sus intenciones,⁴ apoyando y proporcionando soporte emocional a aquellos que no cuentan con una adecuada red de apoyo necesaria para afrontar esta clase de problemas.

Referencias

- Aberastury, A. (2012). *Aberastury, los tres duelos del adolescente*. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Psicopsi: <http://psicopsi.com/Aberasturi-tres-duelos-adolescente>
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). *La adolescencia normal : un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Blum, R. (1997). Riesgo y resiliencia. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(1), 16-6.
- Cerda, L. P. (2006). *El suicidio en Nuevo León : perfil y estudio psicosocial*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Instituto Estatal de las Mujeres: <http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/interioressuicidio.pdf>
- Chemana, R. (2007). *Depresión, la gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cifuentes, S. (2013). *Comportamiento del suicidio en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: The Free Press.
- _____. (2010). *Diccionario de psicoanálisis : pulsiones de muerte*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de Tu analista: <http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6985/Pulsiones-de-muerte.htm>
- Eidelsztein, A. (2001). Un abordaje lógico de las estructuras clínicas. En A. Eidelsztein, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (Vol. 1, págs. 11-44). Buenos Aires: Letra Viva.
- Erikson, E. H. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Suicidio en adolescentes

Esqué, X. (Septiembre de 2012). La depresión vista desde la perspectiva psicoanalítica. *Varité*.

Recuperado el 21 de Febrero de 2016, de [http://www.nel-](http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Adolescencia-y-depresion/588/La-depresion-vista-desde-la-perspectiva-psicoanalitica)

[mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Adolescencia-y-depresion/588/La-depresion-vista-desde-la-perspectiva-psicoanalitica](http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Adolescencia-y-depresion/588/La-depresion-vista-desde-la-perspectiva-psicoanalitica)

Freud, S. (1900). Sobre el sueño. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 5, págs. 613-625). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1901-1998). Psicopatología de la vida cotidiana. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 6). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1910-1998). Escritos breves : contribuciones para un debate sobre el suicidio. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 11). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14, págs. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1917-1998). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1920). Doctrinas de las pulsiones. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 23, págs. 146-149). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1920). Más allá del principio del placer. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 18, págs. 1-64). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 19, págs. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.

Suicidio en adolescentes

Freud, S. (1972). Psicopatología de la vida cotidiana. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 3).
Madrid: Biblioteca Nueva.

_____. (2004). *Eros y Thanatos: Pulsiones de Vida y Pulsión de Muerte*. Recuperado el 12
de Febrero de 2016, de fjavier: <http://www.fjavier.es/filosofia/eros.htm>

Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa el giro de la mirada*.
Medellín: La Carreta.

Imbriano, A. (2007). *El suicidio de traumatizados de guerra*. Recuperado el 28 de Febrero de
2016, de Praxis Freudiana: <http://www.praxisfreudiana.com.ar>

Lacan, J. (1958). *El seminario, Libro 6 : El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.

Laury, R. (2009). *El suicidio en los adolescentes*. s.l.: s.n.

Macana, N. (2011). *Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011*. Bogotá: Instituto Nacional
de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Malena. (23 de Mayo de 2011). *Sigmund Freud y las pulsiones de la muerte*. Obtenido de La
guía: [http://psicologia.laguia2000.com/psicoanalisis/sigmund-freud-y-las-pulsiones-de-](http://psicologia.laguia2000.com/psicoanalisis/sigmund-freud-y-las-pulsiones-de-muerte)
muerte

Montañez, X. K. (3 de Mayo de 2010). *Así respondieron los expertos sobre la depresión*.
Obtenido de Vanguardia.com: [http://www.vanguardia.com/historico/60873-asi-](http://www.vanguardia.com/historico/60873-asi-respondieron-los-expertos-sobre-la-depresion)
respondieron-los-expertos-sobre-la-depresion

Suicidio en adolescentes

Montes, H. (28 de Mayo de 2014). Depresión en adolescentes, en aumento. *El Tiempo*, pág. 1.

Recuperado el 14 de Enero de 2016, de <http://www.eltiempo.com/carrusel/depresion-en-adolescentes/14043658>

Organización Mundial de la Salud. (19 de Septiembre de 2012). *World suicide prevention day*.

Obtenido de WHO:

http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Condiciones de salud y sus tendencias*. s.l.:

Salud En las Américas.

Pereña, F. (2001). *La pulsión y la culpa : para una clínica del vínculo social*. España: Síntesis.

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*.

Granada: Aljive.

Salazar, D. (2003). *Psicología del riesgo en la adolescencia*. Santiago de Chile: s.n.

Toro, D., Paniagua, R. E., González, C. M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.

Unicef. (2011). *Estado mundial de la infancia : la adolescencia : una época de oportunidades*.

s.l.: Unicef.

Vargas, D. (Junio de 2010). El suicidio, sus estatutos y etica del psicoanálisis. *Revista Affectio*

Societatis, 7(12), 96-108.