

Artículo original

Suicidio en jóvenes

Rosa Isela Villagómez Bedolla,¹ Adriana Balcázar Musacchio,² Ramón Paz Ramírez³

¹ Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Baja California. (CESAM).

² Psiquiatra del CESAM.

³ Maestro de Posgrado de UABC.

Introducción

El porcentaje de suicidio en jóvenes ha aumentado en todo el mundo, pero hay muchos factores variables: edad, sexo, raza, familiares, culturales y sociales, además de aspectos psicológicos y biológicos. Actualmente la tasa de suicidios en los Estados Unidos de Norteamérica entre los 15 y 24 años es de 12.1 por 100,000 habitantes y es considerada la tercera causa de muerte entre jóvenes después de los accidentes y los homicidios; el medio más empleado es arma de fuego en un 60 por ciento.¹ La depresión ligada al suicidio se asocia con la disponibilidad de armas de fuego, cambio reciente de domicilio, pérdidas de padre, hijo o familiar, consumo de drogas, especialmente el alcohol y el aislamiento social.²

El objetivo de este ensayo es reconocer el aumento de suicidios en jóvenes de 15 a 29 años, en Baja California en los últimos 10 años; identificar factores de riesgo individuales; determinar factores de riesgo familiares; establecer la influencia de factores psicológicos, sociales, geográficos en el suicidio; reconocer el diagnóstico dual de suicidio en jóvenes con enfermedades mentales consumo de drogas; indagar la desintegración familiar como causa principal del suicidio. Se intenta identificar y prevenir el suicidio, fomentar la unión familiar como medida preventiva, aumentar la calidad de atención a los jóvenes, en áreas de salud, escolar, laboral y familiar.

Planteamiento

La juventud viene a representar el puente evolutivo entre la adolescencia y la edad adulta.³ Desde la adolescencia son comunes las alteraciones de la conducta, el mal humor, las dificultades de la vida diaria, los conflictos y las peleas con la familia, provocando ansiedad, depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio. El suicidio data desde que el hombre es hombre. Los mayas consideraban que los suicidas iban directamente al cielo tras su muerte. Los romanos tenían muy poco respeto por la vida, y contemplaban el suicidio de una forma neutral e incluso positiva. La iglesia cristiana tiene gran respeto a la vida como un don de Dios, y prohíbe estrictamente ponerle fin a la vida. San Agustín, en el siglo cuarto categóricamente rechazó el comportamiento suicida. A principios del siglo veinte surgen dos teorías del suicidio, una la de Emilio Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra de Sigmund Freud quien estudió los aspectos psicológicos. Durkheim, contempla dos teorías, la primera el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada, la segunda el suicidio está asociado al cambio de valores de la sociedad en particular. Freud desarrolló una teoría psicológica que basa la conducta en el inconsciente del hombre; su hipótesis plantea que el individuo suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada. El suicidio psicodinámicamente es considerado como asesinato, las razones son: un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas tales como seguridad, confianza y logros, un impulso súbito de odio a sí mismo en un marco de una autoevaluación negativa, con auto-rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.⁴ Manninger sugirió que existen tres fuerzas destructoras: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Otras explicaciones son el autocastigo, reparación o evitar la culpa, fantasías compensatorias por las deficiencias de esta vida en una vida futura, aparte de posibles factores neuroanatómicos, bioquímicos o genéticos. Se ha investigado el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos observándose cantidades anormalmente bajas del ácido 5 hidroxindolacético, un metabolito de la serotonina, neurotransmisor que influye el estado de ánimo y las emociones y existe evidencia que los receptores de serotonina del tallo cerebral, la corteza frontal y el hipotálamo pueden estar deteriorados.⁵ Factores de la dinámica familiar, historia familiar de suicidios, muerte o separación de los padres, el tipo de padres, maltrato hacia el adolescente, bajo rendimiento escolar,

incremento de la población, menos posibilidades de empleo aumenta tres veces el riesgo; los jóvenes fracasan en sus metas, se contemplan a sí mismos como fracasados y empezarán la caída que dará como resultado el suicidio.⁷ De acuerdo con INEGI 2001, el incremento porcentual de suicidio es de 142.7 por ciento en hombres y 68.9 por ciento en mujeres en la última década. La tasa de suicidios o lesiones autoinflingidas intencionalmente entre las edades de 15 a 29 años es de 5.6 por cada 100,000 habitantes, en hombres corresponde el 9.2 por cada 100,000 habitantes y en mujeres de 2.1 por cada 100,000 habitantes.

Entre los jóvenes de 15 a 29 años los accidentes constituyen la primera causa de muerte para ambos sexos, la tasa de mortalidad en hombres es de 5.9 por cada 100,000 habitantes, cinco veces mayor que la observada entre las mujeres que corresponde al 1.1 por cada 100,000 habitantes.⁸ Una forma de clasificar al suicidio tomando en cuenta los factores de riesgo, es los no específicos y los específicos. Entre los no específicos se encuentran, efecto de imitación o efecto Werther, debido a la influencia de información general, historias de películas acerca del suicidio, la televisión, cine, novelas, poemas, reportajes, correo electrónico, en todas estas fuentes la tasa de suicidio es proporcional a la fama o atractivo de la persona que se ha suicidado.^{9,10} Los factores específicos son síntomas médico-psiquiátricos pasados y presentes, comportamiento suicida previo, padecimientos psiquiátricos en la historia familiar, factores de la dinámica familiar, como desacuerdo o rompimiento familiar, desempleo de los padres, maltrato del menor.^{11,12} Los trastornos asociados son: neurosis, alcoholismo, esquizofrenia, trastornos afectivos mayores y trastornos de adaptación.¹³ Además se debe considerar el suicidio submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima se autodestruye lentamente, es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos como la ingestión de sustancias dañinas para la salud, drogas, alcohol y tabaco.¹⁴ Schneiderman en 1996 clasifica la conducta suicida en cuatro: 1) la conducta suicida impulsiva, 2) la sensación de que la vida no vale la pena o depresión, 3) una enfermedad grave, 4) intento suicida como medio de comunicación,⁴ Aberasturi, dice que en la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, c) duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. Beachier describe varios significados posibles del suicidio. La huida, el duelo, el castigo, el crimen, la venganza, la llamada de atención y el chantaje, el sacrificio, o el juego. Culturalmente nos vemos influenciados por los mitos acerca del suicidio:

1. El mito de que la persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete. La realidad es que aproximadamente entre el 70 y 75 por ciento de los jóvenes que lo intentan han proporcionado pistas verbales de sus intenciones en las semanas precedentes. Todas las amenazas de suicidio deben de tomarse en serio.
2. Los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención. La realidad es que semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los factores relacionados con el suicidio, aunque en algunos casos la búsqueda de atención pudiera ser una ganancia secundaria del comportamiento suicida; pero se deben hacer todo tipo de esfuerzos para entender las causas básicas que conducen al comportamiento suicida.
3. La persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida. La mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumados por problemas y tienen dificultad para encontrar soluciones, el problema principal no es que quieran morir sino que no existe otra manera de seguir viviendo.
4. Toda persona suicida está deprimida; la realidad es que el comportamiento suicida está asociado con otros trastornos psiquiátricos y otros factores de alto riesgo.
5. El que la juventud hable acerca del suicidio incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se plantan las semillas del mismo. Si se analiza adecuadamente el comportamiento suicida, se incrementa las posibilidades para prevenirlo, en especial en jóvenes en que actúa el efecto de imitación.
6. Que los niños no piensan en suicidarse es un mito: la segunda causa de muerte en la infancia canadiense.¹⁵ Algunos síntomas de alarma son: dejan de jugar, pasar su tiempo solos, problemas con el sueño, las cosas que les divertían ahora ya no les provocan la misma sensación, llamar la atención negativamente, dificultades para concentrarse, el rendimiento escolar malo y conductas regresivas. Se deben considerar los síntomas de alarma en jóvenes como son: cambios en los hábitos alimenticios y del sueño, pérdida de interés en las actividades habituales, retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia, manifestaciones de emociones contenidas, alejamiento o huida, uso de alcohol y de drogas, descuido del aspecto personal, volverse alegre repentinamente luego de un periodo de tristeza, regalar o tirar sus objetos favoritos, situaciones de riesgo innecesarios, falta de respuesta a los elogios, aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, cabeza y fatiga, pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar, sensaciones de aburrimiento, dificultad para concentrarse, avisos de planes o intentos de suicidarse, preocupación acerca de la muerte, deseos de morir, escribir una o varias notas de suicidio.¹⁶ En algunos de los casos son referidos como accidente cuando en realidad se tendría que ir más allá e investigar si fue realmente un accidente o fue provocado con intención de morir, El suicidio es un fenómeno multidimensional y complejo, desde las perspectivas familiares, sociales,

clínicas y psicológicas. El papel del clínico es utilizar toda su experiencia para reconocer y tratar la conducta suicida. Si cerca de nosotros se encuentra algún joven cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse atendamos sus señales pues podemos darle el apoyo necesario para superar su problema.

Casuística

De las 711 personas que se suicidaron en BC entre 1990 y 2000 el 41.5% contaba con edades entre 15 y 29 años; un segundo grupo está entre los 30 y 44 años, constituyó 26.5% del total y el 32% restante tenía menos de 15 años o más de 45 años.⁸ La tasa de suicidios en BC en 1990 era de 2 por cada 100,000 habitantes; para el 2000 la tasa se incrementó al 3.1 por cada 100,000 habitantes, con la mayor tasa en el municipio de Mexicali con un 6.5 por cada 100,000 habitantes, segundo lugar Playas de Rosarito con un 3.2 por cada 100,000 habitantes. Frecuencia en sexo, en 1993 se suicidaron 48 hombres por cada mujer, en 1996 esta proporción es de 12 hombres por cada mujer y para el 2000 son ocho hombres por cada mujer. De las causas que provocaron el suicidio sólo fue posible conocerlas en el 37.8%; entre ellas se encuentran causa amorosa 11.7%, enfermedad grave 6.5%, disgusto familiar 4.9%. Respecto al sitio donde se efectuó el suicidio, de cada 10 personas 8 lo llevaron a cabo en casa habitación, uno en la vía pública y uno en otros lugares. El medio más empleado es el ahorcamiento 355 casos (49.9%), arma de fuego 260 casos (36.6%), arma blanca 17 casos (2.4%). Se realizó visita al SEMEFO (Secretaría médico forense) de Mexicali, BC. Y se investigó sobre muertes violentas de los años de 1994, 1995, 1996, 2000, 2001, 2002, las posibles causas de muerte incluyen insuficiencia respiratoria aguda secundaria o edema agudo pulmonar, inducido por sustancias depresoras cardiorrespiratorias en 51 casos, heridas por proyectil de arma de fuego en cráneo en 56 casos, asfixia por ahorcamiento en 56 casos, asfixia por sumersión en 24 casos, politraumatizados en 53 casos, traumatismos craneoencefálicos en 87 casos. Además se obtuvieron datos por parte de ISESALUD del estado de Baja California sobre las 10 principales causas de mortalidad en edades de los 15 a los 29 años de 1998, 1999, 2000, 2001, 2002. En 1998 lesiones autoinflingidas intencionalmente veintitrés casos, ocupando el 6° lugar, en 1999 con veintiún casos de suicidio ocupa en 7° lugar, en el 2000 diecisiete casos y en el 2001 veintiún casos que le corresponde el 5° lugar.

En las estadísticas nacionales predominan los intentos suicidas en mujeres y los suicidios consumados en hombres. Los estados que presentan mayor tasa de suicidios son: Campeche y Tabasco y los de más baja Tlaxcala y el Estado de México, según la revista de Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994. Lo que no corresponde con la tabla de mortalidad de la población joven por entidad federativa de INGEI y CONAPO, que reporta aumento de la mortalidad entre los jóvenes, proporcional con la edad excepto en Aguascalientes, Baja California Sur y Zacatecas cuya mortalidad para hombres de 20 a 24 años supera la del grupo de 25 a 29 años. Para el caso de las mujeres, en Baja California Sur y Tlaxcala la tasa más elevada se presenta en el grupo de 15 a 19 años; en Baja California, Nayarit, Quintana Roo, Tamaulipas en el grupo 20 a 24 años, en Colima y Chihuahua en el 25 a 29 años. La variación de las tasas de mortalidad por entidad federativa se aprecia en los tres grupos de edad, en el grupo de 15 a 19 años la tasa varía entre 7 y 16 defunciones de hombres por cada 10,000; para las mujeres es entre 2.4 y 8.7 defunciones por cada 10,000; el grupo de 20 a 24 años la tasa oscila entre 9.6 y 25.1 defunciones de hombres por cada 10,000, para las mujeres entre 3.4 y 101.1 defunciones por cada 10,000. Por último, en el grupo de 25 a 29 años la variación entre los varones es de 12.8 y 30.9, mientras para las mujeres es entre 4.1 y 11.4 defunciones por cada 10,000 personas.

El número estatal de suicidios por sexo en Baja California en 1990 fue 25 hombres y dos mujeres. Para el 2000 fue 69 hombres y 9 mujeres. Las mujeres de los 15 a los 29 años pueden morir durante el embarazo, parto, puerperio o por aborto, los hombres mueren de accidentes, violencia, intrepidez, osadía y excesiva ingestión de alcohol.¹⁷ Los factores condicionantes son: la deficiencia de serotonina, aspectos de crianza del niño, carga genética, presencia de enfermedades mentales, sentimiento, de desesperanza, abuso de drogas y alcohol.¹⁸ En Mexicali las causas de suicidio son: enfermedad grave o incurable, disgusto familiar, causa amorosa, dificultad económica, enfermedad mental, remordimiento. El medio empleado es el ahorcamiento, arma de fuego, arma blanca, ingestión de veneno, intoxicación por medicamentos y sustancias depresoras cardiorrespiratorias.⁸ En la ciudad de México se realizó un estudio de investigación con 2,000 adolescentes de los CECADIS y CONALEP, el 13% reportaban haber tenido intentos suicidas, causadas por problemas familiares como: divorcio de los padres, el consumo de drogas, violencia familiar o abuso sexual, la vida puede volverse insoportable para el adolescente causando depresión, comportamiento destructivo, incluso llevarlo a las ideas suicidas y suicidio consumado.¹⁹

En otro estudio realizado por Catalina González, publicado en la Revista Salud Pública de México en el año 1998 con el fin de determinar la prevalencia de ideación suicida y perfil sociodemográfico, se analizó la información de una muestra de 1,712 mujeres estudiantes de enseñanza de secundaria y bachillerato y una muestra clínica de 30 pacientes internados por intento suicida. Los resultados fueron que las características sociodemográficas que distinguen a las estudiantes con mayor puntaje de ideación suicida son las que obtienen calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar, el haber interrumpido los estudios; vivir solo con uno de sus padres y pensar que su muerte sería posiblemente mejor. En el Hospital Infantil de Sonora se realizó un estudio retrospectivo de 1993 a 1997 con 30 pacientes, 22 mujeres y 8 hombres, la edad media de 15.2 años, con intentos suicidas. Los resultados son: pertenecen a una familiar nuclear y disfuncional, en el 70% provenían de medio socioeconómico bajo, en el 96.6%, eran originarios de Hermosillo el 96.6%, pertenecen a alguna religión el 73%, y estudiaban el 46.6%. Las causas desencadenantes fueron motivos familiares en el 50%; el lugar fue la recámara en el 36.6%; la hora del día de las 12 a 24 hrs. En el 70% los días jueves y en el 50% los viernes; la estación del año en verano el 36%; intoxicación con benzodiazepinas el 76.7%, depresión en el 36.6%, la reacción posterior al evento fue de culpabilidad en el 63.3%, la estancia hospitalaria de 24 a 72 horas en 79.6%, egresados por mejoría en el 86.3%. En el seguimiento se localizaron 24 pacientes de los cuales dos de ellos tuvieron tres intentos suicidas posteriores al egreso.

Conclusiones

Nada, ni nadie justifica el cometer un acto de tal naturaleza, como es el suicidio, sobre todo por el dolor que se deja a los demás. Una de nuestras labores como trabajadores de la salud mental, que convivimos a diario con cientos de jóvenes, es buscar la manera de sensibilizarlos y orientarlos en cuanto a este tipo de problemática y evitar en lo posible que aumenten las víctimas de suicidio. Recordar que los síntomas de alarma son: falta de energía, problemas con el sueño, aumento o disminución del apetito, trabajo para concentrarse, bajo rendimiento escolar, descuido en su apariencia personal, y la característica más común es que se vuelven más irritables. El suicidio en jóvenes va en aumento y cada vez se ve más en las salas de urgencia de hospitales intentos suicidas o bien más defunciones por suicidio consumado. Y muchas de estas muertes no se investigan y quedan registradas como otras causas. Teniendo en cuenta estos datos, se debe de considerar el suicidio, en jóvenes entre los 15 y 29 años como un problema de salud pública, donde corresponde a trabajadores de la salud mental hacer conciencia de los síntomas de alarma y factores de riesgo en profesionistas de la salud, maestros, padres de familia y la población en general con el fin de evitar lo más posible futuros casos de suicidio en cualquier edad.

Referencias

1. Borges G. Epidemiología del suicidio en México de 1970-1994. Revista de Salud Pública México 1994; 38: 197-206.
2. Gelles R, Levine A. El suicidio en la perspectiva sociológica: Cosío E, Rebollo R. Sociología con aplicaciones en países de habla hispana. México: Mc Graw-Hill 2001; 21-30.
3. Kaplan H, Suárez M. Suicidio en adolescentes. El divan.com Buenos Aires Argentina 2000.
4. Schneiderman, Kaplan, Sadock, Baltimore, Williams, Suicide in comprehensive textbook of psychiatry, edited by Freedman, A.M. 1976.
5. Sherr L. Agonía, muerte y duelo. México. Manual Moderno. 1991.
6. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence. J of child psychology and psychiatry 1974; 15: 275-291.
7. Hollingen. Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trends. Am J Psych 1978; 135: 754-756.
8. INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 1998; 2001.
9. Gould M, Schaffer D. The impact of suicide on television movies, evidence of imitation (WERTHER). New England J of Medicine 1986; 315: 11:690-694.
10. Phillips, Castensen. Clustering of teenager suicide after television news stories about suicide. New England J of Medicine 1986; 315: 11.
11. Carlson, Cantwell. A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. J of Amer Acad of child psychiatry 1979; 18: 587-689.
12. Garfinkel, Golombek. Suicidal behavior in adolescence, in the adolescent and mood disturbance. New York: International University Press 1983: 189-217.
13. Turgay A. Some facts, some solutions. Psychiatric emergencies in children. Psychiatric J of the University of Ottawa 1985; 7(4): 254-258.
14. Macías L. Suicidio en adolescentes. Boletín de la UNAM, D6CS-1242. Monografía.com. 2000.
15. The Ottawa Board of education, social services department. Suicide prevention program a school based prevention model. Published for Internal use 1987.
16. Search. El suicidio en adolescentes. Statistics Methodist Health Care System Houston, Tex. 1996.

17. Encino V. La categoría de género en la comprensión de la mortalidad. INEGI y Secretaría de salud. 2000.
18. Galarza N. Sobre como diferenciar entre un gesto y un intento suicida en la práctica diaria de la psiquiatría. Latinoamericana virtual de psiquiatría 2001.
19. Andrade P. Se incrementó el número de suicidios en el último sexenio. Boletín UNAM. 2001; 1242.