

# Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes.

Factors associated with suicidal behavior in adolescents.

Horacio B. Vargas<sup>1</sup>, Javier E. Saavedra<sup>2</sup>

## RESUMEN

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.

**PALABRAS CLAVE:** Conducta suicida, factores asociados, adolescentes.

## SUMMARY

Suicidal behavior could be considered a continuum from cognitive aspects such as suicidal ideation, to behavioral, such as suicide or suicide attempt. Suicide in adolescence has become a major public health problem. According to WHO estimates, one of the most worrying findings worldwide is the increase in suicide rates that is occurring among young people (15-24 years), which ranks as the leading causes of death in this age group. A large number of factors that could contribute to the occurrence of suicidal behavior have been identified, which include individual, family and social. Diathesis-stress model has been proposed to give a causal sense to the wide range of factors that contribute to suicidal behavior. The diathesis reflects an increase in vulnerability over time for suicidal behavior, for example, being more impulsive and aggressive, and therefore more likely to act on suicidal feelings. Stress can include factors, such as, parental divorce and other adverse life events and environmental factors. We can identify several factors that contribute to vulnerability (diathesis) for suicidal phenomena in adolescents and others who

<sup>1</sup> Psiquiatra de niños y adolescentes. Director de la Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada de niños y adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Profesor principal y Jefe de la Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Director de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Profesor Principal de la Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

act as stressors. In addition, there are several factors that could act in both ways, depending on their temporal association with suicidal phenomena.

KEY WORDS: Suicidal behavior, factors associated, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (1).

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio (1-4). La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada (5) y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (6). El deseo de morir puede ser considerado el portal del comportamiento autodestructivo y representa la inconformidad e insatisfacción del individuo con su modo de vida en el momento actual (aquí-ahora) (7).

La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado (8). El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida) (9). Son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto.

Las amenazas y los gestos suicidas generalmente son subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida (10).

La adolescencia ha sido identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios

emocionales, sociales y físicos (11). Los adolescentes deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente (12). Típicamente, los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros (13). Igualmente este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo (14). Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo (15,16). También, los adolescentes pueden utilizar conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios (17,18).

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública (19,20). Sin embargo, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la adolescencia de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos (1).

Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años) (1), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (1,21,22). La mayoría de los estudios internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes (1).

Un extenso número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales (1,22).

### Factores individuales

**Edad:** Antes de la pubertad, tanto el suicidio como el intento suicida son excepcionales. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados con la presencia

de comorbilidad, especialmente trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas (1,3). Los porcentajes de suicidio consumado se incrementan marcadamente en la adolescencia tardía y continúan aumentando hasta cerca de los 20 años. En contraposición, el pico de intentos suicidas alcanzado entre los 16 y 18 años, luego disminuye marcadamente en frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes (3).

**Sexo:** Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio (1,3). La prevalencia del fenómeno suicida fue reportada por separado en varones y mujeres en 88 de 128 estudios evaluados en una revisión sistemática. La prevalencia de vida de pensamientos e intentos suicidas fue significativamente mayor en mujeres comparado con varones en 11 estudios (23).

**Etnicidad:** Las diferencias étnicas pueden reflejar “contagio” en grupos aislados en lugar de diferencias culturales. En Canadá, el suicidio en jóvenes aborígenes es cerca de 5 a 6 veces más que en los jóvenes no aborígenes. En EEUU, el porcentaje de jóvenes suicidas es mayor entre nativos americanos, seguido por blancos y afroamericanos y menor entre los de la etnia asiático pacífica (3).

**Factores biológicos y genéticos:** Un modelo es que la desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante y que un individuo con enfermedad mental que posee este rasgo es más proclive a responder a un estresor de una forma impulsiva o agresiva. Este modo de respuesta podría dirigirse directamente al suicidio o podría simplemente incrementar el estrés que finalmente lo llevaría al suicidio (24,25). Hay algunas evidencias que los individuos con intentos suicidas que tienen niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo son significativamente más proclives a intentos suicidas futuros y/o cometer suicidio (26). De igual modo, otros investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron los niveles de serotonina en el plasma con medidas psicométricas, llegando a concluir que la determinación de la concentración plasmática de serotonina, en combinación con algunas medidas psicométricas, podría servir como un marcador seguro de psicopatología y podría diferenciar subgrupos de adolescentes suicidas (27). Algunos estudios sugieren que la anormalidad es presináptica y conduciría a una sobreregulación compensatoria de receptores serotoninérgicos tipo 2 (5-HT<sub>2</sub>) en el cortex prefrontal

ventral y ventrolateral del cerebro que es en larga medida responsable de la inhibición conductual (28). La disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo, cambios en el metabolismo de la serotonina y la presencia de polimorfismos en el gen del triptofano hidroxilasa se han relacionado con la conducta suicida (1,3,29). Por otro lado, los marcadores GRIK<sup>2</sup> y GRIA<sup>2</sup>, localizados en genes que codifican los receptores ionotrópicos del glutamato, se han asociado con la ideación suicida (1).

**Trastornos mentales:** En adolescentes que consuman el suicidio, más del 90% sufren de un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte y más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años (3). Es frecuente encontrar varios trastornos mentales comórbidos y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio (1,30). Resultados de análisis multivariados reportaron en dos estudios una relación directa para ambos géneros entre problemas de salud mental y fenómenos suicidas (22).

Los trastornos depresivos ocurren en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, siendo esta la condición más prevalente. En adolescentes mujeres, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más significativo, seguido del intento suicida previo. En contraste, un intento suicida previo es el predictor más importante en adolescentes varones, seguido por depresión, abuso de sustancias y conducta disruptiva (3). La depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas (1).

La distimia está asociada con intentos suicidas en adolescentes mujeres, pero no en varones adolescentes (3,22). La asociación entre trastorno bipolar y suicidio consumado es menos clara. Todos los jóvenes con trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos del ánimo, son crónicamente subtratados, lo que puede contribuir con las tasas de conducta suicida (3).

Los trastornos de ansiedad no parecen tener una contribución significativa adicional en la variación de intentos suicidas en ningún estudio (22). Aunque pacientes con esquizofrenia tienen tasas de suicidio mucho mayores que la población general, la esquizofrenia es inusual en el suicidio de los jóvenes (3).

Una alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos del humor, trastornos de ansiedad y

trastornos por abuso de sustancias psicoactivos ha sido encontrada en adolescentes víctimas del suicidio (3). En cuanto al intento suicida, la mayor parte de la evidencia indica una asociación con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. La asociación con ideación suicida también ha sido investigada, encontrándose asociación significativa en análisis bivariados pero no en análisis multivariados (22).

En cuanto al abuso de nicotina, se encontró una fuerte asociación con fenómenos suicidas en 7 de 8 estudios evaluados en una revisión sistemática. En 2 de 3 estudios donde se realizaron análisis multivariados se encontró una asociación directa entre fenómenos suicidas y abuso de nicotina (22).

Los resultados de diversas investigaciones de esta revisión sistemática, indican una asociación entre consumo de alcohol e intento suicida, particularmente con el alto consumo de alcohol y con el consumo de bebidas con alto contenido de licor. Hay también una asociación significativa entre ideación suicida y consumo de licor (22).

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, los resultados de diversos estudios de la revisión sistemática, indican una asociación con intentos suicidas, siendo la asociación más fuertes con el consumo de “drogas duras” (por ejemplo cocaína). La asociación entre ideación suicida y el consumo de drogas ilícitas también parece tener una fuerte asociación. Sobre la base de análisis multivariados, el balance de la evidencia indica una asociación directa con fenómenos suicidas (22).

La asociación entre trastornos de la alimentación y fenómenos suicidas fue investigada en un estudio de esta revisión sistemática, encontrándose una asociación significativa entre intentos suicidas en el último año y trastornos alimentarios en adolescentes mujeres americanas. Análisis multivariados no fueron realizados. Por otro lado, síntomas o conductas alimentarias específicas fueron investigados en 7 estudios, encontrándose una asociación significativa entre síntomas o problemas de la conducta alimentaria y pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. Mayores asociaciones significativas fueron encontradas en mujeres cuando los análisis fueron conducidos por género (22).

Los trastornos de conducta disruptiva fueron investigados en tres estudios, evaluados en la revisión sistemática, encontrándose asociación con fenómenos

suicidas. La asociación con conductas antisociales o disruptivas específicas fueron investigadas en 15 estudios, encontrándose una asociación significativa entre intentos suicidas y varias conductas antisociales. Una asociación similar fue reportada para ideación suicida. Esta asociación parece ser mayor en mujeres (22).

Dificultades para dormir y problemas relacionados (por ejemplo, insomnio y pesadillas) fueron investigados en cuatro estudios de esta revisión sistemática, encontrándose asociaciones significativas con fenómenos suicidas en todos ellos. Análisis multivariados fueron conducidos en un solo estudio encontrándose que los problemas del sueño tenían una contribución adicional en la variación de los intentos suicidas (22).

Factores psicológicos: Algunas variables como la rigidez cognitiva, la deficiencia de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orienta al futuro, se han relacionado con intento de suicidio (1,3,30).

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan una mayor deficiencia de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza (1).

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo, algunos autores han propuesto que la desesperanza por sí misma, sin existencia de depresión, no predice una tentativa (1).

También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo en adolescentes (1,3).

Otras variables como: deficiencias de capacidad de comunicación (incapacidad de identificar y expresar los sentimientos, incapacidad de solicitar ayuda y apoyo) y deficiencias en la planificación (incapacidad de resistirse a un impulso autolesivo, incapacidad de planificar por adelantado la forma de hacer frente a situaciones de estrés) han sido relacionadas con conducta suicida en adolescentes (30).

Alteraciones significativas en la exploración psicopatológica como: ideas o voluntad de suicidio, plan detallado, accesibilidad y letalidad del método, motivación altruista, estado de ánimo deprimido (especialmente con psicosis) y alto grado de hostilidad, también han sido relacionadas con la conducta suicida (30).

Con respecto al apego, algunos patrones de apego problemáticos, caracterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con ideación suicida (1,3).

**Intento de suicidio previo:** La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente en varones. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo (1,30).

**Enfermedad física o problemas físicos generales:** La salud física fue investigada en 14 estudios de una revisión sistemática, encontrándose una asociación significativa entre enfermedad física y fenómenos suicidas en 12 de ellos. Análisis multivariados fueron conducidos en 7 de los estudios, encontrándose en 4 de estos que una pobre salud física podría tener una contribución adicional en la variación del fenómeno suicida. La asociación entre discapacidad física e intentos suicidas fue investigada en sólo 2 estudios y en ambos una relación positiva significativa fue encontrada. Los análisis multivariados de estos estudios produjeron resultados contradictorios (22).

**Orientación sexual:** La orientación sexual se ha asociado a ideación e intento suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables (1). La orientación homosexual y bisexual en adolescentes mujeres se ha asociado con intentos suicidas. Varones y mujeres que se orientaban hacia miembros del mismo sexo tuvieron más reportes de intentos suicidas, que las mujeres (pero no los varones) que se orientaban hacia miembros de ambos sexos. En análisis multivariados, la orientación sexual no fue directamente asociada con intentos suicidas después de controlar: la conducta suicida en familiares y amigos, consumo de alcohol y drogas, abuso sexual y físico, y comunicación con la familia y amigos (22).

**Variables relacionadas con la actividad sexual:** La evidencia de pocos estudios que investigaron esta

asociación indican que los adolescentes sexualmente activos tuvieron significativamente más reportes de fenómenos suicidas que otros adolescentes. Los resultados de los análisis multivariados no clarifican si esta asociación es o no es directa (22).

**Abuso sexual y físico:** Los resultados de tres estudios evaluados en una revisión sistemática, indican una asociación entre abuso físico y conducta suicida. Los resultados de los análisis multivariados de dos de los estudios indican que la asociación es probablemente directa. Sin embargo, ninguna asociación se encontró con ideación suicida (22).

La asociación con abuso sexual fue investigada en siete estudios de esta revisión sistemática, y una gran asociación fue encontrada, con hallazgos significativos en todos los reportes. Análisis multivariados fueron reportados en tres estudios e indicaron que el abuso sexual podría tener una contribución independiente significativa en la variación de los intentos suicidas (22).

**Creencias religiosas:** La mayoría de los estudios evaluados en una revisión sistemática, indican que no hay asociación entre las creencias religiosas y una disminución de los pensamientos e intentos suicidas. De hecho los resultados de un estudio sugieren que la religiosidad podría estar asociada con un incremento de la prevalencia de ideación suicida. Alguna asociación que pudiera existir probablemente sea indirecta. Ninguno de los estudios examinó diferencias culturales en la asociación entre religiosidad y fenómenos suicidas. Es un área de futuras investigaciones (22).

Factores familiares

**Conductas suicidas en miembros de la familia:** La historia familiar de suicidio se ha asociado frecuentemente con la conducta suicida en adolescentes (1). Treinta estudios evaluados en una revisión sistemática indican una asociación entre fenómenos suicidas en adolescentes y suicidio en miembros de la familia. Además, en análisis multivariados, una historia familiar de intentos suicidas podría tener una contribución independiente significativa en la variación del fenómeno suicida en adolescentes. Una historia familiar de suicidios consumados no estaría directamente asociado (22).

**Salud física y mental de los miembros de la familia:** La asociación entre salud física de otros miembros y el fenómeno suicida en adolescentes

fue investigado solamente en tres estudios evaluados en una revisión sistemática y los resultados fueron inconclusos. Hay más evidencia concluyente de una asociación entre salud mental familiar y fenómenos suicidas, pero es improbable que esta asociación sea directa. Hay más evidencia de una asociación entre consumo de alcohol y drogas por miembros de la familia y un incremento de la prevalencia de fenómenos suicidas en adolescentes, pero nuevamente esta asociación parece ser indirecta, factores tales como disfunción familiar y conducta criminal parental explicarían mejor esta asociación. Historia de ofensas parentales fue asociada significativamente con intentos suicidas en dos estudios en donde esta asociación fue investigada y análisis multivariados indican que esta asociación fue directa (22).

**Características socioeconómicas de la familia:**

Hay una pequeña evidencia de una asociación entre estado socioeconómico y pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. Sin embargo, dos características específicas del estado socioeconómico podrían ser relevantes en el fenómeno suicida en adolescentes: nivel de educación del padre y estrés o preocupación acerca de la situación económico familiar (22).

**Estructura familiar:**

La asociación entre cohabitar con los padres y fenómenos suicidas ha sido investigada en varios estudios evaluados en una revisión sistemática pero los resultados parecen ser inconclusos. Los resultados de análisis multivariados indican que si hay una asociación significativa esta relación es indirecta. En un número pequeño de estudios la ausencia de la madre o el padre fue específicamente investigada, pero resultados mixtos fueron reportados (22).

Vivir apartado de ambos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida, sin embargo; no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres (1,22). La asociación entre fenómeno suicida y número de hermanos y el orden de nacimiento fue investigada en seis estudios de esta revisión sistemática, no encontrándose asociaciones en análisis bivariados en cinco. Sin embargo, las mujeres americanas que fueron terceras o últimas tuvieron significativamente más probabilidad de experimentar ideación suicida que mujeres que fueron primeras o segundas en el orden de nacimiento. La relación entre posición/número de nacimiento entre hermanos fue investigada con análisis multivariados en cinco estudios pero una contribución independiente no fue

encontrada (22).

**Relaciones familiares:** Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia: buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familia fue asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes (22). Algunos estudios han relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida (1).

Los hallazgos de varios estudios sugieren que hay una asociación significativa entre fenómenos suicidas y discordia familiar. En términos de género esta asociación sólo parece mantenerse en mujeres. La mayor parte de la evidencia de metaanálisis indican que la relación entre discordia familiar y fenómenos suicidas es directa. Hay algunas evidencias que sugieren que la armonía familiar tiene un fuerte efecto en reducir el riesgo de conducta suicida y que la discordia familiar la incrementa (22). El altercado reciente con un familiar también ha sido relacionado con conducta suicida en adolescentes (30). Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones (1).

Hay una clara asociación en ambos géneros entre pensamientos e intentos suicidas y varios aspectos de la relación familiar con los padres. Los resultados de análisis multivariados indican que la falta de soporte parental está directamente asociada con fenómenos suicidas (22).

Sobre la base de los hallazgos de seis estudios evaluados en la revisión sistemática habría una asociación entre intentos suicidas y la mayor o menor supervisión ejercida por los padres, pero esta relación no parece ser directa. La asociación entre actividades familiares y pensamientos e intentos suicidas fue investigada en un pequeño número de estudios. Pasar tiempo libre con los padres y participar en actividades familiares está asociado con disminución del riesgo de intentos e ideación suicida. Análisis por género han encontrado una asociación directa en varones (22).

Factores sociales

**Exposición a conductas suicidas de amigos:**

La exposición a casos de suicidios cercanos (efecto de “contagio”) ha sido estudiada en 10 estudios

evaluados en una revisión sistemática, encontrándose una asociación significativa. Los resultados de análisis multivariados han sido mixtos. Habría una posible asociación directa con intentos suicidas pero no con suicidios consumados por amigos (22).

**Exposición a medios de comunicación:** La exposición a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado con conductas suicidas en adolescentes (1). La exposición al suicidio en la televisión fue asociada significativamente con autoagresión deliberada. Esta persiste en el análisis bivariado y multivariado después de controlar género, depresión, hábitos televisivos, eventos de vida (reales y en la televisión), conductas de riesgo y consumo de alcohol y drogas (22).

**Acontecimientos vitales estresantes:** Se han relacionado con ideación e intento suicida. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa (1).

**Rendimiento escolar:** La asociación con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicidas. La pobre asistencia escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida. Análisis multivariados fueron reportados en tres estudios pero la relación no parece ser directa (1).

El tener una actitud negativa hacia la escuela y hacia el trabajo escolar fue asociado con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. Análisis multivariados fueron reportados en cuatro de los estudios, uno de ellos encontró que la variable escolar podría tener una contribución independiente en la variación del fenómeno suicida. La mala conducta en la escuela fue asociada con un incremento de la prevalencia de fenómenos suicidas, pero los resultados de los análisis multivariados fueron inconclusos (22).

**Relaciones con pares (iguales):** Hay una fuerte relación entre pobres relaciones con pares e ideación suicida. En cuanto a intentos suicidas, hay una asociación con problemas en relaciones con pares, pero no con el grado de soporte por pares. Los resultados de análisis multivariados, reportado en 4 estudios evaluados en una revisión sistemática, reflejaron un

patrón similar. La pobre relación con pares puede ser un factor de riesgo para fenómenos suicidas pero la buena relación con pares no necesariamente tiene un efecto protector (22).

Un caso particular lo constituye el acoso por parte de iguales (bullying), que se ha relacionado con altos niveles de estrés y un incremento del riesgo de ideación suicida (1,3). La pérdida de la relación con un amigo íntimo, la humillación reciente y los conflictos graves con el grupo de compañeros también han sido relacionados con la conducta suicida en adolescentes (30).

También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad (1). Igualmente la ruptura reciente de una relación amorosa ha sido relacionada (30).

**Soporte social:** El soporte social fue específicamente investigado en cinco estudios evaluados en una revisión sistemática. Los hallazgos fueron inconclusos (22).

**Actividades recreativas:** Hay alguna evidencia de asociación significativa (aunque no directa) entre fenómenos suicidas y participación incrementada en deportes para mujeres, pero esto es menos claro en el caso de varones (22).

**Otros factores sociales:** Problemas legales y disciplinarios, así como el aniversario de alguna pérdida, también han sido relacionados con conducta suicida en adolescentes (30).

Dentro de este contexto, un gran número de factores pueden confluir hacia la ocurrencia de conductas suicidas, incluyendo características individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores tales como un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales (22).

Tomando en cuenta los estudios evaluados en una revisión sistemática realizada por Evans y colaboradores (22), se pueden identificar varios

factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas. Estos factores asociados son presentados en un cuadro resumen en esta revisión sistemática, pero sólo los relacionados con intentos suicidas, los cuales son agrupados dentro de los que tienen una fuerte evidencia de asociación o dentro de los que tienen evidencia sugestiva de asociación que podrían beneficiar investigaciones futuras. Dentro de los factores de vulnerabilidad con fuerte evidencia de asociación se encuentra la conducta suicida familiar y con evidencia sugestiva de asociación, la pobre comunicación con la familia. En cuanto a los factores de estrés con fuerte evidencia de asociación se encuentran: depresión, abuso de alcohol, consumo de “drogas duras”, problemas de salud mental, conductas suicidas en amigos, discordia familiar (principalmente en mujeres) y pobres relaciones con padres y con evidencia sugestiva de asociación: desesperanza, trastornos alimentarios, abuso de nicotina, consumo de drogas, dificultades en el sueño y exposición al suicidio en medios de comunicación. Dentro de los factores que podrían actuar en ambas vías (vulnerabilidad/estrés) con fuerte evidencia de asociación se encuentran: vivir apartado de los padres, conducta antisocial (especialmente en mujeres), abuso sexual, abuso físico y falta de soporte parental y con evidencia sugestiva de asociación: baja autoestima, pobre salud física, discapacidad física y actividad sexual.

Muy pocos estudios se han enfocado sobre factores que podrían proteger contra fenómenos suicidas. Para varios factores, la inversa de factores de riesgo podrían ser vistos como factores de protección. Por ejemplo, mientras los problemas de salud mental y divorcio parental podrían ser considerados como factores de riesgo, lo opuesto (por ejemplo, bienestar mental y estabilidad familiar) podrían ser considerados protectores. Sin embargo, este no es el caso de todos los factores. Por ejemplo, la preocupación y el estrés asociado con estado socioeconómico bajo parece ser un factor de riesgo para fenómenos suicidas, pero la riqueza por encima de un determinado umbral no parece ser un factor protector. Los factores encontrados que podrían tener particularmente un fuerte efecto protector contra fenómenos suicidas serían: buena comunicación con miembros de la familia y la participación en actividades familiares (22).

## CONCLUSIONES

El suicidio en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública.

Factores asociados con la conducta suicida incluyen factores individuales, familiares y sociales.

El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida.

La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo, y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas.

El estrés puede incluir factores tales como un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales.

Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes.

En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.

Los factores encontrados que podrían tener particularmente un fuerte efecto protector contra fenómenos suicidas serían: buena comunicación con miembros de la familia y la participación en actividades familiares.

## Agradecimientos:

Los recursos logísticos han sido brindados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. La asesoría académica ha sido brindada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Los autores de este artículo declaran no tener conflictos de intereses de orden económico, institucional, laboral o personal.



## CORRESPONDENCIA

Horacio Vargas Murga.

Jr. Eloy Espinoza 709 – Urbanización Palao – San Martín de Porres. Lima, Perú.

Correo electrónico: horacio.vargas@upch.pe

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t No 2007/2009. 2009. URL disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf) (Fecha de acceso: enero del 2012).
2. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006; 23 (4): 239-246.
3. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (S1): 21-33S.
4. Castillo I, Gonzáles HI, Jiménez Y. Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Rev Psiquiatr Niño Adoles*. 2007; 7(1):125-42.
5. Pérez S. El suicidio: comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996. p. 7.
6. Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatr Peru*. 2000; 6(1): 8-13.
7. Correa H, Pérez S. Suicidio: una muerte evitable. Santiago de Cuba: Editorial Atheneu; 2006. p. 34.
8. Gonzales-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex* 1998;40(5): 430-37.
9. Castro J. Manejo de la conducta suicida. En: Castro J. (ed). *Psiquiatría de niños y adolescentes*. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 437-447.
10. Pérez S, Castro J. El suicidio infantojuvenil. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
11. Brausch AM, Muehlenkamp J. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image* 2007; 4: 207-212.
12. Pfefferbaun B. Adolescent and illness. En: Frances A, Hales RE (Eds). *Adolescent Psychiatry*. Chapter 20. Washington DC: A.P.A. Annual Review; 1986.
13. Swanson JW, LinsKey AO, Quinteros-Salinas R, Pumariega AJ, Helzer CE. A binacional school survey of depressive symptoms, drug use and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1992; 31: 669-678.
14. Thompson M, Kuruwita Ch, Foster M. Transitions in suicide risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 44: 458-463.
15. Aneshensel CS, Huba GJ. An integrative causal model of the antecedents and consequences of depression over one year. In: Geenley JR (ed). *Research in community and Mental Health*. Greenwich, CT: JAI Press; 1984.
16. Beck AT. *Depresión. causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1972.
17. Kandel DB, Raveis VH, Davier M. Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolescent*. 1991; 20: 289-309.
18. Newcomb MD, Bentler PM. The impact of family context, deviant attitudes and emotional distress on adolescent drug use: Longitudinal latent-variable analyses of mothers and their children. *J Res Personal* 1988; 22: 154-176.
19. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue (Internet). Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2008. Informe N°11547. URL disponible en: <http://www.assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=11917&Language=EN> Fecha de acceso: enero del 2012.
20. Xing XY, Tao FB, Hao JH, et al. Family factors associated with suicide attempts among chinese adolescent students: a nacional cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health* 2010; 46: 592-599.
21. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. *Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales*. Ginebra: OMS; 2003.
22. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24(8): 957-79.
23. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies suicide life threat. *Behav*. 2005; 35(3): 239-50.
24. Mann JJ. Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*. 1999; 21: 99S-105S.
25. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.

26. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M, et al. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. Suicide and life-threatening behaviour. 1994; 24: 1-9.
27. Tyano S, Zalsman G, Ofek H, et al. Plasma serotonin levels and suicidal behaviour in adolescents. Eur Neuropsychopharm 2006; 113: 44-47.
28. Shaffer D, Gutstein J. Suicide and attempted suicide. En: Rutter M, Taylor E, editores. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 2002. p. 529-54.
29. Waldvogel J, Rueter M, Oberg Ch. Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2008; 38: 110-125.
30. Mullen D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. En: Parmelee D, David R. Psiquiatría del niño y el adolescente. 1998. p. 229-240.