

LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES SUS IMPLICACIONES EN EL AMBITO DE LA JUSTICIA JUVENIL

Josep Moya i Ollé ¹

Resumen:

Los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen un serio problema de salud en los países desarrollados. En éstos, el suicidio es la segunda causa de muerte en población joven, después de los accidentes de circulación. Por otro lado, todo un conjunto de factores constituyen serias dificultades en el manejo asistencial de estos adolescentes. En este artículo se revisan los aspectos clínicos más relevantes así como los factores de riesgo haciéndose un especial énfasis en los factores sociales. Finalmente, se realizan una serie de recomendaciones tanto en lo que atañe a la detección precoz de las conductas suicidas como en lo que se refiere a los aspectos institucionales.

Palabras clave: suicidio, adolescentes, factores de riesgo.

INTRODUCCION

Los suicidios y las tentativas de suicidio constituyen un problema grave de salud pública (Marcelli y Humeau, 2007) que comprende cuestiones características de la adolescencia. En efecto, cuestiones como el pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y al marco familiar, son inherentes a este período de la vida denominado adolescencia; concepto que hay que interpretar no sólo en clave neurobiológica sino, y esto es quizá más relevante, en clave psicosocial. Esto es así en la medida en que la adolescencia, a diferencia de la pubertad, no es ajena al marco histórico y social en el que se desarrolla, en consecuencia, la adolescencia pone en tela de juicio lo social y amenaza con crear un conflicto de generaciones.

La problemática del suicidio y del intento de suicidio en la población adolescente no es tampoco ajena a la crisis que acompaña, de manera indefectible, a este período de la vida de todo sujeto. Esta crisis debe entenderse bajo dos aspectos. En primer lugar, la crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: laboral, formativa,

afectiva, etc. En segundo lugar, la crisis de la adolescencia supone el momento en el que la neurosis más o menos latente del sujeto se declara con cierta violencia o cierta urgencia. (Mannoni, 1986). Esto, además, puede complicarse en aquellos sujetos con una estructura psicótica que puede haber permanecido silenciosa durante la infancia pero mostrarse con toda crudeza a partir de la pubertad.

Momento de elegir, momento de urgencia, ambas circunstancias colocan al adolescente ante una nueva situación que le obligan a poner en marcha todo un conjunto de mecanismos defensivos. Sin embargo, esos mecanismos no siempre se dan o bien resultan insuficientes para resolver la crisis de manera satisfactoria.

El suicidio y el intento de suicidio constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso del sujeto adolescente al enfrentarse con ese nuevo mundo. En otras ocasiones, el momento de la adolescencia comporta la puesta en marcha, el inicio de un trastorno mental grave, por ejemplo, una psicosis esquizofrénica. Así, se ha señalado por parte de algunos autores que cierto número de esquizofrenias son la culminación de crisis de la adolescencia que han sido impedidas, no

¹ e-mail: JMoya@tauli.cat

resueltas. Sin embargo, nos equivocáramos si pensáramos que ambos fenómenos, el suicidio y la tentativa de suicidio, por un lado; y los trastornos mentales, por otro, se pueden tratar de manera independiente, como si no tuvieran ninguna relación entre sí. Nada más lejos de la realidad, el suicidio y la tentativa de suicidio no son diagnósticos psiquiátricos, sino más bien síntomas psiquiátricos, esto es, elementos signícos de trastornos mentales. Suicidio y tentativa de suicidio pueden formar parte de diversos trastornos mentales, como se señalará más adelante; es lo que ocurre en los casos de depresión mayor y de psicosis esquizofrénica, entre otros.

Por otro lado, los suicidios y los intentos de suicidio son fenómenos no ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos constituyen los factores sociales implicados, esto es, actúan como elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas en tanto el sujeto posmoderno se enfrenta a un proyecto colectivo en el que naufragan muchas vidas, al verse traídas y llevadas por un vivir carente de sentido (Rojas, 1978).

Finalmente, conviene resaltar que la idea de la muerte forma parte de la adolescencia; es consustancial al trabajo de subjetivación que lleva al sujeto a pensarse como tal, diferente de los demás, y a pensar acerca de sus pensamientos, es decir, acerca del sentido de los mismos. Esta elaboración ocupa a muchos adolescentes y les lleva, más tarde o más temprano, a preguntarse sobre el sentido de la vida. El enfrentamiento con la muerte se vincula con las pérdidas que supone la metamorfosis sexual (Tubert, 1982), pérdida de la imagen de sí mismo, pérdida de la imagen de niño ideal, pérdida de los padres como sustento del ideal del yo infantil.

La muerte, por tanto, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, no todos piensan en morir ni en suicidarse. Es aquí donde incidirán los factores individuales y sociales, factores que se deben interpretar, en preciso decirlo, en términos de facilitadores, pero no determinantes.

CONCEPTOS

La palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Por tanto: matarse a sí mismo. Las expresiones suicidio e intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no.

Sin embargo, las cosas no son tan simples en la realidad. En ocasiones, existen intentos de suicidio en los que la muerte no se ha consumado por casualidad. En cambio, en otros casos la muerte ni se buscaba ni se pretendía remotamente.

En general, la conducta suicida tiene un carácter episódico (Pfeffer, 2006), aunque no deben olvidarse aquellos casos en los que la conducta suicida tiene un carácter recidivante. Un episodio de ideación o acción suicida puede ser agudo y breve, o bien puede durar varias horas o días. En general, ello dependerá de los factores psicopatológicos implicados. Así, por ejemplo, un episodio de tentativa suicida en un sujeto melancólico puede durar varios días ya que es la consecuencia de una ideación delirante de indignidad que persiste en el tiempo. En otros casos, como un trastorno adaptativo, la acción suicida tendrá una duración más breve ya que se trata de un acto fuertemente reactivo.

La ideación suicida consiste en pensamientos de matarse, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás (Shafer, Pfeffer y Gutstein, 2003). Se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requieren de un adecuado entrenamiento por parte del profesional.

ASPECTOS CLINICOS

Suicidio consumado

El suicidio consumado suele producirse más a menudo en los últimos años de la adolescencia. En muchos países industrializados, el suicidio es la segunda causa de muerte en

población de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, siendo la primera los accidentes de circulación. Se ha señalado (Pfeffer, 2006) que en los niños y adolescentes las tasas de suicidios aumentaron entre los años 1979 y 1992, pero disminuyeron entre los años 1998 y 1999. En Francia, el 7,9% del conjunto de fallecimientos por suicidio afectaba a jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. La mortalidad media por suicidio en dicho período de edad es de 7,7 por 100.000; en Estados Unidos, es de 1,5 por 100.000 a los 10-14 años y de 8,2 por 100.000 a los 15-19 años. La relación por sexos es de 8 varones por dos chicas. Los métodos usados tienen un fuerte potencial letal: ahorcamientos, armas de fuego, defenestración.

La relación de los actos suicidas (suicidios consumados) con los trastornos psicopatológicos es muy clara. Así, en un estudio realizado por Marttunen, Aro, Henriksson y Lonnqvist (1991) se pudo establecer que sobre 53 suicidios de adolescentes de 13-19 años, un 94% presentaba algún tipo de trastorno psiquiátrico. Desglosando por categorías diagnósticas se obtuvieron los siguientes datos: 51% tenían depresión; 26% alcoholismo y un 21% tenían trastornos adaptativos. Además, uno de cada tres suicidados presentaba un trastorno de la personalidad. De ello se infiere la importante correlación existente entre actos suicidas y trastornos mentales. De éstos, los estados depresivos (depresión mayor, trastorno adaptativo depresivo) resultan los más importantes. Debe destacarse, sin embargo, la circunstancia de que una proporción considerable de los adolescentes que se suicidaron no habían recibido ningún tipo de atención psicológica antes del acto.

Se ha constatado, además que el suicidio consumado puede producirse, entre jóvenes que ya tenían tendencias suicidas, a partir de tener conocimiento del suicidio de otra persona. El tratamiento que dan actualmente los medios de comunicación a los actos suicidas puede, en ocasiones, no ser el más adecuado ya que favorece los fenómenos de identificación, a los que tan proclives son los adolescentes.

Dos son las enseñanzas que se desprenden. Por un lado, es claro que las conductas suicidas tienen un trasfondo psicopatológico muy heterogéneo, que se debe articular con el contexto psicosocial y con la capacidad de comunicación del individuo. Por otro, que muchos casos de adolescentes pre-suicidas pasan desapercibidos en los servicios asistenciales o bien su gravedad no es apreciada. Es aquí donde hay que poner el acento: en muchos casos, los actos suicidas han estado precedidos de tentativas suicidas o bien de ideaciones suicidas o actos que suponen una situación de alto riesgo. No valorar de manera adecuada dichos actos comporta no apreciar una situación de alto riesgo y, en consecuencia, no adoptar las medidas oportunas para su prevención.

Tentativa de suicidio

Si bien la frecuencia del suicidio tiende a disminuir, no ocurre lo mismo con las tentativas de suicidio, que en población joven de los países desarrollados tiende a aumentar en los últimos años. Se ha constatado que los intentos de suicidio empiezan a producirse a la edad de 12 años, con un aumento de la incidencia que alcanza un pico a los 16-18 años. El perfil típico en individuos que cometen intentos de suicidio es el de una chica, de edad entre los 15 y los 17 años, que lleva a cabo el intento ingiriendo una dosis pequeña o media de un analgésico o bien algún otro medicamento utilizado por algún miembro de la familia. El acto tiene las características de un acto impulsivo, es decir, un acto escasamente reflexionado, que aparece en el contexto de un conflicto familiar o de pareja. Las manifestaciones clínicas son la irritabilidad, la agitación, el comportamiento amenazador y un deseo de morir.

Tubert (1982) ha señalado dos tipos de intentos de suicidio. El primero de ellos, que los autores denominaron "maligno", se caracteriza por ser un acto impulsivo, muy peligroso, vinculado con una estructura y un proceso psicopatológicos que han marcado la historia previa del individuo, y sin que se

puedan detectar factores desencadenantes claros. Sobre este punto, sin embargo, debe ponerse un interrogante ya que los factores desencadenantes se pueden localizar, siempre que se les busque con la suficiente atención. Este tipo de acto se caracteriza, además, por comportar una ruptura del vínculo con la realidad, con el entorno, con los otros. No hay, por tanto, una llamada al otro, no hay una petición de ayuda.

El segundo tipo, el "benigno", se caracteriza por tratarse de un acto compulsivo, de menor peligrosidad, de características reactivas ante situaciones de cambio o pérdida, en un contexto clínico de tono depresivo. Aquí, no hay ruptura de vínculo con la realidad, sino un intento – a veces desesperado – de re-establecer vínculos con los otros. Es una petición de auxilio, que debe ser escuchada y atendida de manera adecuada.

Los intentos de suicidio malignos se desarrollan, en la mayor parte de las ocasiones, en la calle, sin testigos, lo que es indicativo de que el sujeto busca un lugar en el que no resulte posible ayudarlo. Por otro lado, la peligrosidad de los medios utilizados en los intentos de suicidio malignos indica la búsqueda de la muerte como finalidad primordial. Esta prevalece sobre otras posibles significaciones en juego.

En este mismo estudio se destacan las diferencias entre los efectos en uno y otro tipo. Así, después de un intento de suicidio maligno se produce un agravamiento de la tensión emocional y de la persistencia del deseo suicida. Por el contrario, después de un intento de suicidio benigno lo que se produce es, a menudo, un alivio de la tensión llegando a expresar el individuo un cierto arrepentimiento de lo realizado.

En general, en los casos benignos se puede afirmar que algo ha ocurrido, algo se ha consumado, y ese algo promueve un cambio de dirección y de las perspectivas del sujeto. A partir de ese momento sus relaciones con el entorno – básicamente el entorno familiar – y las relaciones con los dispositivos asistenciales variarán y se darán las condiciones para

reconducir la situación, claro está, siempre que ese entorno esté por la labor de hacerlo.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Muchos son los factores de riesgo suicida en los adolescentes. Desde el provenir de medios familiares desestructurados hasta la presencia de trastornos psicopatológicos como la depresión o el abuso de sustancias, sin olvidar la exposición a situaciones de riesgo suicida, como es el caso de haber tenido problemas con la justicia, todos ellos constituyen un campo heterogéneo que conviene revisar.

Estos factores pueden clasificarse en tres grandes grupos: a) individuales; b) familiares, c) sociales.

A) Individuales

Dentro de los factores individuales cabe destacar los siguientes:

- **Antecedentes de haber realizado tentativas de suicidio anteriores.** Algunos autores han señalado que aproximadamente un 25 % de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio lo habían realizado con anterioridad. La tentativa de suicidio multiplica por treinta el nivel de riesgo (Marcelli y Humeau, 2007). Por otro lado, se considera también que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida (Bobin y Sarfati, 2003).
- **Patología psiquiátrica.** Ya ha sido señalado que una proporción muy elevada de individuos suicidas presentan patología psiquiátrica. Esta circunstancia también se cumple en población adolescente. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas. Sin embargo, los más relevantes son las depresiones, cuya existencia eleva el riesgo suicida hasta un 27% con respecto a la población general. La esquizofrenia, clásicamente

citada como un factor de riesgo suicida en población adulta, no desempeña el mismo papel en población adolescente. Ello puede ser debido, entre otras razones, a que es precisamente en este período cuando suele iniciarse por lo que no se suelen dan las condiciones que favorecen el pasaje al acto suicida (por ejemplo, la toma de conciencia de las consecuencias sociales que tiene el trastorno. El sujeto se ve, de un día para otro, aislado de su entorno, ve que ha perdido su lugar en la red social)

- **Factores biológicos.** Es ya clásico citar cierto tipo de factores neurobiológicos como los causantes o desencadenantes de todo un conjunto de comportamientos anómalos. En este contexto, los desequilibrios en diversos sistemas de neurotransmisores ocupan un lugar destacado. En consecuencia, no resulta sorprendente que también en el caso de los comportamientos suicidas se hayan documentado ciertas disfunciones en los neurotransmisores. La más citada es la disfunción en el sistema serotoninérgico. De hecho, la hipótesis de un desequilibrio serotoninérgico constituye uno de los principales argumentos neurobiológicos del trastorno depresivo, la patología más suicidógena, sin embargo, dicha hipótesis no ha podido ser verificada en población adolescente. Quizá más precisa podría ser la correlación entre la desregulación de la serotonina y la respuesta impulsiva a un estrés (Mann, Wateraux, Haas y Malone, 1999). En este sentido, la correlación tendría más relación con el factor impulsividad que con el factor depresión.

B) Familiares

En el apartado de factores de riesgo inherentes a la familia se han citado los siguientes:

- **Existencia de trastornos psicopatológicos en los padres.** En los padres de adolescentes suicidas es frecuente encontrar trastornos psiquiátricos. Los más

habituales son los estados depresivos y el abuso de sustancias tóxicas. Estos datos son susceptibles de diversas interpretaciones. Se pueden interpretar en términos de vulnerabilidad determinada genéticamente, pero también pueden pensarse en términos del impacto que dichos trastornos pueden ocasionar en el adolescente. Resulta claro que unos padres que se encuentran en una precaria situación personal, que comporta para ellos mismos un importante riesgo suicida, no van a poder ayudar a su hijo a enfrentarse con todo lo que la adolescencia supone, tal y como se ha explicado en la primera parte del artículo.

- **Antecedentes de tentativas de suicidio o de suicidio en los padres.** Se ha constatado que en el caso de muerte por suicidio de la madre o del padre el riesgo de tentativa de suicidio en el hijo adolescente se aumenta.
- **Maltrato y abuso sexual.** Se ha constatado la existencia de correlación entre el maltrato en la infancia y la conducta suicida. Además, las conductas violentas en el seno familiar, tanto si el adolescente es testigo de ellos como si es víctima, también presentan una correlación positiva con los comportamientos suicidas.
- **Otros factores,** como el divorcio o las relaciones entre los padres y los hijos adolescentes pierden peso específico si se tienen en cuenta tanto los factores psicopatológicos asociados como los factores de riesgo psicosocial.

C) Factores sociales

En el apartado de los factores sociales resulta obligada la referencia a la obra de Durkeim, sociólogo francés que destacó el importante papel de los factores sociales en el desencadenamiento de conductas suicidas. Este autor resaltó en su libro *El suicidio*, de 1897, que el suicidio era un fenómeno mucho más social que psicológico, ya que, según él, el hombre está desbordado por una realidad circundante que es la colectividad en la que

está inmerso, quiéralo o no. En la monografía citada, el autor señala la conocida influencia que tuvieron las crisis económicas sobre el suicidio. Para ilustrarlo citó los casos de Viena, ciudad que entre los años 1873 y 1874 sufrió una crisis financiera cuyo correlato fue un incremento de los casos de suicidio del 41% (referido a los casos de suicidio registrados en 1874 y 1873). Sin embargo, el mismo autor añadió que dichos incrementos no se podían explicar simplemente por un empobrecimiento de la población ya que ciertos períodos de prosperidad podían también acompañarse de incrementos en las tasas de suicidios. Para poder explicarlos, Durkheim recurrió a la noción de anomia, concepto clave de la sociología que, sin embargo, ha sido usado con significados diferentes. Así, en *La división del trabajo social*, Durkheim concibe la anomia como una ruptura de la solidaridad. La anomia, en esta primera acepción, es expresión de una crisis de diferenciación, que es consecuencia de una división del trabajo coercitiva, que tiene una influencia disolvente en la sociedad. Por tanto, en esta primera acepción la anomia sería un vacío de las reglas. En cambio, en la segunda acepción, la que aparece en *El suicidio*, la anomia es concebida como el fracaso de la norma para regular los comportamientos individuales. En otras palabras, la anomia no sería el resultado de la ausencia de normas, sino el hecho de que éstas hayan perdido eficacia en la sociedad (Manrique, 2001). En este caso, la anomia se manifiesta como transgresión de normas por parte de individuos que se resisten a ser integrados en la sociedad. La anomia expresa la incapacidad del individuo para poner coto a sus deseos y traduce la existencia de un tipo de personalidad mórbida a la que da lugar la sociedad moderna.

Para Durkheim (1971) el hombre que siempre lo ha esperado todo del porvenir, que ha vivido con los ojos puestos en el futuro, nada tiene en su pasado que lo consuele de las amarguras del presente, pues el pasado sólo ha sido para él una serie de etapas impacientemente atravesadas. Si este hom-

bre que vive con su mirada en el horizonte, en lo que ha de venir, ve, de pronto, detenida su marcha hacia ese ideal, se encontrará con que no hay nada ni detrás ni delante de él que le sirva de soporte. En consecuencia, el desencanto y la depresión pueden hacer mella en él. Esta es la hipótesis durkheimiana, hipótesis que es preciso articular con otras aportaciones. Así, Sennett (2006) plantea que el hombre posmoderno debe hacer frente a diversos desafíos, el más importante es el que se refiere a cómo desprenderse del pasado. Se trata de un fenómeno característico de la época actual, marcada por las condiciones sociales de inestabilidad y fragmentariedad. Es una época en la que los servicios prestados en el pasado no garantizan al empleado un lugar en la empresa. La noción de mérito ha entrado en crisis y en su lugar aparece una nueva versión de sujeto caracterizada por su habilidad y destreza en poner entre paréntesis las experiencias vividas. Se trata de asumir un yo orientado al corto plazo, centrado en la capacidad potencial. Un tipo de personalidad que se asemeja más al consumidor que al propietario que se aferra a lo que ya posee.

Nuestros adolescentes han de enfrentarse, pues, a un nuevo marco social que les plantean unas exigencias que sólo unos pocos estarán en condiciones de asumir. Para los adolescentes actuales, la idea de proyecto tiene escaso o nulo sentido, de ahí que muchos no puedan responder a la pregunta sobre sus planes para el futuro. De hecho, ni se la plantean más allá de un ideal de felicidad basado en el nivel económico pero con poca inversión personal. Es esta configuración social la que constituye un marco que puede favorecer los comportamientos suicidas, tal como las historias de adolescentes que han realizado tentativas o suicidios consumados nos enseñan.

En este contexto social emerge un factor que ha ido cobrando importancia en los últimos años: el escolar. Las dificultades escolares, el llamado fracaso escolar y, sobre todo, las situaciones de acoso moral en el ámbito educativo, constituyen factores de riesgo de

comportamientos suicidas. El caso Jokin, el adolescente de 14 años del pueblo de Hondarrabía, que se suicidó tras sufrir humillaciones y agresiones de sus compañeros, constituye una señal de alarma al tiempo que debe ser motivo de serias reflexiones sobre lo que ocurre en las aulas, reflejo muchas veces, de lo que ocurre en el medio familiar. Más aún, las aulas constituyen un marco complejo en el que las demandas y expectativas de los diversos actores implicados (adolescentes, padres y docentes) se entrecruzan de manera no armoniosa dando lugar, en bastantes ocasiones, a desencuentros que pueden devenir en serios conflictos (Moya, 2004).

DETECCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

La gravedad de los comportamientos suicidas conlleva la necesidad ineludible del diagnóstico precoz. Además, como ha sido señalado en diversos estudios (Shaffer, Gould, Fisher, y otros, 1996), del 7 al 15% de los suicidados suele haber consultado en el mes que precedió al suicidio, y entre un 20 y un 25% lo había hecho en el año anterior. Sin embargo, la experiencia clínica del día a día indica que, a menudo, en las consultas previas no se suelen detectar los indicios de comportamientos suicidas. Además, ciertas ideas ampliamente circulantes entre ámbitos profesionales están impregnadas de prejuicios, uno de ellos, quizá el más relevante, es el que se refiere a la comunicabilidad. Según este prejuicio, el nivel de riesgo guarda una correlación con la comunicabilidad: Si el sujeto realiza una comunicación indirecta de la idea de suicidio el riesgo es mayor; por el contrario, si el paciente comunica su idea de suicidio de forma directa el riesgo es menor. Esto puede cumplirse en algunas ocasiones, así, por ejemplo, un joven que ha sufrido una crisis psicótica, que ha dejado como secuela un estado depresivo inherente a la toma de conciencia de lo que dicha crisis le ha acarreado, puede realizar un acto suicida sin que haya comunicado previamente su idea. Se

trata de un acto suicida que sólo ha sido comunicado de una manera muy indirecta.

Sin embargo, esta recomendación general tiene excepciones: un individuo puede comunicar de manera directa su intención suicida y llevarla a cabo como acto consumado. Es lo que ocurrió en un centro de justicia juvenil hace pocos años: un joven magrebi de 17 años comunicó de manera clara su intención de poner fin a su vida si se llevaba a cabo su repatriación. El acto suicida se consumó a los dos días. Debe advertirse que ante la generalización de las amenazas suicidas, el equipo profesional puede tender a interpretarlas en términos de "manipulación" y, en consecuencia, puede no tomar demasiado en serio los riesgos. Parece claro, no obstante, que es mejor pecar de prudencia aún corriendo el riesgo de ser objeto de manipulación.

Aunque los esquemas pueden pecar de simplicidad, los siguientes puntos pueden servir de orientación al profesional (Byram, Gelenberg, Merriam y Wang, 2003):

- La ideación, los intentos o planes suicidas.
- El acceso a medios para suicidarse
- La existencia de delirios de negación, de ruina o de indignidad
- La existencia de elementos alucinatorios de carácter imperativo
- El consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.
- La historia de intentos de suicidio anteriores.
- La historia familiar de suicidios o de intentos de suicidio

Todo ello se debe completar con una evaluación de las circunstancias particulares del sujeto así como de sus posibilidades y de su motivación para pedir ayuda.

En ocasiones, se dan comportamientos en forma de autolesiones como ingerir objetos metálicos o bien provocarse lesiones en los brazos y antebrazos con instrumentos cortantes. Si bien estos comportamientos no constituyen por sí mismos comportamientos suicidas no es menos cierto que deben ser valorados como graves y jamás pueden ser considerados banales. Debe advertirse que

en bastantes casos, los individuos pueden llegar a ingerir objetos muy peligrosos que pueden causar importantes hemorragias internas. En una ocasión, un interno de un centro de justicia juvenil ingirió dos hojas de afeitar provocándose una grave hemorragia en el tubo digestivo.

CONCLUSIONES

Los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen una situación de extrema gravedad que requiere la toma de medidas de carácter preventivo. Los centros de justicia, en general, y de justicia juvenil, en particular, constituyen contextos institucionales en los que el riesgo de comportamientos suicidas es elevado. Esto es así debido a la convergencia de diversos tipos de factores de riesgo (trastornos psiquiátricos, consumos de sustancias, factores sociales, factores inherentes al propio marco institucional). La correcta valoración del riesgo de comportamientos suicidas requiere preparación técnica y un sólido y articulado trabajo en equipo, marco necesario para la detección precoz y para la toma de medidas adecuadas. Estas medidas pueden incluir la derivación del individuo suicida a un centro hospitalario. No obstante, es preciso añadir que, en ocasiones, el acto suicida se realiza a pesar de una intervención profesional adecuada y correcta. No debe olvidarse que en los centros de justicia convergen las tres profesiones imposibles: gobernar, educar y curar; en consecuencia, no siempre es posible evitar los efectos de la pulsión de muerte del ser humano. En cualquier caso, de la desgracia hay que saber extraer las enseñanzas oportunas. Con ello, el equipo gana en saber y en salud.

REFERENCIAS

- Bobin, E. y Sarfati, Y. (2003). Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les «récidivistes». *Nervure*, 16, 14-8
- Byram, T., Gelenberg, A, Merriam. A. y Wang. P. (2003). Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En Geleberg y

- Wang (Eds.). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (pp. 667-669). N.J.: Prince-Hall
- Durkheim, E. (1971). *El suicidio*. Buenos Aires. Shapire Editor.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. y Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Ame J. Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mannoni, O. (1986). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona: Gedisa.
- Manrique, A. (2001). *Algunas precisiones en torno al concepto de Anomia en Sociología*. Perú: Ministerio de Justicia del Perú.
- Marcelli, D. y Humeau, M. (2007). Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. *Psiquiatría*, 128, 1-12.
- Marttunen, M.J., Aro, H., Henriksson, M. y Lonnqvist, J.K (1991). Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 years old Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 48,: 834-839
- Moya, J. (2004). Padres, adolescentes y docentes. Los avatares de un encuentro difícil aunque no imposible. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 3, 13-19.
- Pfeffer, C. R. (2006). Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. En: J M Wiener y M K Dulcan (Eds.), *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp.901-913). Barcelona: Masson
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona, Salvat
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Shafer, D., Pfeffer, C. R. y Gutstein, J.(2003). Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. En: Gelder M, López-Ibor J.J., Andreason N (Eds.), *Tratado de Psiquiatría. Tomo III*, (pp 2163-2172). Barcelona: Ars Médica.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher. P., Trautman. P., Moreau. D, Kleienman. M, y otros (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatr*, 53, 339-348.
- Tubert, S. (1982). *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. Madrid: Saltés.