

PSICOPATOLOGÍA

CONDUCTAS SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE CUIDADOS: UN ANÁLISIS DESDE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD

(Rev GPU 2019; 15; 1: 49-54)

Lorena Trujillo¹

El suicidio y los intentos de suicidio constituyen un importante problema de salud pública. Al respecto, según un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2014), en los países miembro desde 1990 las tasas de suicidio han decrecido en promedio en un 20%. Sin embargo, contrario a esta tendencia, en Chile las tasas continúan en aumento alcanzando un crecimiento de 90% entre los años 1990 y 2011. Esto corresponde al segundo lugar en crecimiento de las tasas de suicidio después de Corea.

CONDUCTAS SUICIDAS Y EXPERIENCIAS DE ESTRÉS CRÓNICO.

El suicidio y los intentos de suicidio constituyen un importante problema de salud pública. Al respecto, según un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2014), en los países miembro desde 1990 las tasas de suicidio han decrecido en promedio en un 20%. Sin embargo, contrario a esta tendencia, en Chile las tasas continúan en aumento alcanzando un crecimiento de 90% entre los años 1990 y

2011. Esto corresponde al segundo lugar en crecimiento de las tasas de suicidio después de Corea (citado en Pontificia Universidad Católica, 2015).

Específicamente en población adolescente, este representa la segunda causa de muerte en personas entre los 10 y los 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente, 250.000 corresponden a menores de 25 años (OMS, 2012 citado en Pontificia Universidad Católica, 2015). Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Así,

¹ Psicóloga, Concepción.

actualmente el suicidio está dentro de las tres primeras causas de muerte en adolescentes y jóvenes en Chile; en la última década la tasa de suicidio en adolescentes ha aumentado progresivamente, constatándose que en Chile, en el grupo de entre 10 a 14 años la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100.000 el año 2000 a 1,9 por 100.000 el año 2009. Del mismo modo, en el grupo de entre 15 a 19 años la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo (Ministerio de Salud, 2014), siendo Chile un país que duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva, Vicente, Saldivia y Khon, 2013). Todo ello justifica continuar el análisis del fenómeno, que es lo que se pretende con el presente ensayo.

Sobre la base de un análisis de datos recogidos entre los años 2015 y mayo de 2018, en una muestra de 89 equipos que atienden a niños, niñas y adolescentes en contexto de vulnerabilidad y regidos bajo las políticas públicas del Servicio Nacional de Menores, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, del Ministerio de Educación y del Ministerio de Desarrollo Social, se pudo concluir que un total de 33 adolescentes habían fallecido, 31 de ellos por causas externas. De ellos, 12 fallecieron por suicidio, mismo número lo hizo por agresiones y 7 debido a accidentes. De entre quienes fallecieron por suicidio, el 66,6% había participado de algún programa de tratamiento para el consumo problemático de drogas, seguido por un 16,6% que lo hacía como parte de una medida o sanción judicial al alero de la Ley de Responsabilidad Adolescente, es decir, bajo el contexto de infracciones a la ley penal.

Existe evidencia de la relación entre depresión y conducta suicida (Brent, 1993 citado en Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000), sin embargo la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta; aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas (Baader, Urra, Millán y Yañez, 2011; Shafii, 1985 citado en Larraguibel *et al.*, 2000). Ello resulta coherente con la revisión realizada en la muestra aludida, toda vez que el consumo de drogas y la violencia resultaron ser variables presentes en la mayoría de los adolescentes que fallecieron a causa del suicidio.

El abuso de drogas y alcohol son factores psicosociales presentes en la suicidalidad (Pacheco y Peralta, 2016). Factores que anteceden al suicidio son en primer lugar anímicos, luego descontrol de impulsos y

trastornos por abuso de sustancias, incluyendo alcohol, lo que resulta coherente con los datos de la muestra.

Para el caso del suicidio de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) atendidos en la muestra estudiada, en el 75% de los casos el medio utilizado fue el ahorcamiento, constatándose alta letalidad en el método, lo que estuvo presente tanto en los hombres como en las mujeres que fallecieron por esta causa.

Un potente predictor de intento suicida resulta ser el intento suicida previo. Este factor de riesgo constituye uno de los factores individuales más potentes para el reintento y el suicidio en adolescentes (Bridge *et al.*, 2006 citado en Pacheco y Peralta, 2016). En cuanto a ello, de entre los adolescentes de la muestra fallecidos por suicidio un 33,3% registraba intentos previos al suicidio consumado, 2 de ellos seis meses antes del fallecimiento.

Continuando el análisis de la muestra referida, de acuerdo con datos de la OPS, las principales causas de mortalidad de personas entre 15 y 24 años de edad en la región son externas, incluidos los accidentes, los homicidios y los suicidios (CEPAL, 2011 citado en Cabieses, Bernales, Obach y Pedrero, 2016), llamando la atención además la alta tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, siendo la primera causa de muerte por causas externas en adolescentes (Ministerio de Salud, 2010 citado en Cabieses *et al.*, 2016). A este respecto, en la revisión de los casos de NNA fallecidos, en el 85,7% donde la muerte se debió a un accidente este correspondió a un accidente automovilístico, es decir, acciones que no necesariamente van acompañadas de una intencionalidad suicida explícita, pero que pudieran asociarse a acciones suicidas indirectas, o al menos a la exposición a altos riesgos que pudieran evidenciar bajo aprecio por la propia vida.

En relación con el suicidio en general para efectos del presente ensayo, será relevada la idea compartida en torno a que la persona con conductas suicidas, en la gran mayoría de los casos, pretende acabar con el sufrimiento y agobio psíquico, más que con la propia vida (Martínez, 2008 citado en Pontificia Universidad Católica, 2015). Complementariamente, es sabido que existe una fuerte correlación entre los estados fenomenológicos y el riesgo suicida. Estos aluden a estados emocionales muy intensos que no pueden ser tolerados por los sujetos; al persistir, generan un deseo sostenido de ponerles fin. Estas emociones muchas veces se estructuran como reacción a situaciones permanentes de estrés crónico y traumas, que interactúan con predisposiciones o características individuales y otros factores (Casullo, Fernández y Contini de González, 2005).

En cuanto a esto último, y volviendo a la muestra de adolescentes con suicidio consumado en la muestra estudiada, es intención entonces ir más allá de la conducta observable que representa el consumo de drogas, para más bien entender esta como un medio que utiliza el sujeto para anestesiar vivencias subjetivas en adolescentes que han convivido en contextos de importante vulnerabilidad material, social y/o psíquica y en quienes el estrés crónico ha formado parte de sus trayectorias de vida. Así, la droga representa una fuga del sentir y una conducta que muchas veces cumple una función del orden de lo ansiolítico o anestésico para el sujeto. Cuando esta función falla, entonces el *acting out* representado a través del intento suicida es una posibilidad cierta.

De acuerdo con el último estudio reportado por UNICEF (Larraín y Bascuñán, 2012), el 71% de los niños y niñas recibe algún tipo de violencia de parte de su padre o madre, expresándose de manera transversal en todos los estratos sociales; en relación con lo mismo, otro estudio orientado a recoger los modelos culturales de la crianza en Chile, permite concluir que en el complejo del disciplinamiento no se logra renunciar al castigo como parte del continuo que lo caracteriza. El castigo es significado como una estrategia en el proceso de formación de niños y niñas, es decir, una herramienta considerada adecuada para apoyar el proceso de disciplinamiento. Así, la mayoría de las violencias que se ejercen hacia la niñez en el contexto del hogar corresponden a estrategias que culminan en el castigo físico, pero que también incluyen la desatención o el trato negligente. Específicamente muestra que el 41,4% de los niños y niñas consultados había sufrido algún tipo de maltrato o violencia física en el marco de sus relaciones con sus madres, padres o adultos significativos y que la violencia contra la niñez se ejerce en diferentes contextos sociales, económicos y culturales, y no puede ser indicada como una conducta propia de un sector específico de la sociedad (Santibáñez *et al.*, 2018); sin embargo es sabido que estas formas de violencia, si además se presentan en contexto de vulnerabilidad, sus consecuencias se amplifican; tal es el caso de los adolescentes que configuran la muestra estudiada.

Sobre la base de una recogida de datos realizada por Fundación Tierra de Esperanza durante el año 2017, de un total de 1.071 adolescentes atendidos en programas para el tratamiento del consumo problemático de drogas, un 94% de ellos registra presencia de vulneración de sus derechos durante su trayectoria de vida. Dentro de ella, las con mayor prevalencia corresponden a las vulneraciones tipificadas como negligencia de parte de los cuidadores en un 51,7%, así como las

experiencias de abandono, que alcanzan cifras de hasta un 21,7%. El estudio de esta realidad durante los últimos años ha permitido reconocer que un alto porcentaje de niños no suele sufrir traumas aislados, sino que alrededor del 45% de niños durante los primeros 5 años de vida ya ha experimentado a lo menos cuatro tipos de traumas (Cruzo, 2011 citado en Cabieses *et al.*, 2016). En un estudio a gran escala en 2.000 niños entre los 2 y los 17 años, se encontró que el 70% ha experimentado un trauma, el 64% ha vivido dos eventos traumáticos y el 18% más de cuatro eventos (Lecannelier, 2016 citado en Cabieses *et al.*, 2016). Por ende, los autores del estudio concluyen que la victimización es una condición más que un evento, el que es posible de comprender bajo lo que se denomina Constelación Traumática y donde la mayoría de sus conductas y reacciones se puede explicar bajo la comprensión de esta traumatización crónica. Así mismo, haber experimentado cuatro o más tipos de trauma en la infancia tiene una alta asociación con diversos problemas de salud mental en la adultez, entre ellos adicción a las drogas, depresión, violencia y suicidio, entre otros. Los efectos más nocivos provienen de los cuidadores principales y del contexto de apego, sea debido a que son los perpetradores del trauma o a que los procesos de regulación/mentalización postrauma resultaron inefectivos (Lecannelier, 2016 citado en Cabieses *et al.*, 2016).

A este respecto es sabido que la combinación de factores genéticos, el trauma a temprana edad y el estrés continuo, determinan la capacidad de respuesta de estrés del individuo y de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos (Cáceres-Taco y Vásquez, 2013). Concretamente, el trauma infantil aumenta dramáticamente el riesgo de intento suicida posterior. Dube (2001 citado en Cáceres-Taco y Vásquez, 2013), reportó un incremento del riesgo de intento suicida a lo largo de la vida en pacientes con historia de abuso infantil. En los individuos que no tenían experiencias adversas infantiles la prevalencia de intento suicida fue de 1,1%, mientras que la prevalencia de vida al tener al menos un intento suicida en la población con reporte de eventos adversos infantiles en la niñez, fue de 3,8%. Cualquiera categoría de experiencias adversas (abuso sexual, física, etc.) incrementó el riesgo de suicidio 2 a 5 veces. Se observa que para cada tipo de evento traumático se muestra una mayor proporción de intentos suicidas en aquellos que sufrieron algún evento traumático, existiendo una relación significativa entre el antecedente de politrauma y el intento suicida y encontrándose que existen dos veces más posibilidades de intento suicida entre aquellos pacientes que presentan tres o más eventos traumáticos (Cáceres-Taco y Vásquez, 2013).

Más específicamente, se reconoce que las adversidades de la niñez, incluyendo el abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio (Ministerio de Salud, 2013). En complemento a ello, aun cuando la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorgan una contribución muy significativa, independiente a este riesgo (Salvo y Melipillán, 2008). Complementariamente, en un estudio realizado por Beautrais (1996 citado en Larraguibel *et al.*, 2000), se muestra una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio. Así mismo, la disfunción familiar severa y la sensación del adolescente de no sentirse apoyado por su familia, son factores que pueden desencadenar un intento suicida en adolescentes (Morano, 1993 citado en Pacheco y Peralta, 2016). Al respecto, una investigación sobre ideación suicida en adolescentes en Chile concluyó que se presenta, consistentemente, menor ideación suicida mientras mayor es la aceptación, apoyo y control parental. Se concluye en este estudio que la ideación suicida tiene una mayor correlación con los estilos parentales que con la edad o etapas de la adolescencia, y que los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno, poseen menor ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas conductas (Florenzano *et al.*, 2011). Otra investigación concluye que los adolescentes con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad. Así mismo, que los adolescentes más impulsivos y con mayor consumo de alcohol presentan más suicidalidad, pero esta es mayor aun cuando están presentes sentimientos de mayor soledad (Salvo y Melipillán, 2008).

Es decir, existe evidencia suficiente para confirmar que la calidad del sistema de cuidados de los niños y adolescentes constituye un factor de alta incidencia en las conductas suicidas presentes en esta población, y que las tasas de suicidio adolescente en Chile y en el grupo estudiado en particular, probablemente se relacionen con las trayectorias de vida de niños, niñas y adolescentes con importantes experiencias de trauma, que promueven el escape de las sensaciones de aislamiento, soledad y desvalimiento. Lo anterior, visto como sucesos de destructividad colectiva y con una perspectiva diferente a siempre catalogar el suicidio como destructividad volcada sobre sí. Dicho de otra manera, la especie humana viene dotada para ser una criatura social, pero solo en un ambiente social que lo

acoya y nutra, real, imaginaria y simbólicamente, logrará cada individuo desplegar su potencia constructiva y creativa.

DISCUSIÓN: CÓMO SEGUIR

Las conductas suicidas, que incluyen la ideación y planificación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio, se encuentran determinadas por la interrelación de diferentes factores, entre los que se incluyen aspectos demográficos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, familiares y sociales, por lo que se considera imprescindible un abordaje transversal a objeto de mitigar los efectos del mismo. En este sentido, debe asumirse un enfoque multifactorial y multidimensional que considere el aspecto individual y el de interacción social en la explicación del fenómeno de las conductas suicidas en adolescentes. En este sentido, es reconocido que los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo, lo que exige un abordaje multidimensional para la prevención, tratamiento y posvención.

Sin embargo dentro de la multiplicidad de factores asociados, uno de los que amerita particular atención lo constituye la calidad del sistema de cuidados presente en la vida de niños, niñas y adolescentes. A este respecto, en un estudio realizado que buscó evidenciar la presencia de las dimensiones externalizante-internalizante y siete subsíndromes clínicos (Agresión; Atención; Hipereactividad Emocional; Ansiedad/Depresión; Quejas Somáticas; Evitación y Problemas de Sueño), confirma, estudiando 23 países, que Chile aparece como el país que tiene la mayor prevalencia de dificultades de salud mental en niños de 1 a 5 años, controlando por NSE bajo, medio y alto (Ivanova, 2010 en Cabieses *et al.*, 2016). Más específicamente, los resultados arrojaron que sumando la totalidad de los problemas, Chile presenta una prevalencia del 47% y se encuentra en el primer lugar de altas prevalencias en las dimensiones Externalizantes e Internalizantes, y en los subsíndromes Depresivo/Ansioso, Quejas Somáticas, Conducta Agresiva, Trastornos Afectivos y en una medida de Trastornos Generalizados del Desarrollo (Rescorla *et al.*, 2011). Este es el estudio más grande en términos del tamaño de la muestra, así como de la diversidad multicultural que se haya realizado en la actualidad (Bjarnadottir, 2012 citado en Cabieses *et al.*, 2016). Es decir, Chile aparece como el país con mayor prevalencia en casi todos los síndromes y trastornos evaluados. A pesar de ello, y aun considerando el extremo del continuo de vulnerabilidad, a saber, lo que se

conoce como Trauma Complejo, los datos, las intervenciones y las políticas resultan aún muy precarias (Lecannelier, 2016 citado en Cabieses *et al.*, 2016), resultando la traumatización psicobioevolutiva temprana un tema remotamente considerado con políticas efectivas y con escasa evidencia para la ayuda de niños y adolescentes que sufren múltiples vulneraciones crónicas durante sus primeros años de vida y su trayectoria. Ello exige que las intervenciones deban ser cuidadosamente elaboradas, considerando las necesidades y prioridades de los NNA, donde no basta asumir que ellos requieren “reparar su trauma”, más aun si todavía se encuentran en situación traumática crónica o en contexto de precariedad en su sistema de cuidados (Lecannelier, 2016 citado en Cabieses *et al.*, 2016).

La evidencia ha demostrado que uno de los principales procesos que se ven alterados como producto de las situaciones traumáticas es el sentido de seguridad emocional hacia los otros y el mundo (Hughes, 2006 en Cabieses *et al.*, 2016). Esta pérdida de la seguridad genera a su vez una cascada de procesos del desarrollo que se van deteriorando, no solo a nivel socioemocional sino también psicofisiológico y cognitivo. Por ende, solo en la medida en que niños y adolescentes recuperen y restablezcan algún sentido de seguridad emocional en su vida es que el resto de los procesos del desarrollo podrán recuperarse. Entonces, es solo por medio de la construcción de sistemas de cuidado respetuosos, dentro de los que los profesionales de intervención forman parte, es que se podrá generar un impacto positivo en las vidas y desarrollo de los niños con experiencia de trauma complejo. Este objetivo solo se puede concretar partiendo por modificar el contexto relacional y emocional cotidiano de niños y adolescentes.

Entonces, el desafío presente y futuro es lograr implementar intervenciones que tengan un alto alcance, y que a su vez, puedan ser trasladadas a los contextos reales de los niños y adolescentes que viven en situación de vulnerabilidad. Así los desafíos son avanzar en estudios sistemáticos y empíricos, utilizando multiinformantes y multiinstrumentos sobre la prevalencia, características, factores de riesgo, protectores, biológicos, emocionales y psicosociales (Lecannelier, 2016 citado en Cabieses *et al.*, 2016), para elaborar y/o adaptar intervenciones efectivas sobre el trabajo preventivo con niños, niñas y adolescentes. Ello, sobre la base de un cambio de paradigma que promueva una cultura bien tratante con la infancia, erradicando de sus prácticas cualquier forma de malos tratos dirigidos a niños, niñas y adolescentes.

Para ello, la investigación muestra que la tarea de mejorar el desarrollo infantil debe involucrar a todo

el Estado, a los municipios, a la sociedad civil, a las comunidades locales, Escuelas, a los privados y a las agencias internacionales, con la participación de diversos actores de la sociedad (Cabieses *et al.*, 2016), por medio del mejoramiento de condiciones básicas en el ambiente de cuidados, entre ellos, del fomento de la seguridad emocional, entendida esta como uno de los principales organizadores del desarrollo infantil y como condición primaria para que un niño pueda avanzar en su desarrollo.

Este sentido de seguridad emocional no queda inscrito solo a propósito de la experiencia vincular con su madre, padre o cuidador primario, sino dependiendo de todos quienes configuran su sistema de cuidados, el que incluye ciertamente a las instituciones y profesionales que rodean a niños y adolescentes. Queda entonces por lo pronto el desafío de convertirse en un adulto consciente del rol que le cabe dentro del sistema, y que en los profesionales privilegie más que solo la implementación de estrategias específicas; por sobre todo, que promueva interacciones cotidianas promotoras de la seguridad emocional por parte de psicólogos, trabajadores sociales, profesores, equipos de salud, para constituirse en una base segura desde la cual NNA puedan vivenciar una experiencia emocional correctiva. Una comunidad sensible, disponible, confiable e incondicional, que sea la base para que florezcan los maravillosos talentos de niños y adolescentes y que les permita sentir que la vida vale la pena ser vivida.

REFERENCIAS

1. Baader T, Urra E, Millán R, Yañez L (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Med. Clin. Condes* 22(3), 303-309
2. Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V (2016). Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. *Universidad del Desarrollo, Proyecto PMI UDD-1204*
3. Cáceres-Taco E, Vásquez F (2013). Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 76 (4), 255-267
4. Casullo M, Fernández M, Contini de González N (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Investig. psicol* 10(3), 21-36
5. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S *et al.* (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Rev Med Chile* (12)139, 1529-1533
6. Larraín S, Bascuñán C (2012). Cuarto Estudio de maltrato infantil. UNICEF, Santiago-Chile
7. Larraquibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* (71)3, 183-191
8. Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Departamento de Salud Mental

9. Ministerio de Salud (2014). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes; Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral del Adolescente
10. Pacheco B, Peralta P (2016). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Revista de Ciencias Médicas* 40(1), 47-55
11. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC* (10) 79, 1-16
12. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova M *et al.* (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 40(3), 456-467
13. Salvo L, Melipillán R (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 46(2), 115-123
14. Santibáñez D, Terra V, Contreras N *et al.* (2018). Modelos Culturales de crianza en Chile: Castigo y Ternura, una mirada desde los niños y niñas. *World Vision*
15. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile* 141(10), 1275-1282