

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

## **RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

Ramón Eugenio Paniagua Suárez. Matemático y estadístico; Magíster en Salud Pública. Profesor Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: [epania@guajiros.udea.edu.co](mailto:epania@guajiros.udea.edu.co)

Carlos Mauricio González Posada. Licenciado en Educación Física, Magíster en Salud Pública. Profesor Universidad de Antioquia. Instituto de Educación Física. Correo electrónico: [carmauro@une.net.co](mailto:carmauro@une.net.co)

Sandra Milena Rueda Ramírez. Epidemióloga. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: [samiru06@gmail.com](mailto:samiru06@gmail.com)

Antes de abordar la temática de riesgo de suicidio correspondiente a los resultados de este estudio, es bueno conocer de modo simple a qué se refiere el término en sí. La palabra suicidio proviene etimológicamente del latín *SUI*: que significa sí mismo y *CADERE*: que significa matar. A finales del siglo XVII empezó a ser utilizado en España y aparece en el Diccionario de la Real Academia en la quinta Edición de 1817. Según este diccionario se define el suicidio como la acción y efecto de suicidarse, que es quitarse voluntariamente la vida<sup>2</sup>.

Shnedman definió el suicidio como “un acto dirigido a terminar la vida de manera auto infligida y autodeterminada, caracterizado por: a) estar calculado para que resulte fatal; b) estar planeado con anticipación, y c) comunicar indirectamente a otros la intención, por medio de notas o advertencias<sup>3</sup>.”

Para H. Kaplan el suicidio va más allá de estas definiciones, dado que considera la convergencia de diversas causas. Para este autor, el suicidio es el “acto consciente de aniquilación autoinducida, de causas múltiples, que se presentan en un individuo para quien el acto es la única solución”, asociado con necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperanza, desamparo y limitadas opciones y conflictos entre la sobrevivencia e intenso malestar psicológico<sup>4</sup>. En el desarrollo de este estudio, se acoge esta última definición como referente conceptual, en la medida que considera al suicidio como un fenómeno multicausal, que requiere abordaje multi e interdisciplinario. Además, se deja claro que el término suicidio se utilizará únicamente para hablar del resultado fatal de la conducta autolesiva y que debe diferenciarse de un intento (acto frustrado o no exitoso) y de riesgo (pensamiento y deseo de quitarse la vida) de suicidio.

No es objeto de este trabajo hacer una extensa revisión histórica y cultural sobre el suicidio, más, a modo de información, es de resaltar que el suicidio ha estado presente en la historia y el desarrollo de muchas culturas, en unas ha sido permitido y legitimado por el Estado para resarcir la honra de muchos ciudadanos (Grecia y Roma en la edad antigua, Japón e India en la era moderna); pero castigado y proscrito en la edad media y en la época moderna por la religión, en especial Iglesia católica que lo observa como un acto pecaminoso y de extrema cobardía frente a la vida<sup>5</sup>.

Centrándonos de nuevo en el suicidio, podríamos indagarnos un poco sobre los factores de riesgo. Se consideran como factores de riesgo aquellos, cuya presencia o ausencia pueden potenciar la producción de un efecto: en este caso, un daño a la salud. El riesgo puede ser de enfermar, de

morir, de herirse, de invalidarse o de incapacitarse. Este postulado parte de la consideración que en la aparición de todo evento o enfermedad, intervienen factores de diferente índole, que se interrelacionan entre sí “y en algunos casos se requiere de la presencia de elementos desencadenantes que pueden provenir de otros niveles de análisis, de otras estructuras o relaciones más complejas, lo que hace el problema más difícil, pero indudablemente más comprensivo, que la mera reducción a una causa<sup>6</sup>.

Para el suicidio, se pueden considerar factores de riesgo:

- Ideación suicida: se refiere a la existencia misma de la idea.
- Intentos previos: aumenta el riesgo de suicidios en un futuro.
- Plan y método: entre más estructurado sea el plan y más letal sea el método, mayor es el riesgo.
- Sexo: En cuanto al sexo de los Adolescentes, los estudios de Berman y Jobes (1991) indican que los Adolescentes hombres cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 4% respectivamente) si bien los intentos de suicidio son más numerosos en mujeres,
- Edad: las tasas de suicidio van aumentando con la edad, aunque las tentativas son más frecuentes en Adolescentes.
- Trastornos psicopatológicos

Estos factores denominados de riesgo pueden dar indicios sobre la posibilidad de conducta suicida en un individuo.

Ahora bien, en el tema de suicidio, no solo intervienen los factores de riesgo, también irrumpen en el escenario los comportamientos suicidas, los cuales se componen de<sup>7</sup>:

- El deseo de morir: representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente
- La representación suicida: constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
- Las ideas suicidas: consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia, pueden ser: sin o con un método específico, el plan suicida o idea suicida planificada o no planificada.
- La amenaza suicida: consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
- El gesto suicida: es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

- El intento suicida: también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
- El suicidio frustrado: es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- El suicidio accidental: el realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.
- Suicidio intencional: es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

La Revista Forensis 2003 <sup>8</sup> señala, que la conducta suicida en Adolescentes y jóvenes generalmente se halla asociado “a la ausencia de un proyecto de vida y a la falta de reconocimiento de un espacio dentro de la sociedad”. Sin embargo, se menciona, la hipótesis en la que no hay un “*acuerdo en la consideración según la cual el suicidio se presenta como una cadena de sucesos que se inicia con la ideación, pasa por el intento de suicidio y culmina con el suicidio consumado*”, las cifras del 2003 muestran cómo en el 15.4% de los suicidios se pudo rastrear al menos un intento previo.

Existen indicadores de la proximidad de riesgo de suicidio en adolescentes<sup>9</sup>:

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Aislamiento y marginalidad de sus amigos, de su familia.
- Irritabilidad para manejar emociones, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Consumo de sustancias psicoactivas (drogas o del alcohol)
- Baja Autoestima, abandono en su apariencia personal.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos, distracciones y otras actividades habituales.

El adolescente que está contemplando el suicidio también puede presentar:

- Hablar de la muerte o directamente del suicidio.
- Hacer despedidas y repartición de bienes, poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
- Mejoras inmediatas, cambio repentino en el humor después de un período de depresión.

Es complejo analizar la conducta del ser humano, y sobre todo, lo que concierne al tema del Suicidio, ya que no se trata de predecir la muerte si no determinar los factores de riesgo en la edad

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

adolescente; lo que implica una serie de hipótesis que determinen la vulnerabilidad y predisposición, y detectar en el comportamiento tendencias suicidas.

Por otra parte la OMS considera que entre los componentes de la defunción prematura influyen aspectos como: “falta de apoyo psicosocial, depresión, desorganización social, hacinamiento, consumo excesivo de alcohol, uso de drogas, comportamientos arriesgados, falta de adaptación, pobreza, estrés y dificultades en las relaciones personales”<sup>10</sup> sumado a que algunos adolescentes no tienen un proyecto de vida elaborado, son víctimas de violencia intrafamiliar, presentan situaciones de duelos no elaborados, son víctimas de abuso sexual, son padres y madres precoces, tienen baja autoestima, sufren la pérdida del referente a causa del desarraigo por la violencia y el desplazamiento, entre otros; todos estos factores son determinantes para la salud de los adolescentes y pueden desencadenar en factores de riesgo que afecten la salud mental de los mismos y en esta misma perspectiva inducir el riesgo de suicidio.

En consideración a los elementos expuestos, observamos la manifestación de una serie de aspectos en el campo de lo psíquico y de lo social, que se constituyen en riesgo de Suicidio para los Adolescentes y que están dando cuenta de los desequilibrios provenientes del entorno familiar a su vez que repercuten en sus procesos de construcción de sus identidades y propuestas de vida, e igualmente de sus maneras de hacer vínculos sociales. En este sentido se le da lugar en este estudio, a la importancia de trabajar por la Salud Mental de los adolescentes como una manera de prevenir riesgos no solo de suicidio, sino de ampliar los horizontes hacia la redimensión de los sentidos de la vida y de los diversos proyectos de los jóvenes.

Este estudio se localiza desde el campo de la salud en general con un enfoque como lo es el de la promoción de la salud, en el que tiene lugar un trabajo productivo que fortalece la salud mental con el fomento de estilos de vida saludables. Esta visión formativa que se ofrece en este campo; es susceptible de aplicar en el trabajo con adolescentes en razón de los motivos expuestos frente a este tema de trabajo y para el caso concreto, con la perspectiva de que una profesión como el Trabajo Social que se preocupa por el Bienestar y el Desarrollo Humano de los sujetos y de los colectivos sociales se sirve de este enfoque para intervenir cuando compete el tratamiento de este fenómeno social, el suicidio, la prevención de sus riesgos o la asunción de sus efectos, incluso la rehabilitación de casos afectados por dicho fenómeno.

Finalmente, en los aspectos teóricos de este capítulo, revisamos de manera breve algunos asuntos del suicidio en los adolescentes, pues el hecho de estudiar el fenómeno del suicidio en la etapa de la adolescencia, se puede decir, que los cambios normales del desarrollo generadores de crisis varían de un adolescente a otro y para algunos Adolescentes la búsqueda misma de la solución a sus dificultades se halla en la expresión suicida como la descarga a esta situación existencial; frente a los intentos de suicidio se traduce en la impotencia y en el deseo de transformar esta situación insoportable para él (ella) y busca llamar la atención de las personas que habitan a su alrededor.

Para abordar el suicidio adolescente se tienen en cuenta los problemas psicosociales, definidos en el DSM IV como “un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

una persona”<sup>11</sup>; es decir, cuando el adolescente tiene dificultades para adaptarse a una nueva situación.

En consecuencia agrupa estos factores de la siguiente manera<sup>11</sup>:

- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo: Por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono y así mismo la aceptación para una nueva pareja (figura de madrastra o padrastro e incluso de hermanastros), padres alcohólicos o depresivos, cambio de lugar de residencia, abuso sexual, maltrato físico, sobreprotección de los padres, huir de la casa, carencia de estructura o límites familiares, conflicto con los hermanos; nacimiento de un hermano, poner un anciano o un niño en un hogar de Protección,
- Problemas relacionados con el adolescente mismo: rompimientos amorosos, embarazos no deseados, pérdida de autoestima, homosexualidad, abuso de Sustancias Psicoactivas
- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, inadaptación y rechazos sociales, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales.
- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflictos con propietarios o vecinos.
- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transporte hasta los asistentes, seguro médico inadecuado.

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

- Problemas Relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamientos, juicios, víctimas de acto criminal.
- Otros problemas psicosociales y ambientales: Por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales o médicos, ausencia de centros de servicios sociales”.

El suicidio entonces, para los adolescentes puede parecer una opción de salida ante estas dificultades; particularmente, el suicidio entre los adolescentes se considera la tercera causa de muerte más frecuente<sup>12</sup> para los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años. Por esto se dice que del 12 % al 25 % de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento; en la publicación: *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional* (2001)<sup>13</sup>, la OMS afirma que los pensamientos suicidas ocasionales “son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales” y referencia un estudio según el cual “más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios secundarios informan que tuvieron pensamientos suicidas”.

Hoy en día es importante reconocer la influencia que reciben los adolescentes, en efecto de los medios de comunicación sobre los estilos de vida, la sexualidad irresponsable frente a adquirir enfermedades de transmisión sexual, el uso y abuso de sustancias psicoactivas y trastornos mentales; sobre los comportamientos de riesgo que estos mismos asumen y derivan conductas que los llevan a sostener problemas existenciales.

Por esto, hay que valorar las actitudes de los adolescentes, se debe estar conscientes de las señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio, cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento o de suicidio se incrementa.

## ESTADÍSTICOS DE L RIESGO DE SUICIDIO DESDE EL ISO-30 EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD

Tabla 1. Distribución porcentual del riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados según zona o municipio donde está el colegio.



Tabla 3. Distribución porcentual del riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados según sexo del estudiante.

	Nororiental		Noroccidental		Copacabana		Ebéjico	
	Hombre n= 374	Mujer n= 405	Hombre n= 291	Mujer n= 314	Hombre n= 185	Mujer n= 221	Hombre n= 324	Mujer n= 300
Alto	21,9	22,8	9,5	7,8	9,2	11,9	23,9	17
Moderado	27,7	20,3	29,6	39,2	26,4	21,1	35	39,8
Bajo	50,4	56,9	60,8	53	64,4	67	41,1	43,3
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 4. Distribución porcentual del riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados según el grupo de edad al que pertenece el estudiante.

	Nororiental	Noroccidental	Copacabana	Ebéjico

	11-14 años n= 432	15-19 años n= 347	11-14 años n= 341	15-19 años n= 264	11-14 años n= 234	15-19 años n= 172	11-14 años n= 291	15-19 años n= 333
Alto	22,3	22,5	8,6	8,8	13	7,9	20	21
Moderado	28,6	17,5	39,4	27,7	25,7	19,7	42	33,5
Bajo	49,2	60	52	63,6	61,3	72,4	38,1	45,5
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 5. Razón de disparidad de hombres a mujeres en riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados.

	OR	IC 95% de confianza	Valor p de Mantel-Haenzel
Nororiental	1,16	0,86 – 1,55	0,31066
Noroccidental	0,89	0,64 – 1,25	0,48538
Copacabana	1,12	0,73 – 1,73	0,57651
Ebéjico	1,10	0,79 – 1,53	0,56406

Tabla 6. Razón de disparidad de 11 - 14 años a 15-19 años en riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados.

	OR	IC 95% de confianza	Valor p de Mantel-Haenzel
Nororiental	1,45	1,08 – 1,95	0,01049

Noroccidental	1,59	1,13 – 2,23	0,00516
Copacabana	1,69	1,08 – 2,65	0,01519
Ebéjico	1,36	0,98 – 1,90	0,05855

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Rubén D. Indicadores de salud mental en el ámbito laboral. Seminario sobre alcoholismo y farmacodependencia en el ámbito laboral. Memorias. Medellín, julio de 1992.
2. Suicidio: Biblioteca Electrónica de Consulta Encarta. 2005.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida. Bogotá: El Instituto; 2004.
4. Paniagua RE, González CM, Montoya B. Proyecto Riesgo de suicidio en los adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín 2006. Medellín. FNSP, 2006.
5. Contexto histórico del suicidio: Biblioteca de consulta Encarta. 2005.
6. Torres Y. Alcances y perspectivas de la epidemiología. En: Mazuera de Hierro, ME. Curso modular epidemiología básica 3 ed.. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. p. 377-399.
7. Pérez Barrero A. El comportamiento suicida. En Como evitar el suicidio en adolescentes. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.revistafuturos.info/futuros14/sicidioadoles1.htm>.
8. Bogotá. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos para la vida. Bogotá: El Instituto; 2003.
9. American Psychiatric Association, 2004. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide.htm>. Consultado: 22 de mayo 2006.
10. OPS. Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. Boletín OPS. 1989. Pág. 107.
11. American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4<sup>th</sup> edition. (DSM- IV). Washington, D.C.
12. Desjarlais R, Eisenber L; Good B; Kleinman A. (1997). Suicidio. En: Salud Mental en el Mundo.

Línea de investigación mediciones en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública.  
Universidad de Antioquia, abril de 2012.

13. OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.