



ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

TEENAGERS AT RISK: SUICIDE ATTEMPT

Ana María Martorella

Hospital Materno Infantil "Dr. Victorio Tetamanti"

amartor@intramed.net.ar

Adolescencia. Intento de suicidio. Factores de riesgo. Prevención.

Adolescence. Suicide attempt. Risk factors. Prevention.

RESUMEN

A propósito del registro de aumento del número de intentos de suicidio adolescente en un hospital pediátrico regional polivalente, y de la necesidad, del Servicio de Salud Mental de dicho nosocomio, por conocer sus causas, se realiza un trabajo de investigación bibliográfica de los factores eventualmente determinantes, entre los que se consideraron la epidemiología, el contexto que incide en la vulnerabilidad o resiliencia del individuo, la ausencia de pubertad, historia previa de intervención de salud mental, formas de presentación, tendencias, tratamientos, estrategias y niveles de prevención, legislación actual. De acuerdo a dicho estudio, se analizaron algunos casos con el objeto de evaluar la relación de dichos factores y las complicaciones observadas que pudieron incidir en su reingreso (ej. violencia familiar). Como resultado de estas reflexiones, se proponen campañas de educación médica, escolar y publicitaria en los medios, fortaleciendo, especialmente, el valor del orden, de la Ley, que establece el respeto de roles y a la vida desde el origen.

ABSTRACT

About the record increase in adolescent suicide attempts in a multipurpose regional pediatric hospital, and the need, at the Mental Health Service of the hospital, to know their causes, bibliographic research work is carried out of the factors possibly determinants, which include epidemiology, the context that affects the vulnerability or resilience of the individual, the absence of puberty, previous history of mental health intervention, presentations, trends, treatments, strategies and levels of prevention, law current. According to this study, some cases have been considered in order to assess the relationship of these factors and observed complications which could affect their reentry (eg. domestic violence). As a result of these considerations, health campaigns, school and advertising media education have been proposed to especially strengthen the value of the order of the Law, which establishes the roles and respect for life from the source.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

INTRODUCCIÓN

Como propuesta, para comprender el incremento de casos de intentos de suicidio de adolescentes, que llegan cada vez con mayor frecuencia, a un hospital materno infantil interzonal, y que requieren la intervención no sólo de pediatras sino fundamentalmente, de profesionales de la Salud Mental infanto juvenil, se investigan y analizan las causas posibles y los factores desencadenantes en cada paciente en particular, y se estudian los antecedentes bibliográficos disponibles que faciliten dicha comprensión, para poder intervenir adecuada y responsablemente, a partir de definiciones y estado actual de la problemática a nivel mundial y regional. Para tal fin, se estudian factores eventualmente determinantes, entre los que se consideraron la **epidemiología, el contexto que incide en la vulnerabilidad o resiliencia del individuo, la ausencia de pubertad, historia previa de intervención de salud mental, formas de presentación, tendencias, tratamientos, estrategias y niveles de prevención, legislación actual.**

El acto suicida es definido por la OMS como toda acción por la que el individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intencionalidad letal, y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. El concepto proviene del latín "sui" y "caedere" que significa hacerse daño a sí mismo. El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes. Por cada persona que se quita la vida, 20 más lo han intentado sin éxito. Unas 3.000 personas se suicidan a diario en el mundo, lo que significa que cada tres segundos una persona se quita la vida, un enorme problema de salud pública que es evitable, según ha afirmado la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS estima que la mayoría de los suicidios que se llevan a cabo cada año se podría prever y evitar. Para ello -afirma- es necesario que se adopten las medidas adecuadas por parte de las autoridades sanitarias nacionales y se garantice un tratamiento adecuado a las personas que padecen de trastornos mentales. Según la organización, el promedio de suicidios se ha incrementado en un 60% en los últimos 50 años, en particular en los países en desarrollo. El suicidio es actualmente una de las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 34 años, aunque la mayoría de los casos se registra entre adultos de más de 60 años. Asimismo la OMS pone énfasis en que cada suicidio o tentativa provoca una devastación emocional entre familiares y amigos, un impacto que puede perdurar por muchos años. La OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) consideran que es muy importante reforzar todos los programas para identificar y prevenir el comportamiento suicida. Ambas organizaciones buscan garantizar que el suicidio "no siga siendo visto como un fenómeno tabú, o un resultado aceptable de crisis personales o sociales", sino como "una condición de salud influenciada por un entorno psicológico-social y cultural de alto riesgo". En 2006, la OMS y la AIPS indicaron que según investigaciones realizadas, el factor que más predispone al suicidio es la depresión, pero que hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, como trastornos bipolares, abuso de drogas y alcohol, esquizofrenia, antecedentes familiares, contextos socio-económicos y educacionales pobres o una débil salud física, entre otros. Actualmente, nuestro país ha dado un primer gran paso en la prevención de lo que expertos argentinos consideran una "urgencia social" de la que poco se habla: el suicidio. El lanzamiento del primer Programa Nacional de

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

Prevención permitiría conocer el problema, sus causas y adelantarse a esa lamentable forma de terminar con la vida. Se estima que el **25% de los suicidios ocurre entre los 15 y los 25 años**. Uno de los pocos estudios científicos disponibles en nuestro país demostró que el 11% de los adolescentes argentinos pensó o intentó suicidarse. "El suicidio es una urgencia social nacional, ya que una investigación demostró que no se trata de un problema regional, sino de una realidad de varias regiones del país. El **11% de los adolescentes argentinos está en riesgo de quitarse la vida**, es decir, que pensó o intentó suicidarse", según la doctora en psicología María Martina Casullo, investigadora del Conicet y coautora del estudio sobre alumnos secundarios de colegios públicos y privados. Reconocida por sus estudios sistemáticos y científicos, la doctora Casullo impulsa desde hace años la creación de un plan de prevención que incluya la formación de los profesionales que pueden identificar, intervenir y evitar un suicidio (policías, docentes, jueces y personal de la salud), así como también conocer qué factores específicos son los que disparan la decisión de un individuo en riesgo. Al respecto, Casullo sostiene la importancia de las **autopsias psicológicas**. Es necesario que en la Argentina se hagan de manera sistemática en los casos de suicidios denunciados, que los jueces las ordenen con más frecuencia de lo que las piden actualmente, según señaló la directora del doctorado en Psicología de la Universidad de Palermo. Esas autopsias consisten en **entrevistas a la red de familiares y amigos** de la persona que se quitó la vida. Esta medida judicial les aporta a los especialistas información sobre las causas y los factores de riesgo del suicidio, lo que ayuda a prevenir nuevos hechos. Según la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, la tasa de suicidio en la Argentina es de 8,2 por cada 100.000 personas. Las únicas estadísticas disponibles son de 2005, según precisa el licenciado Carlos Martínez, profesor de la cátedra de Suicidología de la UP y presidente de la AAPS. Antes de 2000, la tasa era de 6,7 y en 2004, de 8,4; pero 2001 marcó sin duda un quiebre de la tendencia. Martínez, uno de los redactores del Programa Nacional de Prevención, considera que el efecto contagio se está presentando con mayor frecuencia y virulencia, y ya se podría detectar ese fenómeno a tiempo, para lo cual se necesitan las herramientas para hacerlo. Si las provincias lo adoptan como referencia, el programa permitiría contener rápidamente ese efecto. Un informe reciente de la AAPS sobre el Servicio de Atención Telefónica a Personas en Crisis 136 de La Pampa - que comparte con Santa Cruz las tasas más altas de suicidio en el país-, por ejemplo, mostró un aumento de la cantidad de pedidos de ayuda. Allí, de las 1319 llamadas que la línea 136 registró en 1997, cuando se inauguró, o de las 2697 en 2004, los operadores pasaron a recibir 11.096 llamadas en 2005 y 12.874 en 2006. Pese a que el suicidio es un fenómeno con más impacto en la población masculina -indica el informe-, en las llamadas a la línea prevalecen las consultas de mujeres.

En general, los **factores de riesgo** de una conducta suicida incluyen una **psicopatología, la soledad, el aislamiento, los antecedentes familiares de suicidio y el pensamiento rígido**. La rigidez cognitiva es muy frecuente en estas personas, para las que todo es blanco o negro, y no hay grises posibles, según Casullo, que realizó el estudio sobre alumnos secundarios con las doctoras Mercedes Fernández Liporace y Norma Contini de González. La investigación incluyó a 1297 varones y mujeres, de 12 a 20 años, en distintas provincias, que respondieron un cuestionario sobre factores de riesgo de pensamiento y comportamiento suicida, como la **desesperanza, la baja autoestima,**

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

la incapacidad de enfrentar emociones, la soledad y el abatimiento. Las autoras hallaron que un 11% de los adolescentes había pensado o intentado quitarse la vida. Es una franja etaria muy relacionada con el consumo de drogas, la pérdida de valores, la falta de un proyecto de vida y una gran exposición a mensajes y productos culturales que hablan de que ya nada tiene sentido.

Por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se dedica un día a la prevención del suicidio, en la que se procura ampliar la asistencia a quienes por sus antecedentes o su conducta están en situaciones críticas y corren el riesgo de atentar contra su vida. En coincidencia con ese llamado, durante el Segundo Congreso Internacional de Suicidiología, en la ciudad de Corrientes, representantes argentinos pidieron un plan de prevención conducido por las autoridades del Ministerio de Salud y por llevarse a cabo en el ámbito nacional. En una estimación mundial, se calcula que anualmente alrededor de un millón de seres humanos cometen el acto extremo de quitarse la vida y las proyecciones estadísticas prevén que en 2020 el número de víctimas será un 50 por ciento mayor. Se calcula que **un joven se suicida cada 40 minutos en el mundo; en nuestro país, cada tres horas.** En el total de víctimas, los **varones casi cuadruplican a las mujeres.** Otro dato de interés se vincula con el número de suicidas en relación con la población. Así, por ejemplo, en la jurisdicción de **Buenos Aires** se producen **8 suicidios juveniles por 100.000 habitantes;** en **Chubut,** en cambio, la relación es de **18 víctimas por 100.000** habitantes. Esta información fue difundida por la Red Solidaria, que conduce Juan Carr. Es frecuente plantearse la pregunta de por qué se llega a tan penoso fin, más aún cuando se trata de personas jóvenes con un porvenir que puede presumirse promisorio. Entre las explicaciones de base teórica a las cuales se acude, está la de admitir que en el ser humano las tendencias a la autodestrucción coexisten con los instintos de vida, o apelar a estudios sociológicos que han probado los efectos deprimentes de la soledad y el **aislamiento afectivo** como antecedentes del suicidio. En conexión con el interrogante aludido, el doctor José Lumerman, del Instituto Austral del Sud, de Neuquén, ha señalado que en las provincias patagónicas -cuyo caudal de habitantes es escaso y se ha ido formando por migraciones de pobladores de otros distritos del centro y norte del país-, quienes llegan en busca de mejores horizontes laborales deben sobrellevar a menudo las duras pruebas que provocan la soledad y la distancia que los separa de sus familias de origen, situación que se agrava en el tiempo invernal.

La **prevención,** que la OMS propone, exige la cooperación de **grupos interdisciplinarios** cuyos esfuerzos se prodiguen tan pronto se perciba el **riesgo de comportamientos autoagresivos.** Los cuidados deben comenzar con la **detección precoz del problema** y continuar con el **seguimiento** y la **contención afectiva** de quien se muestra vulnerable, mediante la cooperación de **redes sociales de apoyo,** consideradas indispensables por los especialistas. El suicidio constituye un problema muy importante para la salud pública, pero es prevenible en muchos casos. La acción desde el sistema de salud es fundamental, pero su éxito dependerá en gran medida de la ayuda y **contención familiar.** Según la OMS, alrededor de la mitad de las personas que se suicidan en países en desarrollo de Asia lo hacen con **pesticidas,** motivo por el que la organización ha insistido a los gobiernos que prohíban o regulen el uso de estos productos. El coordinador de trastornos mentales y cerebrales de la OMS, José Bertolote, participante en un foro sobre el tema celebrado en Hong Kong, citó estudios en los

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

que se muestra que casi la mitad de los suicidios podrían haberse evitado si los pesticidas no hubieran sido accesibles. Este experto señaló que, si bien los que intentan acabar con su vida ingiriendo **pastillas** para dormir pueden ser salvados, los que usan pesticidas tienden a vivir en el medio rural, con pocas posibilidades de que sus familias los puedan llevar a tiempo a un hospital. En cifras absolutas, China es el país que registra el mayor número de suicidios del mundo, con 250.000 casos al año; seguido de la India, con 87.000, y Rusia con 57.800. En términos relativos ajustados a la población, las cifras más altas corresponden a Sri Lanka, con 36,2 suicidios por cada 100.000 personas, seguido de Japón con 34,21 por 100.000 y Corea del Sur, con 28,05 por 100.000. En más del 60% de los casos de China y Sri Lanka los suicidas utilizan pesticidas.

Hace algunos años, la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe (Argentina) discutió con instituciones, ONGs y profesionales especializados el problema que afligía a la región, donde, entre el mes de abril y el mes de diciembre se habían registrado más de 30 suicidios que desconcertaron a la población, pero que también la sumieron en un impreciso estado de alerta. El Ministerio de Salud tomó nota y preparó una batería de medidas de detección e investigación acerca las **razones sociales, económicas y culturales** que den respuesta a lo que Albert Camus definió como "el único problema filosófico realmente serio". Mientras tanto, la ciudad de Reconquista, con una población de 66 mil habitantes, registró 9 casos en el período antes señalado, 3 de ellos en la franja etárea ubicada entre los 17 y 40 años. Villa Ocampo, una ciudad menor, tuvo 7 casos, 5 de ellos fueron adolescentes o jóvenes. Además del impacto que la serie causa en estas poblaciones chicas, el estado de alarma se basa en que esas cifras superan la tasa media del país en cuanto a suicidios. El año anterior, el índice nacional había sido de 8,5 casos cada 100.000 habitantes. Y los especialistas creen que por cada uno, hay entre 10 y 20 intentos, de acuerdo a la información recabada por el sistema de salud. Los 20 mil pobladores de Villa Ocampo sintieron el cimbronazo y diseñaron estrategias de contención para las personas que requirieran ayuda o para los familiares que lamentaban las pérdidas. La ONG local Red Solidaria trabajó sin desmayos con el lema de defender la vida. Se propuso también la implementación de un esquema de atención telefónica en la ciudad, "para atender las urgencias, pero también para contener a las familias". En la ciudad de Vera, el Equipo de Apoyo y Contención para personas en crisis trabajó durante un lustro en el problema. La psicóloga Sonia Caballero, una de sus integrantes, saludó la iniciativa del Gobierno de rediscutir las estrategias. Es importante tomar contacto con otras personas, ya que siempre es difícil trabajar con el tema de la muerte. En este aspecto, la prevención es fundamental, hay que armar equipos en el que cada uno de sus integrantes pueda colaborar, y hacerlo bien. Una persona en crisis informa, da señales de alerta y tenemos que prepararnos para saber interpretarlas. A contrapelo de informaciones no siempre prudentes sobre la frecuencia de suicidios juveniles, el Ministerio de Salud de la Nación tiene verificado que el **90 por ciento de los suicidas pertenece a la población económicamente activa, entre los 18 y 60 años de edad**. Obviamente, los casos que involucran a los adolescentes son de mayor impacto, pero no podemos tomarlo como una prevalencia. Se debe profundizar el trabajo y, fundamentalmente, escuchar mucho a la sociedad para entender lo que está sucediendo, es indispensable "trabajar sobre las **conductas de aislamiento, de la ruptura de los lazos sociales y de los excluidos**". De acuerdo a las

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

estadísticas nacionales, Santa Fe, La Rioja y Catamarca son las provincias donde se habían detectado una suerte de "brotes" de personas que deciden acabar con su vida.

La *American Academy of Pediatrics* ha actualizado su informe sobre la detección selectiva, identificación, y tratamiento de los adolescentes en riesgo de suicidio. El informe actualizado está publicado en el número de septiembre de *Pediatrics*. El Dr. Benjamin N. Shain y sus colaboradores del *Committee on Adolescence*, apuntaron que, **"el suicidio es la tercera causa importante de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años de edad."** "Los pediatras pueden tomar medidas para reducir la incidencia del suicidio de adolescentes detectando selectivamente la **depresión y la ideación y comportamiento suicida**. Este informe actualiza la declaración anterior de la *American Academy of Pediatrics* e intenta ayudar al pediatra en la identificación y control del adolescente en riesgo de suicidio." El informe recalca que el suicidio del adolescente es un problema importante de salud pública, que afecta a gente joven de todas las razas y grupos socioeconómicos, aunque un tanto desproporcionadamente. Los hombres indios americanos y los nativos de Alaska tienen la tasa de suicidio más alta, mientras que las mujeres negras tienen la tasa más baja. Basándonos en el *2003 Youth Risk Behavior Survey of US* realizado en estudiantes del noveno al duodécimo grado, el 28,6% comunicó que se sentía **triste o desesperado** casi cada día al menos durante 2 semanas seguidas durante los 12 meses anteriores a la encuesta, el 16,5% había planeado un intento de suicidio, el 8,5% tuvo una tentativa de suicidio, y el 2,9% había realizado un intento de suicidio que necesitó atención médica. La comprensión de los factores de riesgo del comportamiento suicida puede ayudarnos a identificar a esos adolescentes que tiene mayor riesgo. Esto incluye **historia familiar de suicidio o intentos de suicidio, sexo masculino, historia paterna de problemas de salud mental, orientación gay o bisexual, historia de abuso físico o sexual, intento anterior de suicidio, presencia de armas de fuego en el hogar, mala relación padre-hijo, vivir fuera del hogar, problemas escolares, no asistencia a clases ni al trabajo, aislamiento social, y sucesos estresantes en la vida**. Más del 90% de los adolescentes que se suicidaron reunían criterios para un **trastorno psiquiátrico** antes de su muerte. Por eso es importante que los médicos reconozcan las diversas presentaciones de los **trastornos de humor de los adolescentes** y utilicen las técnicas apropiadas para entrevistar a los posibles suicidas. A través del contacto cotidiano con niños, jóvenes y padres, no sólo dentro del ámbito laboral privado y público, sino también en instituciones educativas y sociales; vivenciando la rápida y constante transformación de la conducta del púber y adolescente contemporáneo, y conjuntamente con ésta la cruel realidad que se impone día a día con éstos fenómenos sociales como son las **conductas violentas a edades cada vez más cortas, el consumo de drogas ilegales y excesivo consumo de alcohol también a edades cada vez más tempranas**, todo lo cual lleva implícito **conductas destructivas y autodestructivas**, surge la necesidad intrínseca de explorar los factores generadores.

Cabe preguntarnos una y otra vez lo que permanentemente hoy nos genera incertidumbre, dudas, y nos mantiene en un presente incierto, como son los **fenómenos sociales que perturban la convivencia personal, familiar y social**; fenómenos tales como conductas destructivas y autodestructivas en franco aumento en nuestra sociedad; asociado a una conducta que podría

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

denominarse "**CONDUCTA ZAPPING**", considerando a la misma como destructiva y autodestructiva, examinando a la vez si: ¿puede ser factor capaz de desencadenar un acto suicida? ¿es ésta una manera de ir provocando un aniquilamiento lento, silencioso y doloroso? Teniendo en cuenta en lo que un momento expresó el doctor Mauricio Knobel: "aún nos falta mucho por saber" y conociendo estudios e investigaciones de otros autores sobre la multiplicidad de factores, se pueden considerar, a partir de la observación directa a indirecta con este tipo de situaciones, tres nuevos factores que llevan a que hoy estemos enfrentando cada vez **menos personalidades con un YO fuerte**, y no estando capacitados a **enfrentarse a una sociedad tan cambiante**, que por momentos los abrumba generando así una conducta (que se observa muy bien en etapas como la adolescencia) ZAPPING. Dichos factores enunciados (Mansur) son:

- a - El rol adulto frente a una sociedad desorganizada (NUEVO MODELO ADULTO).
- b - La ausencia de la pubertad.
- c - Estructuraciones psíquicas incorrectas

METODOLOGÍA

A propósito del registro de aumento del número de intentos de suicidio adolescente en un hospital pediátrico regional polivalente, y de la necesidad, del Servicio de Salud Mental de dicho nosocomio, por conocer sus causas, se realiza un trabajo de revisión bibliográfica de los factores eventualmente determinantes, entre los que se consideraron la **epidemiología, el contexto que incide en la vulnerabilidad o resiliencia del individuo, la ausencia de pubertad, historia previa de intervención de salud mental, formas de presentación, tendencias, tratamientos, estrategias y niveles de prevención, legislación actual**. De acuerdo a dicho estudio, se analizaron algunos casos con el objeto de evaluar la relación de dichos factores y las complicaciones observadas que pudieron incidir en su reingreso (ej. violencia familiar). Se propone interpretar el significado del tema planteado, explicando causas y consecuencias. Por eso, el diseño es cualitativo, descriptivo y explicativo porque caracteriza las actuales conductas adolescentes y pretende dar a cuenta del porqué de nuevos fenómenos sociales. El análisis deviene, del contacto cotidiano con niños, jóvenes y padres, no sólo dentro del ámbito laboral privado, sino también en instituciones educativas, sociales, y de experiencias directas e indirectas. Para ello, se desarrollarán los aspectos estudiados que han sido considerados como factores que influyen en el desencadenamiento de esta problemática a los fines de facilitar la comprensión de la casuística propuesta, y su reflexión en relación a elección de las estrategias de intervención más adecuadas en todos los niveles de prevención.

Epidemiología: Para la OMS, el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes de tránsito.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

Rol de los Trastornos Mentales (comorbilidad)

Respecto a las patologías psiquiátricas, la revista "**The Lancet**" señala que el 90% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental, uno de los factores que aumentan el riesgo según varias investigaciones. Los autores señalan que el 50% de los suicidas cumplía los criterios de **depresión**, aunque esta asociación es algo más débil en los países asiáticos. En la misma línea, recuerdan, el 10%-15% de los individuos con un **trastorno bipolar** muere por esta causa; mientras que en el caso de la **esquizofrenia**, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. Patologías como el **cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia** también aumentan el riesgo, según se ha observado en algunos trabajos. En este sentido, esta revisión recomienda **extremar la vigilancia** sobre estos pacientes y tomar medidas preventivas en cuanto se detecta la aparición de ideas o pensamientos suicidas; llegando incluso a la **hospitalización o el tratamiento farmacológico** si fuese necesario. La OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) consideran la importancia de reforzar todos los programas para identificar y prevenir el comportamiento suicida. En 2006, la OMS y la AIPS indicaron que según investigaciones realizadas el factor que más predispone es la depresión, pero que hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, como trastornos bipolares, **abuso de drogas y alcohol**, esquizofrenia, antecedentes familiares, **contextos socio-económicos y educativos pobres** o una **débil salud física**, entre otros.

- Trastornos del Ánimo/Afectivos: El riesgo de suicidio es alrededor del 15%, principalmente en los primeros años tras el diagnóstico y disminuye de manera progresiva después. Se señala que en gran parte de los pacientes cuyo diagnóstico principal no pertenece a la esfera afectiva, realizan el intento suicida en las fases donde está presente la sintomatología depresiva.
- Comportamiento disruptivo/Antisocial: Según concluye un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Turku (Finlandia) y publicado en la revista [Archives of General Psychiatry](#) (2009;66(4):398-406), los **adolescentes y varones** adultos que han acometido alguna tentativa seria de suicidio suelen haber tenido **problemas emocionales a los 8 años**. No en el caso de las **mujeres**, dado que la mayoría de las suicidas sucumben a **depresiones** que desarrollan **después de la pubertad**. Casi cuatro de cada cinco de los varones suicidas evaluados en el estudio habían presentado problemas a los 8 años, problemas que además resultaban evidentes para sus padres y docentes. En palabras del Dr. Andre Sourander, "la mayoría de los hombres que se suicidan o necesitan atención hospitalaria después de intentar suicidarse tienen un alto nivel de problemas psiquiátricos a esa edad. Y es que el principal hallazgo de nuestro estudio que la tendencia suicida en la adolescencia y la juventud tiene diferentes trayectorias en los hombres y las mujeres". En lo que los autores denominaron "**sendero de persistencia**", el 78% de los suicidas varones había desarrollado mala conducta a los 8 años, como por ejemplo **problemas de temperamento, desobediencia, agresión, destrucción de propiedades, robos,**

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

mentiras, desatención o hiperactividad. Un patrón, por el contrario, que no se observó entre las niñas. Así, el equipo del Dr. Sourander constató, tal y como mostraban las investigaciones previas, que “los **intentos suicidas femeninos** suelen emplearse para **comunicar angustia o para modificar la conducta o reacciones de los otros**”. Y es que, según añadieron los expertos, la mayoría de los **desórdenes del humor afectan a las niñas después de la pubertad**. El equipo instó a que se realicen controles efectivos para detectar y tratar los desórdenes en la infancia, con la esperanza de reducir las tasas de suicidio. Este enfoque es particularmente importante para los hombres con problemas severos de conducta, ya que durante la adolescencia no suelen buscar asistencia mental.

- ***Abuso de sustancias:*** El consumo de drogas está asociado al suicidio tanto como agente causal como precipitante de la conducta y la situación de **desamparado y pérdida de relaciones sociales** a las que aboca. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han reportado un Informe Semanal de la morbilidad y mortalidad sobre la tasa considerable de abuso de sustancias entre las víctimas de suicidio. Una proporción significativa de las víctimas de suicidio dan positivo para el abuso de sustancias, en el sistema de notificación de la muerte violenta durante 2004. La sustancia más frecuentemente identificada fue el **alcohol** (33,3%), seguida de los **opiáceos** (16,4%), **cocaína** (9,4%), **marihuana** (7,7%), y las **anfetaminas** (3,9%). De los 7.277 casos de suicidio reportados por el sistema, el 73% habían probado al menos 1 sustancia (rango entre los estados, el 25,9% - 97,7%). De acuerdo con la evidencia, los **analgésicos opiáceos recetados** causan más muertes por sobredosis intencional que los fármacos no opioides, estos fármacos presentaron casi 5 veces más probabilidades de estar presentes en el envenenamiento vs suicidios con sustancias no venenosas (39,8% vs 8,2%).
- ***Adicciones (tabaquismo):*** De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en Suiza y Alemania, existe una relación causal entre el tabaquismo actual y las tendencias suicidas futuras. Dado que no se ha aclarado la relación temporal entre el tabaquismo y los comportamientos suicidas, el Dr. R. Lieb y sus colegas de la Universidad de Basilea, el Instituto Max-Planck y la Universidad de Dresden decidieron examinar prospectivamente las asociaciones bidireccionales entre estos factores y su orden temporal de aparición. El estudio incluyó una muestra poblacional representativa constituida por 2.548 personas de entre 14 y 26 años al iniciarse el seguimiento, que se prolongó hasta 4 años. Se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional de Munich para evaluar tabaquismo, dependencia de la nicotina, pensamientos suicidas e intentos de suicidio. Los resultados revelaron una fuerte asociación del tabaquismo ocasional o regular y la dependencia de la nicotina al inicio del seguimiento con las ideas suicidas y los intentos de suicidio (índice de riesgo relativo entre 1,4 y 16,4). En el análisis prospectivo, el tabaquismo previo o la dependencia previa de la nicotina incrementaron el riesgo de aparición de nuevos pensamientos suicidas (IRR entre 1,5 y 2,7) y de nuevos intentos de suicidio (IRR entre 3,1 y 4,5). En cambio, no se hallaron asociaciones entre las tendencias suicidas previas y la posterior aparición de tabaquismo o

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

dependencia de la nicotina. La presencia de asociaciones entre el tabaquismo previo y la posterior tendencia suicida, junto con la falta de asociación entre las tendencias suicidas previas y el posterior tabaquismo, sugieren la existencia de una relación causal específica del tabaquismo con la tendencia suicida, y no a la inversa.

- Depresión/Depresión Mayor: La OMS afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables no sólo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar. Según el psicólogo Paulo Daniel Acero, coordinador de investigación en psicología de la Universidad Manuela Beltrán, la depresión podría definirse como un estado de **ánimo bajo**, en el que existe una **sensación de vacío y abatimiento**, que no siempre está relacionada con una pérdida (aunque puede estarlo) y en la que a veces no se identifica la razón de esa emoción que está enraizada en el interior de quien la padece. Por esto existe una **diferencia entre tristeza y depresión**, que se puede ubicar en que en la tristeza esa desazón está más ligada al exterior, a que la persona puede sentir que hay cosas que no la llenan y en que para ella el mundo externo se ofrece como un mundo vacío. Sin duda, la consecuencia más grave de las depresiones graves es el suicidio, ya sea en forma de intentos o, peor aún, su consumación. Por este motivo, es necesario que las personas que rodean a un paciente con depresión grave estén alerta sobre cuáles son las manifestaciones del enfermo que pueden obligar a la adopción de medidas especiales porque pueden constituir alertas sobre la posibilidad de actos suicidas.

Los signos de alarma de suicidio

Le acercamos algunas pautas a tener en cuenta frente al potencial suicida:

- Pensamientos o conversaciones reiteradas sobre la muerte
- Señalamientos del paciente acerca de que el suicidio sería la mejor solución para su problemática
- Comentarios que indiquen un fuerte sentimiento de desesperanza, de abandono o de malestar
- Dichos tales como "Todo estaría mejor si yo no estuviera más".
- Manifestaciones cotidianas de empeoramiento de la depresión (acentuación de los trastornos del sueño, cambios marcados en el apetito o en el interés por todo lo que le rodea, etc.)
- Un súbito e inesperado cambio de la actitud de sentirse muy mal y angustiado hacia una actitud de calma o apariencia de felicidad.
- Intentos claramente premeditados de inflingirse daño. Por ejemplo, conducir un vehículo a una velocidad excesiva o atravesar semáforos en rojo.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

- Perder el interés en las cosas de cuidado cotidiano (partiendo del cuidado y la higiene personal)
- Visitas o llamadas por teléfono a conocidos, familiares o amigos que hagan pensar en una despedida
- Actividades que impliquen poner en orden cuestiones personales tales como papeles, documentos, compromisos, etc.

Es necesario prestar especial atención cuando se trata de conductas adoptadas por alguien que ya ha cometido un intento de suicidio en el pasado. En efecto, la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio estableció que entre el 20% y el 50% de quienes cometen suicidio han tenido por lo menos un intento previo.

- Psicosis/ Esquizofrenia: Cerca del 10% de los pacientes aquejados de esta patología se suicidan. Los factores a tener en cuenta se detallan en la tabla 1.

Tabla 1

Factores a tener en cuenta en la esquizofrenia	
1.	Inicio temprano de la enfermedad.
2.	Edad inferior a los 30 años y sexo masculino.
3.	Frecuentes exacerbaciones en el curso clínico.
4.	Comorbilidad depresiva y sentimientos de desesperanza.
5.	Antecedentes de nivel cultural alto.
6.	Conducta suicida previa.
7.	Hospitalización reciente (alta en los 3 meses previos).

- Anhedonia severa: Un seguimiento prospectivo de personas que habían intentado suicidarse reveló que, aquellas que finalmente se suicidaron presentaban una baja anhedonia y eran mayoritariamente **varones**. Así, lo demuestran los resultados de un estudio realizado en Francia. El Dr. G. Loas del *Hospital Pinel* llevó a cabo un estudio prospectivo sobre pacientes suicidas para evaluar la asociación entre anhedonia, depresión y suicidios consumados. Para evaluar el peso de cada variable utilizaron regresión de Cox y análisis de supervivencia. La investigación incluyó a 106 pacientes (33±9,9 años, 81 mujeres) internados en servicios médicos o quirúrgicos luego de un intento de suicidio. Se realizó un seguimiento promedio de 6,5 años de estos participantes. El 6,7% de los pacientes se suicidó durante el seguimiento. El sexo masculino (71,4%) y una baja anhedonia, evaluada con la Escala de Anhedonia Física, redujeron el tiempo de supervivencia y caracterizaron a las personas que se suicidaron.
- Trastornos alimentarios: Los adolescentes que tienen sobrepeso o los que creen que lo tienen, son más propensos que otros a intentar suicidarse, según un estudio de EE. UU. Los

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

investigadores evaluaron a más de 14,000 estudiantes de secundaria para determinar si había una relación entre los intentos de suicidio y el índice de masa corporal (IMC), además de la creencia de un adolescente de que tal vez tenga sobrepeso, sea o no verdad. Los hallazgos son igualmente potentes en adolescentes de ambos sexos (Journal of Adolescent Health), y muestran que el sobrepeso, tanto percibido como real, aumenta el riesgo de intentos de suicidio, según Monica Swahn, decana asociada de investigación del Colegio de ciencias de la salud y humanas y profesora asociada del Instituto de salud pública de la Universidad Estatal de Georgia. Se trata de una preocupación importante, pues **cada vez más niños y jóvenes tienen sobrepeso** y son obesos. Una mejor comprensión sobre la relación entre los dos problemas, en adolescentes, puede ayudar en el desarrollo de estrategias adecuadas para la prevención del suicidio. Debemos enfocar las estrategias de prevención incluyendo también a los jóvenes que creen que tienen sobrepeso. Los adolescentes "se sienten muy presionados por encajar y para encajar en ciertos ideales limitados de belleza. El Dr. Hatim Omar, jefe de la División de medicina adolescente de la Universidad de Kentucky, añade otra llamada de advertencia a proveedores, padres, profesores y la sociedad sobre la necesidad de evaluar a todos los adolescentes por depresión y riesgo de suicidio, con especial atención a los que tienen **obesidad percibida o real**.

- *Intentos previos de suicidio*: La existencia de amenazas o intentos de suicidio previos es el factor de riesgo suicida más importante. Conviene estudiar cómo fueron los intentos previos (**método empleado y letalidad del mismo, accesibilidad, finalidad, grado de premeditación, las circunstancias del acto, pedir ayuda, actitud ante lo ocurrido, planes de futuro**). La evaluación del riesgo de suicidio puede ser un aspecto difícil de la atención clínica del paciente. En un estudio diseñado para evaluar si la reacción de un paciente a un intento de suicidio podría predecir el futuro las tendencias suicidas, los investigadores evaluaron 393 pacientes que habían sido ingresados por un reciente intento de suicidio. Estos pacientes completaron el Inventario de Depresión de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, y la Escala Intención de Suicidio y se clasificaron en 3 grupos: los que habían intentado suicidarse y ahora estaban contentos de estar vivos (n = 140); los que eran ambivalentes después de su intento (n = 168); y los que deseaban que su intento hubiera tenido éxito (n = 85). Los pacientes fueron seguidos durante 5 a 10 años para determinar si habían o no logrado un suicidio posterior. Aquellos pacientes que deseaban haber muerto durante su intento, tenían puntuaciones significativamente más altas en las 3 baterías de pruebas en comparación con los otros 2 grupos. Un análisis de supervivencia indicó que los pacientes que deseaban haber tenido éxito en su intento de suicidio tuvieron 2,5 veces más probabilidades de haber completado un suicidio que los de los otros 2 grupos. La **evaluación de la reacción de un paciente a su intento de suicidio** es fácil de hacer y representa una medida importante para determinar el **riesgo futuro de suicidio**.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

- Dolor crónico: En pacientes con dolor crónico, el tipo de estrategia de afrontamiento se asocia con las ideas suicidas, independiente de la gravedad del dolor y los síntomas depresivos. La catastrofización se asocia con ideas suicidas en los pacientes con dolor crónico, según un estudio realizado en la Johns Hopkins University School of Medicine de Baltimore. Es sabido que el dolor crónico se asocia con diversos efectos negativos en los enfermos, incluyendo un riesgo sustancialmente mayor de suicidio. El Dr. R.R. Edwards y sus colegas evaluaron las diferencias individuales en el uso de estrategias de afrontamiento y en la catastrofización relacionada al dolor como correlatos de las ideas suicidas en pacientes con dolor crónico. Se solicitó a 1512 pacientes que solicitaron tratamiento por dolor crónico que completaran una serie de cuestionarios sobre dolor, afrontamiento y funcionalidad psicológica. En los cuestionarios escritos cerca del 32% de los participantes informaron alguna forma de idea suicida reciente. Los predictores más consistentes de la presencia y el grado de idea suicida fueron la magnitud de los síntomas depresivos y el grado de catastrofización relacionada al dolor (una estrategia emotivo-cognitiva de afrontamiento inadecuada). La presencia de una o más patologías dolorosas crónicas, como migraña, artrosis, dolor lumbar y fibromialgia, se asocia con pensamientos suicidas e intentos de suicidio, aun en ausencia de trastornos mentales comunes.
- Trastorno de personalidad/ borderline: Su frecuencia es del 25%. Principalmente en los trastornos límites o en aquellos que cursan con alteración de la esfera afectiva
- Tratamiento con antidepresivos: El riesgo de conducta suicida es similar con **amitriptilina, fluoxetina, paroxetina y dotiepina**, y es mayor en el primer mes luego del inicio del tratamiento. En 1991 la Food and Drug Administration (FDA) trató el tema de la conducta suicida en relación con la fluoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar la depresión. Luego, los resultados de un metaanálisis de 17 estudios a doble ciego no mostraron asociación entre fluoxetina e incremento del riesgo de suicidio. Los autores de dos estudios epidemiológicos señalaron que el riesgo de suicidio en relación con el uso de fluoxetina no difería del observado con otras drogas antidepresivas. Más recientemente han surgido interrogantes similares respecto de la paroxetina. En 2004, la FDA pidió a los fabricantes de diez drogas antidepresivas que incluyeran una sección donde se recomendara la observación de los pacientes adultos y pediátricos tratados con estas drogas para detectar agravamiento de la depresión o la aparición de ideación suicida. Se han demostrado dos factores de riesgo para la conducta suicida, que incluyen un episodio anterior de esta conducta y la indicación de más de un antidepresivo (lo que reflejaría una depresión más grave o resistente al tratamiento). La información incluida en los estudios abarca las características de los pacientes, las drogas indicadas, los diagnósticos clínicos, las derivaciones a especialistas, las visitas al departamento de emergencias, las internaciones, los antecedentes y los datos del examen físico, entre otros. Los diagnósticos de conducta suicida, ideación suicida y suicidio fueron registrados por médicos generales sobre la base de toda la información disponible. Estas drogas fueron elegidas por ser las

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

más indicadas en el RU en este período y por representar 2 clases farmacológicas diferentes: antidepresivos tricíclicos (ATC, amitriptilina y dotiepina) e ISRS (fluoxetina y paroxetina). En total se registraron 159.810 personas: 22.6% recibieron amitriptilina; 29.2%, dotiepina; 31.1%, fluoxetina y 22.2%, paroxetina. Del total, 6.976 tenían entre 10 y 19 años y 66% eran mujeres. El número promedio de antidepresivos prescritos fue similar para cada droga, entre 4.6 a 4.8 por paciente. Los consumidores de amitriptilina y dotiepina, 19% y 20%, respectivamente, recibieron al menos una prescripción para otro antidepresivo antes o después de su primera prescripción de ATC; para los usuarios de fluoxetina y paroxetina, la proporción de otros antidepresivos recibidos fue de 28% y 34%, respectivamente. Esto indica que las personas que recibieron los 2 ISRS del estudio presentaron aproximadamente 50% mayor probabilidad de modificación del tratamiento antidepresivo que los pacientes con los ATC. Los casos fueron aquellos con un primer diagnóstico de ideación suicida no fatal o intento de suicidio entre los 10 y 69 años entre 1993 y 1999; aquellos que recibieron al menos una prescripción para un antidepresivo dentro de los 90 días antes de la fecha del primer diagnóstico de conducta suicida (o fecha inicial); y aquellos con al menos 2 años de antecedentes registrados en GPRD antes de su fecha inicial. Los controles pertenecieron a la misma población de base que los casos (pacientes con al menos una prescripción para una de las 4 drogas). Para cada caso, identificaron 4 controles (pacientes que no presentaron conducta suicida) comparados de acuerdo con la edad (dentro de 2 años), el sexo y la duración de los datos registrados en GPRD (dentro de 1 año). A los controles se les asignó la misma fecha inicial que la de los casos. Los autores compararon el riesgo de conducta suicida entre pacientes que recibieron amitriptilina, fluoxetina o paroxetina en comparación con los usuarios de dotiepina (exposición de referencia). Con la información sobre el número de píldoras indicadas antes de la fecha inicial, estimaron el riesgo relativo de conducta suicida en pacientes que abandonaron el antidepresivo antes de esta fecha, en comparación con aquellos cuya prescripción de antidepresivos finalizó a partir de la fecha inicial. Además estudiaron la relación entre el intervalo de tiempo desde la primera prescripción de antidepresivos y la fecha inicial y el riesgo de conducta suicida. También fueron identificados los pacientes que se suicidaron y que recibieron al menos una prescripción de una de las 4 drogas analizadas, que fueron comparados con hasta 10 controles por edad y sexo. Los autores emplearon regresión logística condicional para estimar el odds ratio (OR) e intervalo de confianza de 95% (IC) para la asociación entre exposición a las drogas e ideación suicida y suicidio, por separado, al emplear dotiepina como la exposición de referencia. El estudio incluyó 555 casos con un primer episodio de conducta suicida no fatal o ideación y 2.062 controles. Los casos de **conducta suicida no fatal fueron predominantemente mujeres (65.4%)**; 75.3% tuvieron entre 20 y 49 años y 12.3%, entre 10 y 19 años; 85% presentaron intento de suicidio y 15%, sólo ideación suicida; 80% de los que intentaron cometer suicidio mostraron antecedentes de internación o evaluación en un departamento de emergencias y 5% fueron derivados a un psiquiatra; 30% de los que manifestaron

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

ideación suicida fueron internados o evaluados en un departamento de emergencias, mientras que 55% fueron derivados a un psiquiatra. El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento antidepresivo se asoció fuertemente con el resultado. Los pacientes que comenzaron a tomar el antidepresivo 9 días antes de la fecha inicial, indicaron una probabilidad 4 veces mayor de presentar el primer episodio de suicidio (OR ajustado (ORa): 4.07); aquellos que habían iniciado el tratamiento entre 10 y 29 días previos a la fecha inicial mostraron casi 3 veces mayor probabilidad de presentar conducta suicida no fatal (ORa: 2.88); los sujetos que recibieron antidepresivos 30 a 89 días antes de la fecha inicial, indicaron 1 a 1.5 mayor probabilidad (ORa: 1.53). Esta asociación fue más marcada en relación con mayor edad. Sin embargo, no se modificó el efecto del tiempo desde el inicio del tratamiento por edad o droga antidepresiva. El ORa entre amitriptilina, fluoxetina y paroxetina y dotiepinga fue de 0.83, 1.16 y 1.29, respectivamente. No se observó modificación del efecto por edad o sexo. Entre los pacientes entre 10 y 19 años, el OR para conducta suicida no fatal fue de 0.9 (95% IC: 0.3 a 2.8) para amitriptilina, 1.3 (95% IC: 0.6 a 3) para fluoxetina y 1.7 (95% IC: 0.7 a 4.1) para paroxetina, en comparación con dotiepinga, ajustado por tiempo desde el inicio de la terapia. En los pacientes que iniciaron el tratamiento con antidepresivos 30 días o más antes de la fecha inicial, no se observó incremento del riesgo de conducta suicida no fatal en aquellos cuya última prescripción finalizara antes de la fecha inicial (abandono de la medicación). Diecisiete pacientes que se suicidaron recibieron una sola de las drogas dentro de los 90 días de la fecha inicial y no presentaron antecedentes de conducta suicida; 76% fueron hombres, 0% entre 10 y 19 años, 53% entre 20 y 39 años y 47% entre 40 y 69 años; 3 casos y 37 controles recibieron amitriptilina; 7 casos y 52 controles, dotiepinga; 4 casos y 36 controles, fluoxetina y 3 casos y 32 controles, paroxetina. No se observó una asociación significativa entre antidepresivos específicos y riesgo de suicidio. El tiempo desde el inicio del tratamiento antidepresivo se asoció fuertemente con el resultado. Los pacientes que comenzaron el tratamiento 1 a 9 días antes de la fecha inicial presentaron 38 veces mayor probabilidad de cometer suicidio que aquellos que lo iniciaron 90 días o más antes de la fecha inicial. El riesgo de conducta suicida luego del inicio del tratamiento antidepresivo fue similar entre consumidores de amitriptilina, fluoxetina y paroxetina y de dotiepinga. A su vez, este riesgo fue mayor en el primer mes luego del inicio de los antidepresivos, en especial durante los primeros 9 días. Esto quizá se deba a que el tratamiento antidepresivo podría no resultar efectivo de forma inmediata o a que estos pacientes presentan depresión más grave en ese momento. Aunque el riesgo de conducta suicida en pacientes que iniciaron paroxetina no fue significativamente mayor que el de aquellos tratados con dotiepinga, la diferencia se aproximó a la significación estadística. La magnitud del riesgo relativo (1.29) es suficientemente baja, por lo cual el resultado podría deberse a confusión no controlada por gravedad de la depresión. Si los pacientes con depresión más grave tuvieran mayor probabilidad de recibir los antidepresivos de aparición más reciente en el mercado entre los evaluados (paroxetina), esto conduciría

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

a mayor riesgo de conducta suicida en comparación con los que inician la terapia con una droga más antigua (dotiepina). En este estudio –como en otros–, la depresión y la conducta suicida no fatal fue más frecuente en mujeres, pero el suicidio es más usual en hombres. Aunque no se observaron suicidios en personas entre 10 y 19 años tratados con antidepresivos, en la población global de GPRD, 15 personas de estas edades cometieron suicidio. En personas mayores, el suicidio en ausencia de depresión es, en proporción, menor. No existiría diferencia sustancial en el efecto de las 4 drogas en personas entre 10 y 19 años. Además, concluyen los autores, luego de la interrupción de los antidepresivos, no existiría mayor riesgo de conducta suicida. Otra investigación con grandes bases de datos, informes publicados, y las técnicas de cohorte de coincidencia han fundamentado que, en general, los antidepresivos - particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) - pueden reducir el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. Sin embargo, los jóvenes que han sido hospitalizadas recientemente por un intento de suicidio pueden estar en mayor riesgo de suicidio con el uso de antidepresivos y deben ser observados de cerca, dijeron los investigadores. El Dr. Olfson observa que ha habido una "lenta, constante disminución" en el suicidio de los jóvenes desde la década de 1980, y "un gran aumento" de las tasas de uso de antidepresivos en niños después de la introducción de los ISRS. El 50% de los niños y adolescentes que completaron el suicidio había estado tomando ISRS en comparación con el 37,5% de los controles ($p = 0,002$). Lo que permanece desconocido es si los jóvenes que recibieron los ISRS tenían una depresión más severa que los controles. Mientras que el suicidio es la principal causa de muerte entre las personas de 15 a 19 años en los Estados Unidos, en un análisis basado en la población, el suicidio de jóvenes, por suerte, es muy raro. La Food and Drug Administration de los Estados Unidos advierte sobre la relación con el riesgo de suicidio y la administración de paroxetina (Paxil) en adolescentes. La advertencia de la FDA afecta las prácticas institucionales. Los pediatras que, previamente, habían prescrito cómodamente recetas de antidepresivos para niños, hoy demuestran mucho menos complacencia. Como contrapartida, prestigiosos investigadores en psiquiatría vincularon el aumento de la tasa de suicidios de niños y adolescentes, observado en 2004, con una advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sobre el uso de antidepresivos en menores. La advertencia de la FDA, sugirieron los investigadores, habría dado lugar a que los adolescentes con depresión severa no recibieran tratamiento. Pero los datos del estudio, que fue publicado en la revista *The American Journal of Psychiatry* y recibió una inmensa publicidad, no brindarían soporte a esa afirmación, según afirman algunos expertos que no participaron del estudio. Mientras que la tasa de suicidios entre los norteamericanos menores de 19 años rozó el 14% en 2004, el número de prescripciones de antidepresivos en ese grupo permaneció básicamente sin cambios y no cayó sustancialmente, como afirma el estudio. Las tasas de prescripción cayeron efectivamente un año más tarde.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

- Enfermedades orgánicas: principalmente del Sistema Nervioso Central, aparato digestivo y genitourinario. Tanto por la propia enfermedad y su tratamiento (básicamente antihipertensivos, corticoides, antineoplásicos, antiparkinsonianos, antituberculosos, hormonas, antihistamínicos y sustancias psicoactivas) como por las consecuencias que ocasiona (pérdida de movilidad e incapacidad, dolor, alteración de la imagen corporal y la cronicidad). Las enfermedades de riesgo se detallan en la tabla 2.

Tabla 2

Se señala como ejemplo de enfermedades de riesgo	
Sistema Nervioso Central	Epilepsia Esclerosis múltiple Traumatismo craneal Enfermedad cardiovascular Enfermedad de Huntington Demencia SIDA
Patologías endocrinas	Enfermedad de Cushing Síndrome de Klinefelter Porfiria
Patología digestiva	Úlcera péptica Cirrosis
Patología genitourinaria	Hipertrofia prostática Enfermedad renal que requiere hemodiálisis

- Otros Trastornos mentales comórbidos: Neurosis; disforia, trastorno del control de los impulsos; alcoholismo; ideación suicida familiar y comportamiento suicida; conductas violentas; trastorno dissociativo.
- Genéticos: Aunque el gen de la **triptofano hidroxilasa II** podría contribuir en el riesgo de **trastorno bipolar afectivo y de suicidio** se requiere más investigación para establecer conclusiones definitivas e identificar variaciones genéticas funcionales responsables de la asociación. El equipo del doctor López del National Institute of Mental Health Genetics Initiative Bipolar Disorder Consortium recuerda que el trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental frecuente que se asocia con un elevado índice de suicidio. Se considera que el suicidio es consecuencia de una interacción entre factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales; asimismo suele observarse una agrupación en familias, un fenómeno que sugiere la participación de factores familiares específicos, distintos a los presentes en el TAB en sí mismo. Las **vías serotoninérgicas** estarían involucradas tanto en el TAB como en el suicidio; en este contexto se describió el **gen de la isoforma II de la triptofano hidroxilasa (THxII)**; algunos marcadores en este gen estarían involucrados en el suicidio y en el trastorno depresivo mayor; sin embargo, la información todavía no es concluyente. De hecho, en ninguna investigación se evaluó el THxII en muestras con un

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

gran número de enfermos. En este trabajo, los autores analizan la relación entre la variabilidad genética en el THxII y el riesgo de TAB y de suicidio en una amplia cohorte que abarcó 2.018 enfermos de 670 familias con un miembro con trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno esquizoafectivo, diagnosticados según criterios del DSM-III/IV. Se analizaron tres polimorfismos de nucleótidos únicos que representan los haplotipos comunes del THxII. El análisis de marcadores únicos no detectó una asociación genética significativa con el TAB o con el intento de suicidio. En cambio, el análisis de haplotipos reveló una asociación significativa entre el TAB, el intento de suicidio y el mismo haplotipo. Aún así, el análisis de casos únicos, clasificados según el antecedente de suicidio, sugirió que el THxII no representa un factor genético independiente de riesgo de suicidio. En conjunto, la información sugiere que aunque el THxII podría contribuir en el riesgo de TAB y de suicidio en familias con TAB se requiere más investigación para establecer conclusiones definitivas e identificar variaciones genéticas funcionales responsables de la asociación.

- *Biológicos (prefrontal/ supraorbitario/ enzimáticos):* El suicidio es un importante problema médico, aparentemente predispuesto por factores neurobiológicos. El **gen de la enzima SSAT**, que limita el **catabolismo de las poliaminas**, parece desempeñar un papel en el suicidio y la depresión. En muchos países, el suicidio es la principal causa de muerte entre los **varones menores de 35 años**. Durante las últimas décadas, se ha hecho cada vez más evidente que existe una determinada predisposición biológica entre quienes cometen suicidio, que es, por lo menos en parte, genética. Se han realizado ingentes esfuerzos para identificar a los marcadores biológicos del suicidio y la depresión, pero la mayoría de los estudios se han centrado en los componentes de los **sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos**. Sin embargo, cada vez resulta más evidente que otros sistemas poseen un papel en la neurobiología de este trastorno. Con el propósito de identificar los patrones de expresión molecular en los pacientes suicidas con y sin depresión y nuevos objetivos moleculares que pudieran tener un rol en estas enfermedades, Sequeira y colaboradores, de McGill Group for Suicide Studies, Montreal, Canadá, llevaron a cabo un estudio de expresión genética sobre muestras de tejido cerebral de suicidas. A fin de identificar los factores de riesgo potenciales, realizaron inicialmente un catastro genético en tres diferentes regiones de la corteza cerebral: el **área de Brodmann (AB)4 (corteza motora)**, **AB8/9 (corteza dorsolateral prefrontal)** y **AB11 (corteza orbitaria)**. Varios estudios post-mortem y de tomografía por emisión de positrones han determinado que las áreas BA8/9 y BA11 muestran participación en la depresión y el suicidio. Debido a la alteración de las funciones motoras halladas **en la depresión**, el área BA4, ligada a diversos **defectos motores**, también fue investigada. Las muestras de tejido cerebral fueron obtenidas a partir de sujetos de sexo masculino y etnia francocanadiense, una población sumamente homogénea. Todos habían muerto súbitamente sin agonía prolongada ni enfermedades preexistentes. Las muestras de tejido fueron facilitadas por el Banco de Cerebros de Suicidas de Québec y fueron recolectadas con un intervalo postmortem inferior a 36 hs. Los

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

antecedentes psicológicos de los sujetos se realizaron de acuerdo a los lineamientos del Eje 1 del DSM-4, administrado por profesionales idóneos a por lo menos 2 familiares de cada sujeto. La muestra consistió de 16 suicidas con depresión (grupo de suicidas deprimidos), que habían fallecido durante un episodio de depresión grave, 18 suicidas (grupo de suicidas) sin antecedentes de depresión y 12 sujetos de control sin antecedentes de comportamiento suicida o depresión. En todos los sujetos se realizó un análisis de expresión genética cerebral mediante un equipo Affimetrix HG-U133 sobre las áreas antes mencionadas. Posteriormente se realizaron estudios independientes en áreas adyacentes con el objeto de validar los hallazgos positivos, confirmar la relevancia del nivel proteico e investigar los posibles efectos de la variación genética. El estudio fue ampliado más adelante con material obtenido de 181 suicidas y 80 controles psiquiátricamente normales. Las muestras de expresión genética fueron sometidas a reacciones en cadena semicuantitativas de transcripción inversa de polimerasa, determinaciones inmunohistoquímicas y análisis de Western-Blot. Se seleccionaron 26 genes, dada la consistencia de su patrón de expresión. En cada gen se realizó un análisis de variación unidireccional a fin de identificar cambios estadísticamente significativos en la expresión genética. Para identificar las diferencias entre los suicidas con y sin depresión, los genes estadísticamente significativos fueron sometidos a una prueba post-hoc de diferencias entre los suicidas deprimidos y los controles, y los suicidas deprimidos vs. no deprimidos. En total, se utilizaron 2 criterios para determinar si existía expresión diferencial de los genes. El estudio catastral identificó al gen que codifica la **espermina/espermidina-N1-acetil transferasa (SSAT)** como un blanco interesante, puesto que mostraba una expresión diferencial en las regiones BA4 y BA11 ($p < 0,001$) y en BA8/9 ($p < 0,05$). En BA4, el SSAT se hallaba significativamente subexpresado en el grupo de suicidas deprimidos y no deprimidos, en comparación con las muestras de control (FC $-1,6$ ($p = 0,005$) y $-1,4$ ($p = 0,02$), respectivamente. En BA11, el SSAT también se hallaba significativamente subexpresado en los grupos de suicidas en comparación con los controles, con FCs de $-1,8$ ($p = 0,002$) y $-1,4$ ($p = 0,005$), respectivamente. Finalmente, en BA8/9, el SSAT también se hallaba subexpresado entre los suicidas comparado con los controles (FC $-1,4$ ($p = 0,02$)). El gen fue entonces investigado y validado exitosamente mediante estudios inmunohistoquímicos y a través del análisis de Western-Blot. La variante localizada en el elemento sensible a la poliamina de la región reguladora (SSAT342A/C) demostró un efecto significativo sobre los niveles de expresión genotípica SSAT ($F_1 = 5,34$; $p = 0,02$). La investigación adicional de esta variante sobre la muestra independiente de 181 suicidas y 80 controles demostró una elevada frecuencia del alelo SSAT342C entre los casos de suicidio (cociente de probabilidad 2,7; intervalo de confianza del 95% 1,4 a 5,3; $p = 0,005$), indicando que dicho alelo puede aumentar la predisposición al suicidio. Estos resultados sugieren que el SSAT, enzima que limita el catabolismo de las poliaminas, juega un papel en el suicidio y la depresión y que el locus SSAT342 es relevante para la regulación del gen SSAT. El doctor Karege y colaboradores del Geneva University Hospitals de Suiza recuerdan

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

que los estudios pasados en la neurobiología del suicidio **refirieron trastornos en la serotonina** y en los efectores, entre ellos, **Akt/proteínacina B**. En esta ocasión, los autores evalúan la posible alteración en el eje de la **Akt/glucógeno sintetasa cinasa 3β** (GSK-3 β) en los cerebros de sujetos que se suicidaron. La concentración de GSK-3α/β y de la Akt-1 se conoció con la técnica de hibridación Western blot mientras que la actividad de cinasa de ambas proteínas se determinó mediante la fosforilación de sustratos específicos. No se observaron cambios en los niveles proteicos en la **corteza frontal prefrontal**. La actividad de la Akt descendió sustancialmente mientras que la actividad de la GSK-3β aumentó considerablemente en las víctimas de suicidio por depresión y en controles pero no en las víctimas de suicidio sin depresión. Los resultados sugieren que la actividad –más que la concentración– de las proteínas enzimáticas Akt y GSK-3β está comprometida; la alteración se asocia con depresión mayor pero no tanto con el suicidio per se. En otro estudio, en muestras de tejidos extraídos a poco del deceso, se determinaron los niveles inmunorreactivos de **hormona liberadora de corticotrofina, de arginina vasopresina, de los análogos de bombesina, del péptido liberador de gastrina y de la neuromedina B**. A partir de estas mediciones, se estableció que la hormona liberadora de corticotrofina se encontraba elevada en regiones del cerebro tales como en la **corteza prefrontal ventromedial, prefrontal dorsolateral y frontopolar, así como en el locus cerúleo**. En el caso de complejo dorsovagal, dichos niveles se encontraban disminuidos; otro tanto sucedió con las concentraciones de arginina vasopresina. Por lo contrario, este neuropéptido se halló aumentado en los **núcleos hipotalámicos paraventriculares, el locus cerúleo y la corteza prefrontal dorsovagal**. Con relación al péptido liberador de gastrina y a la neuromedina B (que ejercerían su influencia en los estados de ansiedad), no se constataron variaciones significativas, aunque en los estudios efectuados en los suicidas, se mostraron más elevados el **péptido liberador de gastrina**, y menores concentraciones de **neuromedina B**, que en los controles sanos. A pesar de haberse establecido estas diferencias en las concentraciones de neuropéptidos, aún se desconoce si este tipo de **alteraciones neuropeptídicas** se relacionaban con el estado depresión-suicidio o simplemente resultan secundarias a la depresión.

1) Factores Contextuales: Vulnerabilidad/resiliencia

- **Factores: familiares, individuales, pares, infancia:** Según Lauro Estrada (2003), la familia, como todo organismo vivo tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y llega a morir, transita un ciclo de seis etapas: descubrimiento, encuentro, llegada de los hijos, adolescencia de los hijos, reencuentro, vejez.

EL ROL ADULTO: un rol adulto visiblemente debilitado y confundido, lo que no ayuda a conformar personalidades con un "YO" fuerte, capaz de enfrentarse a una sociedad tan cambiante que por momentos abrumba, generando así una conducta (que se observa muy bien en etapas como la adolescencia) que podemos llamar "CONDUCTA ZAPPING". Es oportuno

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

entonces, señalar que existen marcadas diferencias para comprender qué ocurrió, diferencias entre el antes y el hoy.

HOY:

Familias menos organizadas, menos integradas, padres menos presentes y más agotados, familias menos continentales (como ejemplo: padres que necesitan realizar dos o tres tipos de trabajos para sustentar sus familias y con lo que todo esto desencadena en su persona, agotamiento, stress, angustia, ausencia, etc.).

Familias exigidas a adaptarse rápidamente a los cambios que la sociedad va imponiendo (como por ejemplo: desarraigados por circunstancias laborales, produciendo esto muchas veces el distanciamiento y cuando no la ruptura de los individuos que conforman una familia, el alejamiento de seres queridos, etc.)

Se llega a la finalización de una etapa (como la adolescencia) con bajos niveles cognitivos, por lo contrario los vemos en general ofuscarse en forma rápida, dejando libre su accionar y sin respaldo de la sociedad (hoy desorganizada).

Padres o "modelos de identificación" débiles, confronta esto con figuras impuestas rápidamente por la sociedad de consumo con apariencia de "éxito y fortaleza" (como ejemplo: personajes del deporte y de la música que siguen impunes a pesar de sus conductas a veces antisociales).

Rotunda falta de exigencias desde edades tempranas a "hacer" o "resolver" ante determinadas situaciones de vida que no ayudan a consolidar personalidades firmes, responsables y seguras (como ejemplo: los estudiantes que hoy deben mudarse de ciudad, desprenderse, resolver, al iniciar estudios universitarios, presentan serias dificultades de adaptación al cambio, viviendo dicho cambio con angustia y miedo, y no pocas veces inhabilitándolo en la continuidad de ésta decisión).

NUEVOS MODELOS ADULTOS: Adultos agotados. (Ej.: necesidad de dos o a veces tres tipos de trabajos y exigencias de perfeccionamiento); inseguros; educando con miedos (¿Por falta de conocimientos?, información hay pero muchas veces la inseguridad no les permite actuar lo aprendido); frustrados; angustiados (y cuando no, medicados); confundidos en su propio rol; con altos niveles de ausentismo en su propio hogar; educando con un tipo de comunicación "permisiva" (más que positiva), no limitando (Ej. : por conflictos con sus propios tiempos, escuchamos decir "está bien, andá, andá"); hablando con sus hijos pero no guiando ("comunicarse no es sólo hablar", muchas veces se escucha "pero yo hablo con mi hijo", yo pregunto ¿en esa conversación ponemos límites, le damos ejemplos de lo que estamos hablando, o los dejamos solos con sus conceptos? ¿o sólo entablamos discusiones sobre "temas"? Podemos decir entonces, que si así educamos, estamos ayudando a que en el desarrollo del niño y por identificaciones (sabemos que la personalidad se conforma en base a identificaciones), se instauren sentimientos ambivalentes, inseguridades, miedos, presos de lo

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

rápido, lo fácil, "el YA", y llegada la edad de 12 – 13 –años, nos enfrentamos con otro factor capaz de influir fuertemente en la conformación de una adecuada identidad adolescente.

Tipos de **familia: nuclear o elemental, extensa o consanguínea, monoparental, de madre soltera, de padres separados, compuesta por personas del mismo sexo, proveniente de diferentes culturas, ensamblada.**

Modos de **familia: rígida, sobreprotectora, centrada en los hijos, permisiva, inestable, estable.**

Evolución de la familia:

1. *Moderna o tradicional*, en transición, posmoderna (sociabilización de los hijos más temprano en guarderías, jardín de infantes; permanencia prolongada en la escuela; la familia comparte su rol de transmisora de valores con otros espacios y con los medios de comunicación).
2. *Familia posmoderna*: Delluri (2008) dice que esta familia se caracteriza por un marcado desencanto, siente que los proyectos modernos han fracasado y potencia su frustración atacando los fundamentos, ideas y creencias en las que se sustenta en el andamiaje social. Los cambios vertiginosos no se pueden asimilar fácilmente, afectan a temas esenciales porque intentan destruir principios éticos y religiosos, para instaurar en su lugar principios más flexibles y relativos, produciendo desorientación que perturbó el funcionamiento familiar por modificación de parámetros antes conocidos. Alfonsa Rodríguez (2001) obliga a repensar términos como sexualidad, amor, género, poder; valores como solidaridad, fidelidad, individualismo; estilos de crianza de los hijos; los vínculos, la conexión con el otro; cuestiones nucleares que afectan nuestra identidad como sujetos. Hoy más que nunca anhelamos vincularnos con el otro, pero anteponeamos a esto el ideal de búsqueda de los propios logros, sin ataduras que nos coarten. Al objetivo de formar una familia, de procrear, de establecer una continuidad temporal del patrimonio cultural y material, la modernidad le agregó la elección de la pareja determinada por el amor, el anhelo de estar juntos, de compartir experiencias de un intercambio emocional satisfactorio y la búsqueda de relaciones sexuales placenteras para ambos, donde el éxito de la sociedad conyugal era cumplir el objetivo de hasta que la muerte nos separe. En la posmodernidad la muerte no es la única causa de separación, también es la muerte del amor (Caratozzolo, 2006). Se borran los rasgos legendarios de masculinidad-feminidad que han construido la subjetividad. La patología en nuestros jóvenes es resultado de la no interiorización de la norma. El neoliberalismo destruye lazos de solidaridad, borrando la ilusión de un proyecto común para la sociedad, con abandono de prácticas sociales compartidas, y condena al encierro al individualismo extremo, donde el otro semejante deja de ser un sujeto y pasa a ser un objeto de satisfacción, de odio o de indiferencia, ha provocado cambios en la estructura conyugal propiciando el triunfo del narcisismo a costa de la relación

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

matrimonial y el hedonismo (Caratozzolo, 2006). Las relaciones paterno filiales también han cambiado, el adolescente y el padre compiten, el padre lucha con el hijo para lograr la atención y el cariño de su pareja, se tiende a borrar las diferencias generacionales, los hijos permanecen en el hogar hasta edades no habituales, mayor dependencia que dificulta la autonomía financiera porque **no han aprendido a resolver conflictos por no conocer necesidades básicas insatisfechas**, declina la autoridad del padre y los roles se confunden; desorientación por salto tecnológico. Los mensajes de la TV no pueden ser procesados porque no dejan tiempo para meditar y reflexionar las imágenes con personajes frívolos, escandalosos, y sin principios morales. La vida social fue absorbida por la vida privada y por la familia convirtiéndose en el lugar donde se dan la satisfacción-insatisfacción de necesidades afectivas (Caratozzolo 2006)

- Marginación social / sociodemográficos: El suicidio nunca es consecuencia de un sólo factor y se reconocen diferencias geográficas. El perfil del suicida y los métodos elegidos varían en las distintas regiones. El suicidio afecta más a determinadas profesiones, como la de médico. Detrás del 90% de los suicidios hay una patología mental. En **países en desarrollo, el consumo de pesticidas** es el modo de suicidio más habitual; mientras que en EEUU el fácil acceso a las armas de fuego fomenta su uso para quitarse la vida. Entre las **profesiones, los médicos** (sobre todo anestesistas) muestran mayor tasa de suicidio que la media, posiblemente por su **fácil acceso a ciertos fármacos**. Entre los factores de riesgo que predisponen a quitarse la vida, este análisis destaca cuestiones tan variadas como ser varón (la proporción es doble que las mujeres), haberse autolesionado previamente, estar desempleado, tener antecedentes familiares de suicidio, exponerse a noticias sobre suicidios en los medios, haber nacido en primavera o verano y sufrir algún tipo de enfermedad mental. Se destaca que la tasa es peor en el norte de Europa que en los países del sur. Respecto al sexo, la tasa es doble en hombres que en las mujeres, aunque estas diferencias no son tan acentuadas en los países del Tercer Mundo (y en China, por ejemplo, se suicidan más mujeres que varones). Mientras ellos suelen elegir fórmulas más violentas (dispararse o colgarse), las féminas optan por métodos más "sencillos", como el envenenamiento. Aunque en esto también influye la zona geográfica, y el acceso a herramientas que faciliten la materialización de las ideas suicidas. Por ejemplo, los pesticidas, fácilmente accesibles en países en desarrollo, están detrás del 30% de los suicidios de todo el mundo. Los desastres naturales, los abusos en la infancia o la muerte de un personaje célebre también podrían estar detrás de algunos suicidios.
- Religión: Históricamente, las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas romanas han sido inferiores a la de los **protestantes** y a la de los **judíos** pero es importante señalar el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional.
- Etnia: según los estudios realizados a finales de los años 90 en EE.UU., muestran que aproximadamente el 70% de los suicidios son cometidos por **varones de raza blanca**, siendo

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano, aunque superiores a las de las mujeres de raza blanca. La actual tendencia es la equiparación de las tasas de suicidio entre las diversas razas y etnias, ya que parece que están más implicados los **factores sociodemográficos** en el suicidio que los factores puramente raciales. A este nivel es importante mencionar a Durkeim a finales del siglo XIX que hablaba de los factores **socio-culturales** en el suicidio dividiendo el suicidio en **3 categorías (egoístas, altruistas y anómicos)**.

- ASI/ maltrato infantil: Los niños son víctimas indefensas y no hay castigos sin consecuencias. Cuando sufren psíquicamente, los niños suelen expresarse con disfunciones del apetito, del sueño, hiperactividad o apatía, atraso en el lenguaje o en la motricidad, problemas para vincularse. Las dificultades de los primeros años podrán transformarse en **problemas de adaptación** a la escuela, problemas de **aprendizaje o de conducta**, una excesiva dependencia o un desarrollo disarmónico. Un niño en esta situación se siente abrumado, enfrentando una carga pesadísima, y aún así trata de hacer lo mejor que pueda para hacer lo imposible. El niño podrá sentirse incapaz cuando fracasa. Y en su adolescencia, sus sentimientos, pueden ser de incapacidad, y también de **vaciamiento, inseguridad, miedo al fracaso, a la desaprobación, al rechazo y al abandono**.
- Infancia: historias adversas: Desventajas sociales
- Bullying: Las **niñas** que han sufrido acoso escolar tienen más riesgo de suicidio que los chicos. El trabajo, realizado a partir de la investigación "Estudio Epidemiológico y Multicéntrico de Psiquiatría Infantil en Finlandia", constata además que son ellas, más que ellos, las que cuando han sido maltratadas tienen más posibilidades de quitarse la vida pasados los años. Por ello, en el estudio se recuerda que el número de suicidios femeninos se reduciría en un 10% si se eliminara la frecuente victimización escolar de las niñas. Nuestros datos apoyan activamente que los médicos indaguen sobre el "bullying" en los chequeos médicos de los primeros años escolares. Ser acosador o víctima a los ocho años es un factor de riesgo de trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry). Mientras que sufrir acoso escolar de forma frecuente es un factor independiente del riesgo de padecer problemas de ansiedad, ser un **acosador** lo es de sufrir **trastorno antisocial de la personalidad**. Varios trabajos muestran que las **víctimas**, y no los que infringen el abuso, experimentan muchos más síntomas **depresivos**. Otros autores destacan que es más común el intento de suicidio o su consecución entre chicos que han sido acosadores o víctimas frecuentes, frente a los que no tienen comportamientos de "bullying", siempre y cuando no se tengan en cuenta otras variables como la depresión. Sin embargo, en las chicas el ser víctimas frecuentemente está relacionado con un mayor riesgo de que se quiten la vida con los años, incluso aunque se tenga en cuenta el estado depresivo. En otras palabras, las **niñas** parecen **más vulnerables a los acontecimientos estresantes** que suceden en la vida.
- Mes de nacimiento: El mes de nacimiento como factor de riesgo en el suicidio todavía no ha sido adecuadamente explorado. Los hallazgos de estudios publicados son contradictorios y no

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

concluyentes. Las tasas de personas que cometieron el suicidio fue de manera desproporcionada entre aquellos que habían nacido en primavera comparado con otros meses.

- Circunstancias perinatales: Existen estudios cuyos resultados sugieren que los *factores perinatales* y de la *primera infancia* tienen una influencia permanente sobre la salud mental. Daniel Riordan, del Nuevo Hospital Craigs en Inverness, Reino Unido, y sus colegas encontraron que las circunstancias y la *experiencia maternal fetal*, incluyendo *bajo peso al nacer*, la *multiparidad materna*, y la *edad materna*, aumenta del riesgo de suicidio en los hijos al llegar a ser adultos jóvenes. Recordemos que *a mayor estrés materno, mayor secreción de cortisol para modelar el sistema nervioso central en desarrollo del feto*.
- Conducta desadaptativa Zapping: búsqueda de satisfacción inmediata, cambio rápido, sin mediar reflexión, en un sin sentido, un vacío. "Quieren todo, e inmediatamente después, de ese todo nada necesitan".
- Ausencia de pubertad: Como bien expresan STONE Y CHURCH en su libro "NIÑEZ Y ADOLESCENCIA", los 12 - 13 -14 años, están marcados por comportamientos muy peculiares donde se pasa de niñez a adolescencia en ausencia de ritos y con experiencias adolescentes en etapas tempranas de la infancia, debiendo asumir conductas de autonomía precoces, y hasta modas del vestir y el lenguaje inadecuados para el estadio evolutivo temprano (erotización prematura).
- Otros factores contextuales tales como: económicos (bajos ingresos); autoestima; grupos de pertenencia (ej. virtuales); grupos de adolescentes vulnerables; logros académicos; psicosociales; familias escasamente contenedoras/ disociadas/ ensambladas/inmaduras; problemas familiares; relaciones interpersonales difíciles; factores psiquiátricos; sanciones disciplinarias; instrucción educativa pobre o ausente; problemas de pareja; historia de atención previa por salud mental; ideación suicida parental; eventos estresantes /traumáticos; depresión juvenil; desarraigo; historia familiar de suicidio; contacto con servicios sociales/juzgados de familia y/o menores; calidad de pareja parental/cuidado parental; la ausencia de límites que los conduce a la destrucción; cultura que no valora el esfuerzo; discurso vacío de significado; mayor desarrollo sensoriomotriz; competencia desleal; intolerancia (xenofobia, discriminación); masificación que trae aparejado identidad débil a partir de un Yo débil; predominio del Ello sobre el Superyo; cambios rápidos (= muerte rápida); ausencia/déficit de investidura libidinal.

2) Historia de Atención en salud Mental

- Dentro del año precedente
- Dentro del mes previo
- Hospitalización psiquiátrica
- Atención psiquiátrica ambulatoria

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

3) Formas de presentación

- Sobredosis: 78,3% de los casos.
- Envenenamiento: los pesticidas, fácilmente accesibles en países en desarrollo, están detrás del 30% de los suicidios de todo el mundo.
- Muerte violenta: La muerte de la Princesa de Gales, por ejemplo, elevó la tasa de este tipo de muerte un 17%. En EEUU el fácil acceso a las armas de fuego fomenta su uso para quitarse la vida. Los métodos por los cuales las personas mueren por suicidio son de gran relevancia política en la medida en que uno de los enfoques para la prevención del suicidio es a través de la restricción del acceso a los métodos particulares. En Nueva Zelanda, los métodos utilizados para el suicidio varían con el género. Para los hombres, los métodos más frecuentemente utilizados son ahorcamiento, los gases de escape del vehículo, y armas de fuego. Actualmente, las armas de fuego representan sólo el 11% de todas las muertes por suicidio masculino.
- Tricíclicos y Paracetamol: 38,6% y 37,6%, respectivamente.
- Ahorcamiento (78,7% con notas): Se comprueban claros aumentos de suicidio por ahorcamiento, tanto para hombres y mujeres. Estos incrementos se explican en gran parte por un uso cada vez mayor de ahorcamiento entre los jóvenes de 15-24 años (Annette Beautrais).

4) Tendencias: Entre las disparidades que marcan la tasa de suicidio, el trabajo observa diferencias entre regiones, géneros, edades o incluso estaciones del año (estas muertes aumentan en primavera). Así, por ejemplo, se destaca que la tasa es peor en el norte de Europa que en los países del sur; o que la tendencia es superior entre ancianos que en los jóvenes (aunque los suicidios adolescentes muestran una tendencia al alza).

- Mujeres//varones: Respecto al sexo, la tasa es doble en hombres que en las mujeres, aunque estas diferencias no son tan acentuadas en los países del Tercer Mundo (y en China, por ejemplo, se suicidan más mujeres que varones). Mientras ellos suelen elegir fórmulas más violentas (dispararse o colgarse), las féminas optan por métodos más "sencillos", como el envenenamiento. Aunque en esto también influye la zona geográfica, y el acceso a herramientas que faciliten la materialización de las ideas suicidas. En las mujeres, los métodos más utilizados de suicidio son ahorcamiento, los gases de escape de vehículos y auto-envenenamiento. Consumo de sustancias en mujeres post intento. Mujeres más vulnerables a estrés y bullying.
- Orientación sexual: asociado a depresión, ansiedad generalizada, trastornos de conducta, abuso de sustancias. Una reciente estadística en los Estados Unidos reveló que el 33% de los jóvenes que se suicidan son homosexuales. El 50% de estos jóvenes fueron rechazados por sus padres.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

5) **Tratamiento: La acción frente a la actitud del suicida:**
Lo más importante a considerar es que cualquier persona deprimida que contempla, aunque veladamente, la posibilidad de suicidio, debe ser tenida en cuenta muy seriamente.

- ❖ *Terapia Cognitivo conductual + Antidepresivos:* Indicada en adolescentes con depresión crónica con tratamiento farmacológico. Es una terapia que previene las ideas suicidas que, además de eliminar esos pensamientos, permite acelerar la curación. Una cura para la depresión llamada terapia cognitivo-conductual terminaría con el riesgo de pensamientos y conductas suicidas relacionadas con el consumo de antidepresivos, según el mayor estudio realizado hasta ahora sobre el tratamiento de la depresión en la adolescencia. Los pacientes que tomaron antidepresivos mostraron signos significativos de mejoría seis semanas antes que los que sólo habían recibido psicoterapia, pero tuvieron el doble de posibilidades de tener sentimientos suicidas repentinos. La combinación de ambas terapias, según los autores, aceleró la recuperación y los protegió de impulsos suicidas repentinos. Durante años, los expertos debatieron sobre los riesgos en los niños y los adolescentes que toman antidepresivos como el Prozac y el Paxil.
- ❖ *Terapias psicosociales:* Evitan la recidivancia del acting out.
- ❖ *Otros estrategias:* Antipsicóticos; alianza terapéutica; disponibilidad del terapeuta con mayor frecuencia; comunicación con la familia/amigos/comunidad educativa; control del burnt out profesional; internación; *ética psicofarmacológica.*

6) **Prevención:** Reducción de acceso a potenciales medios letales; facilitación de mejor reconocimiento, referentes y manejo, en población de riesgo; disminuir el número de menores con Trastornos mentales (ej. Escuela); educación pública; programas de screening; supervisión del uso de medios masivos de comunicación y redes sociales que influyen las construcción de la subjetividad infanto juvenil; educación médica en el reconocimiento de depresión, tratamiento y restricción de métodos; evaluación de programas de salud pública.

7) **Aspectos legales**

- **ARTICULO 83 Código Penal Argentino:** Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.
- **ARTICULO 84 CPA:** Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión, o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

➤ **Ley 26.657/2010:**

- --Arts. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26: persona internada involuntariamente o con su representante legal con derecho a abogado, internación de menores de edad o incapaces.
- --Art. 43: sustituye Art. 482 Cód. civil: No podrá ser privado de su libertad el declarado incapaz, salvo en riesgo cierto para sí o terceros.

➤ **Consentimiento informado:**

8) **Casuística**

Caso W.: Mujer adolescente de 13 años que es derivada desde APS por antecedente de ahorcamiento con un cintón, en el baño, de 20 días de evolución, en ausencia de su madre por viaje para cuidar un familiar enfermo, mientras el padre estaba en la casa con un amigo. La menor de 14 años de edad, prefería la internación durante las fiestas de fin de año. La madre comentó que al padre no le gustaba que se rieran ni que se encerraran madre e hijas en la habitación a charlar a sus espaldas. El padre controlaba y prohibía las salidas de W. cuando quería ir al kiosko a comprar algo. Se realizó informe para notificar, al Juzgado de Menores, la situación de riesgo para que se controle, se investigue y se realice seguimiento a la familia. Pero en Servicio Social del hospital, se consideró que la situación no ameritaba dicha intervención porque el padre era percibido como un hombre trabajador. Se realizó reunión en Dirección del hospital con la psicóloga jefa de salud mental, un trabajador social y el médico pediatra a cargo de la sala, con exclusión de la médica psiquiatra infanto juvenil tratante. Para la externación, en primeros días del año nuevo, se dió intervención al Juzgado de Menores donde se decidió, por asesoramiento del Trabajador Social, que el caso no revestía gravedad.

A los 15 días del alta, la menor fue reingresada con golpes por patadas del padre, en un ataque de ira frente a las rebeldías de su hija, y con alucinaciones que remitieron progresivamente con risperidona, aunque con angustia residual. Se dio el alta bajo compromiso de psicoterapia del padre en el centro de APS más cercano, y tratamiento psicofarmacológico, neuroléptico atípico, a la menor, con seguimiento por APS.

Caso M.: mujer adolescente de 14 años, con 2 intentos de suicidio en el lapso de un año, mediante cortes en la muñeca. Antecedente de familia ensamblada y hermano mayor que fue acusado de homicidio accidental de un amigo de ambos, un año antes del primer intento de suicidio. En ambas oportunidades requirió internación hospitalaria.

Caso T.: varón de 13 años que intentó suicidarse por ahorcamiento con una soga, al ser víctima de bullying, con marcada falta de contención escolar y en desconocimiento de su madre sobre este tipo de hostilidades que victimizaban a su hijo. Antecedente de fallecimiento del padre recientemente. Previo al intento de suicidio, en la institución educativa, convencieron coercitivamente al niño de cambiar su versión de los hechos sobre la agresión recibida por parte

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

de sus pares, para poder así recibir el beneficio de facilitar su traslado a otra escuela a modo de "protección".

RESULTADOS

Sabemos que en esta sociedad postmoderna, la historia, que representa el lazo que promueve con el pasado, la subjetividad de la familia, su identidad y su propia historia; y del lazo social, a través de la historia y su proyección en el futuro, son declaradas desechables. La violencia que se ejerce a través del reproductor de ideología y estrategias sociales, es la fórmula que atenta contra la diferenciación. La confrontación generacional que nutre la identidad, queda aniquilada. El ruido oculta la ausencia, la de las interrogaciones, las dudas, las incertidumbres. La angustia del ser (o la angustia de no ser). Breve, exitoso, sin interrogaciones que remiten a la castración, a la finitud, al vacío y a la angustia. Entonces, el acto sustituye a la palabra, eros o tánatos, la perentoriedad a la angustia.

En la familia de W., se puede inferir que prevalece un estilo autoritario paternalista. Es un modelo de familia en que la mitad de ellas poseen relaciones armónicas, mientras las restantes desarrollan relaciones bastante conflictivas. La hijas de estas familias por lo general, manifiestan tristeza, bronca o resentimiento por el sentimiento de abandono y la mala relación con sus padres, hasta pueden haberse fugado de sus hogares. Las normas son restrictivas (prohibición de bailes y ver amigo/as que no parecen adecuados para los padres, no vestirse como quieren, no salir solas o llevarlas y traerlas de la escuela). En las formas de control se utilizan técnicas más coercitivas: zamarreos para provocar miedo, chirlos "cuando los merecía" o gritos, descalificaciones permanentes por bajo rendimiento escolar, cacheteos y agarrarlas de los pelos, impedimento a asistir al viaje de egresados, provocarle angustia por presión psicológica. Las madres autoritarias son restrictivas en cuanto a la sexualidad y no están de acuerdo con las relaciones sexuales por razones morales, a partir de sus propios modelos de crianza recibida, con escasa capacidad de flexibilización de las ideas. Algunas madres desde el discurso valoran el estudio pero no insisten si sus hijas abandonan la escolaridad. En este caso, la madre de W. es sumisa, pero tácitamente acuerda con el modelo impuesto por su esposo, y así deja desprotegida, indefensa a su hija, privada de un modelo de mujer que goza de derechos. W. queda vacía, cosificada ante el deseo de los otros, sus padres. En los casos de M. y T., las familias son monoparentales o ensambladas, atravesadas por la muerte. Esta fuerza tanática ha dejado a sus madres en un estado de parálisis e introspección que les impide comunicarse empáticamente con sus hijos, y comprender sus necesidades emocionales en una etapa crítica de la vida como es la adolescencia. Quedan así solos, sin interlocutores que les den respuestas y los guíen. Al no encontrar respuestas, también su estado es de indefensión y vacío.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

CONCLUSIONES

Suele pensarse que el suicidio es un acto solitario y personal: la más trágica e intransferiblemente personal de todas las acciones que puede llegar a consumir un ser humano. Sin embargo, las causas que llevan a una persona al suicidio están casi siempre asociadas a motivaciones o experiencias de carácter plural o colectivo. Concretamente, tienen que ver, en muchísimos casos, con las circunstancias críticas extremas que un individuo se ve en situación de afrontar a causa de su pertenencia a una determinada realidad social o al grupo familiar que lo rodea. Se debe, por lo tanto, alentar y promover la formación de recursos humanos, y la puesta en marcha de planes de asistencia y atención social destinados a prevenir y evitar el suicidio, un mal que, según las estadísticas internacionales, tiende a propagarse en el mundo y se ha establecido como una de las causas más frecuentes de mortalidad en numerosos países, tanto entre los adultos como entre los jóvenes. El suicidio es muchas veces un fenómeno de grupo, por lo que urge notar que las características y las señales de riesgo, en relación con el suicidio, suelen aparecer con reiteración en determinados grupos familiares. Se observó también que en ciertas agrupaciones o bandas juveniles suelen asomar formas larvadas de autodestrucción física, como la tendencia de ciertos jóvenes a causarse a sí mismos cortes o lesiones en el cuerpo. En algunos casos, esas formas de autoflagelación son exigidas como requisitos para el ingreso en una determinada secta o comunidad juvenil. La sociedad en su conjunto debe brindar su pleno apoyo a programas para combatir estas nuevas modalidades de destrucción o de degradación de la vida humana. El tema del suicidio es doloroso y sombrío, pero un irrenunciable principio de responsabilidad social nos obliga a movilizar todas las energías vitales que seamos capaces de desencadenar sobre la Tierra para cerrarle el camino a esta oscura y perversa cultura de la muerte. Es altamente alentador que el esfuerzo integrado y conjunto del Estado nacional, de las distintas Iglesias, de las organizaciones no gubernamentales y de las familias se unan y se potencien en un esfuerzo compartido para defender el más alto de los valores: la vida humana. Defender la cultura de la vida es el primer paso hacia la construcción de un mundo en el que la dignidad del hombre sea definitivamente el fin supremo de todo aquello que los individuos y los pueblos seamos capaces de imaginar, de impulsar y de legarle a las generaciones futuras. Que el espíritu de ese legado sea la vida, siempre la vida. Y que el rumor de la vida sea el único que se perciba en los interminables parajes de un mundo todavía necesitado de latidos, de voces y de sueños imposibles que se hagan realidad.

Cuando Freud publicó sus investigaciones sobre la pulsión de muerte, provocó sorpresa y hasta rechazo incluso entre quienes lo respaldaban con admiración. Parecía haber avanzado demasiado lejos. ¿Cómo podría desearse la muerte por sobre la vida? Freud, sin embargo, se refería a lo que no es tan evidente en la complejísima fisiología mental y ofrecía abundantes pruebas sobre sus incómodos descubrimientos. Estigmatizado, considerado una enfermedad, el suicidio también ha sido visto como un problema filosófico.

El grado de riesgo de suicidio, en adolescentes, debería guiar las opciones de tratamiento, entendiendo que el tratamiento con antidepresivos tiene tanto riesgos como beneficios. Las

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

sugerencias específicas para los médicos en la detección selectiva o el tratamiento de los adolescentes en riesgo de suicidio, son las siguientes:

- Durante toda la adolescencia, la realización de la historia de rutina debería incluir preguntas sobre trastornos del humor, pensamientos suicidas, orientación sexual, y otros factores de riesgo de suicidio. Lo ideal es que esto ocurriera durante la asistencia por un proceso agudo así como en las consultas de rutina.
- Es necesario reconocer y abordar las necesidades médicas y psiquiátricas del adolescente suicida, preferiblemente en estrecha colaboración con las familias y los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento y seguimiento de los adolescentes que están en riesgo o que tuvieron un intento de suicidio. Esta colaboración debería extenderse también a los servicios de urgencia y a los colegas en psiquiatría infantil y adolescente, psicología clínica, y otros profesionales de salud mental, mientras se coordina la asistencia que puede prestarse a través de los diferentes sistemas. Es esencial la buena comunicación entre profesionales, la continuidad de la asistencia, y el seguimiento por el profesional de atención primaria.
- Es esencial conocer los recursos locales, estatales, y nacionales para el tratamiento de la psicopatología y la prevención del suicidio en la juventud porque los recursos para adolescentes y médicos varían por comunidad.
- Hay mucha variabilidad en la formación específica y en el nivel de comodidad de los médicos generales para evaluar y tratar a pacientes con problemas de salud mental, así como en el acceso a recursos adecuados de salud mental. Estos profesionales, especialmente si ejercen en un área con pocos servicios, deberían tener formación adicional y educación continuada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del humor del adolescente. Sin embargo, incluso los médicos sin habilidades psiquiátricas específicas todavía deben jugar un papel vital en la detección selectiva de todos los pacientes y la derivación a los especialistas cuando lo necesiten.
- Las evaluaciones de rutina deberían incluir preguntas sobre la disponibilidad de armas de fuego en el hogar. Debería advertirse a los padres del aumento de riesgo de suicidio en los adolescentes cuando hay armas de fuego.

Para finalizar, Eugene Enriquez dice que una sociedad no puede fundarse ni durar si ella no elabora instituciones, es decir, conjuntos que tienen una función de orientación y de regulación social global, interviniendo en el nivel de lo político: proyectos, elecciones y límites que la sociedad se da. Frente a una misma realidad, algunos acentúan el derrumbe, mientras otros sostienen, reconstruyen y perseveran aún en la intemperie.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

BIBLIOGRAFÍA

- 1- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.; "LA ADOLESCENCIA NORMAL". PAIDOS, BARCELONA 1997.
- 2- AMORES, S.; Acerca de lo legal y ...¿lo legítimo? La Mirada Crítica: un recorrido por El Poder y la Crueldad; 161-173. Ediciones Nuevos Tiempos. Buenos Aires, 2009.
- 3- BARCLAY, L.; Detección selectiva y tratamiento de los adolescentes con riesgo de suicidio. *Pediatrics*. 2007;120:669-676.
- 4- BARCLAY, L.; Antidepressants Linked With Attempted Suicide Risk in Certain Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1358-1367.
- 5- BASCO, W.; Teens at Risk: A Focus on Adolescent Suicide. Highlights of Pediatric Academic Societies' 2006 Annual Meeting.
- 6- BEAUTRAIS, A.; Suicide in New Zealand I: time trends and epidemiology. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 06-June-2003, Vol 116 No 1175.
- 7- BEAUTRAIS, A.; Suicide in New Zealand II: a review of risk factors and prevention. Canterbury Suicide Project, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, Christchurch, 2006.
- 8- BYRD, W.; BUSH, M.; Increased Suicide Risk Not Seen After Start of Antidepressant Therapy. *Am J Psychiatry* 2006;163:41-47.
- 9- CHIERY, P.; Homosexualidad y suicidio. *Diario La Nación*, 26 de octubre 2007.
- 10- COHEN AGREST, D.; Me quiero morir. **Fondo de Cultura Económica**, 2007.
- 11- EDWARDS, R.R.; Catastrofización e ideas suicidas en el dolor crónico. *Pain* 126(1-3):272-279, 2006.
- 12- FUNDACIÓN AMERICANA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO; ¿Depresión implica suicidio? Editora Médica Digital, octubre de 2005.
- 13- GALLIANO, H.; Suicidios en el norte de Santa Fé. *Crítica Digital*, 2008.
- 14- HATIM, O.; [Las preocupaciones por el peso e intentos de suicidio adolescente](#). [Healthfinder](#).
- 15- HENRIQUES, G; WENZEL, A; BROWN, G.K., BECK, A.T.; Suicide Attempters' Reaction to Survival as a Risk Factor for Eventual Suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(11):2180-2182
- 16- HUERGO LORA, C.; OCIO LEÓN, S.; Suicidio. Factores de riesgo. 2009.
- 17- JICK, H.; KAYE, J.A; JICK, S.S.; Riesgo de conducta suicida en relación con los antidepresivos. [JAMA 292\(3\):338-343, Jul 2004](#).
- 17- KAREGE; Alteraciones enzimáticas en la corteza ventral prefrontal en víctimas de suicidio por depresión. *Biol Psychiatry* 61(2): 240-245, 2007.
- 18- KNOBEL, M.; "DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA". III CONGRESO MUNDIAL DE ESTADOS DEPRESIVOS – MENDOZA 1997.
- 19- LIEB, R.; Asociación entre tabaquismo y tendencias suicidas. 15th AEP Congress Marzo 17-21, 2007, Madrid, España.
- 20- LINARES, F. B.; RAMELLA, G. G.; "PERSONALIDAD: ESTILOS Y TRASTORNOS", ACADIA, BUENOS AIRES 2005.

ADOLESCENCIAS EN RIESGO: INTENTO DE SUICIDIO

- 21- LOAS, G.; Relación entre la anhedonia y el intento de suicidio. *Psychol Rep* 100(1):183-190, 2007.
- 22- LÓPEZ, ; Asociación entre la variabilidad genética, la variación en la triptofano hidroxilasa II, el trastorno bipolar y el intento de suicidio. *Biol Psychiatry* 61(2): 181-186, 2007.
- 23- MANSUR, M.B.; La ausencia de la pubertad: desencadenantes de una conducta desadaptativa "Zapping": ¿Una conducta suicida?
- 24- MARTINEZ, C.; El discurso suicida. Página 12, 13 de octubre de 2008.
- 25- MATEY, P.; El bullying y el suicidio adolescente. El Mundo, España, 2009.
- 26- MERLAI, Z.; Modificaciones en los niveles de neuropéptidos en pacientes suicidas y en controles. *Biol Psychiatry*. 2006 Apr 1;59 (7): 594-602.
- 27- OLFSON, M.; Study Supports Antidepressant Link to Suicides Among Children. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:865-872.
- 28- OLFSON, M.; SSRIs Appear to Decrease Youth Suicide Overall. APA 58th Institute on Psychiatric Services: Lecture 9. Presented October 6, 2006.
- 29- OMS; Un buen seguimiento reduciría los casos de suicidio. *JANO.es*, 2002.
- 30- ORQUENDO, M.; Sex Difference Seen in Risk Factors for Suicide After Depression. *Am J Psychiatry* 2007;164:134-141.
- 31- PERRONE, R.; NANNINI, M.; Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas. *Paidós Terapia Familiar*, 2010.
- 32- RASMUSSEN, F.; Higher Body Mass Index Associated With Lower Risk of Suicide. *Am J Epidemiol* 2006;163:1-8.
- 33- RATCLIFFE, G.; ENNS, M.W.; BELIK, S.L.; Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: An epidemiologic perspective. *Clin J Pain* 24(3):204-210, 2008
- 34- RIORDAN, D.; Perinatal circumstances increase offspring suicide risk. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 502-507.
- 35- SALIB, E.; CORTINA-BORJA, M.; Effect of month of birth on the risk of suicide. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2006 MAY;188.
- 36- SATCHER, D.; The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide 1999. 2006
- 37- SANCHEZ HIDALGO, E.; "PSICOLOGÍA EDUCATIVA". EDITORIAL UNIVERSITARIA DE PUERTO RICO, 1979.
- 38- SEQUEIRA, A; GWADRY, F; Implication of SSAT by Gene Expression and Genetic Variation in Suicide and Major Depression. *Arch Gen Psych* vol 63, 2006.
- 39- SOURANDER, A.; Los varones suicidas tuvieron problemas en la niñez. *Archives of General Psychiatry* (2009;66(4):398-406).
- 40- STONE y CHURCH; "NIÑEZ Y ADOLESCENCIA". PAIDÓS, BUENOS AIRES 1970.
- 41- VALERIO, M.; Retrato del suicidio. Diferencias geográficas. El Mundo, España, abril 2009.
- 43- VENDRELL, M.P.; MENDES, A.; Cadenas de la perversión. *La Mirada Crítica: un recorrido por El Poder y la Crueldad*; 11-13. Ediciones Nuevos Tiempos. Buenos Aires, 2009.
- 44- WAKNINE, Y.; Role of Substance Abuse in Suicide and More. *MMWR*. 2006;55:1245-1268.