

Artículo de Reflexión

Adolescencia y suicidio: Entre la perspectiva neuropsicológica de Diamond y Psicoevolutiva de Dolto

Adolescence and suicide: Among Diamond's neuropsychological and Dolto's psycho-evolutionary perspectives

Mónica Viviana Gómez,^{a*} Diego Alejandro Calle,^b Luisa Victoria Álvarez,^a José Flórez Ocampo^a

^a Universidad Cooperativa de Colombia, Grupo de investigación Estudios disciplinarios en Psicología, Cali

^b Universidad de San Buenaventura, Grupo de investigación Psicología y Neurociencias, Armenia, Colombia

D A T O S A R T I C U L O

Para citar este artículo:

Gómez, M., Calle, D., Victoria, L. & Flores, J. (2015). Adolescencia y suicidio: Entre la perspectiva neuropsicológica de Diamond y Psicoevolutiva de Dolto. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 3 (1), 37-43.

Palabras clave:

Adolescencia, Suicidio, Desarrollo, Psicoevolutivo, Neuropsicología.

Keywords:

Adolescence, Suicide, Development, Psycho-evolutionary, Neuropsychology.

Historial:

Recibido: 23 de marzo de 2015

Revisado: 4 de mayo de 2015

Aceptado: 20 de mayo de 2015

*Correspondencia: Carrera 73 N° 2^a-80, Bloque 1 Piso 3. Cali, Colombia.
E-mail: monigomez83@yahoo.es

R E S U M E N

Este artículo presenta una reflexión sobre la problemática del suicidio en la adolescencia, tomando en consideración algunos aspectos comunes asociados al concepto de desarrollo entre la perspectiva neuropsicológica de Adele Diamond y la perspectiva psicoevolutiva de Françoise Dolto. Las dos perspectivas permiten un acercamiento a las nociones de temporalidad y vulnerabilidad, claves para la comprensión de dicha problemática, la cual está ligada a las condiciones socio históricas de la época.

A B S T R A C T

This article presents a reflection about the suicide issue among adolescence, taking into account some common aspects associated to the concept of development from Adele Diamond's neuropsychological perspective and Françoise Dolto's psycho-evolutionary perspective. Both perspectives allow an approach to the concept of temporality and vulnerability, keywords for the comprehension of the above-mentioned issue, which is linked to the historical conditions of the time.

Introducción

Según la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis (FLAPPSIP, 1998) la etimología del concepto de adolescencia viene del verbo latín *adol-*

lesceré, que significa "comenzar a crecer". Sin embargo, desde diferentes perspectivas el término se ha relacionado con "adolecer" (padecer alguna dolencia, inclusive enfermar), generando una noción

negativa y errónea del concepto, con lo que se lado el potencial que tienen los adolescentes para la transformación de su desarrollo.

La adolescencia es conceptualizada según el mometo histórico, cultural y social que se esté transcurriendo. También los contextos jurídico, político, económico, son una suma de múltiples factores que influyen en la concepción que se tenga de adolescencia (Perinat, 2003). En este sentido, el desarrollo de la adolescencia varía de un contexto a otro, ya que de acuerdo con Diamond (2009), los procesos biopsicosociales están determinados por las características específicas de cada cultura.

Según la organización mundial de la salud (OMS, 2014) la adolescencia es una etapa del ciclo vital que va desde los 10 hasta los 19 años, edad intermedia y de transición entre la infancia y la adultez. El desarrollo se caracteriza por transformaciones en todas las dimensiones del ser humano; fisiológico, neuropsicológico, cognitivo, afectivo. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002) se calculó que en el mundo existían aproximadamente una población de 1200 millones de personas en este rango de edad, siendo la mayor generación de adolescentes en la historia.

Durante el desarrollo de la adolescencia, esta población se ve expuesta a diferentes problemáticas sociales, en cuanto a salud mental la OMS calcula que un *“20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios”* (OMS, 2014). Por ello es importante que las diferentes ramas del saber —y específicamente la psicología— ahonden sobre las problemáticas de salud mental que se presentan durante el desarrollo de la adolescencia, para favorecer una mejor comprensión de estos fenómenos.

Este artículo presenta una reflexión sobre la problemática del suicidio en la adolescencia, tomando en consideración algunos aspectos comunes asociados con el concepto de desarrollo entre la perspectiva neuropsicológica de Adele Diamond y la perspectiva psicoevolutiva de Françoise Dolto. Se precisa que no se pretende establecer ninguna relación epistemológica entre las perspectivas, sino rescatar algunas nociones transversales importantes para pensar posibles intervenciones sobre la problemática en cuestión.

El suicidio en la adolescencia

Prevalencia. El suicidio es considerado como una problemática creciente de salud pública a nivel mundial (OMS 2012). Casi un millón de personas se suicidan por año y la tasa de mortalidad global por dicho fenómeno ha aumentado en un 60% en los últimos años, siendo actualmente de 16 por 100.000 habitantes o un promedio de muerte por persona cada 40 segundos. Con respecto a la población adolescente el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 10 y los 24 años de edad sin tener en cuenta las cifras de intento de suicidio, las cuales son 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OMS, 2012).

En cuanto a comportamientos autodestructivos asociados con el suicidio, en la población general

hay una prevalencia del 4%, en los estudiantes universitarios un 14%, y el 35% de estudiantes reportan haber realizado un acto autopunitivo en algún momento de su vida (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003, citados por Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández & Rodríguez, 2007).

De acuerdo con Cabrejos, Krüger & Samalvides (2005) tanto en Estados Unidos y Europa como en América Latina, las tasas de suicidio en los últimos años han ido en incremento, los estudios realizados indican que al menos 18% de la población adolescente latinoamericana ha presentado intentos de suicidio.

En Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela se reportaron tasas de suicidio que llegan a superar los 10 por 100.000 habitantes entre los 15 a 24 años (Maddaleno, Morello & Infante, 2003), y estas cifras aumentan cada año según el Departamento de Informática del Ministerio de Salud de Chile (2007, citado por Cova, et al., 2007).

Según Toro, Paniagua, González & Montoya (2009), Colombia en el 2006 registró una tasa de suicidios de 12 por cada 100.000 hombres de 18 a 24 años, y 4 por cada 100.000 mujeres de 15 a 17 años, siendo los métodos más utilizados la intoxicación en un 31% de los casos, arma de fuego con un 29%, y ahorcamiento con el 20% (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2007).

En Colombia el departamento que más reportó casos de suicidio fue Antioquia con un 18,2%, seguido de Bogotá con un 12.8%, y tercero el Valle del Cauca con 172 casos en el 2011 (Lozano, 2011).

De acuerdo con la Alcaldía de Cali, el Ministerio de la Protección Social en el 2002 reportó que en el caso de las mujeres el suicidio es la quinta causa de muerte y en los hombres la tercera con los métodos más letales. El Estudio Nacional de Salud Mental (2003) comprobó que si bien las tasas de intentos suicidas eran más altas entre la población de los 30 a los 44 años, actualmente estas cifras han ido aumentando entre la población caleña con edades entre de los 18 a 29 años, con 453 casos registrados en el 2010 al sistema de vigilancia de intento de suicidio (Piedrahita, Paz & Romero, 2012).

Definición. Según Robledo (2007), etimológicamente el término suicidio significa muerte de sí mismo; sin embargo el comportamiento suicida se encuentra dentro de un fenómeno o espectro que abarca la ideación, la planificación, el intento y el suicidio consumado. La OMS por su parte define al suicidio como *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”* (OMS, 2000, citado por Mancilla, 2010, p. 9).

Piedrahita et al. (2012), aportan otros elementos importantes planteando que el suicidio *“representa un fenómeno universal, atemporal y multicausal con diversas concepciones culturales y sociopolíticas de acuerdo al [sic] contexto donde se suscribe”* (p.138). En este sentido, la comprensión y el estudio del suicidio son bastante complejas, dado que en este fenómeno están relacionados diferentes factores; psicológicos, familiares, sociales y culturales. Desde el punto de vista del sociológico

Durkheim (citado por Pérez, 2012), el intento suicida es el resultado de ciertas tensiones que la sociedad ejerce sobre el individuo y la falta de integración que este pueda tener en la sociedad.

Entre los factores que según Amezcua, Gonzales & Zuluaga (2000) podrían generar una situación de vulnerabilidad en la población adolescente frente a esta problemática, se encuentra el ejercicio de la sexualidad de forma irresponsable, consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados, presiones académicas, conflictos al interior de las familias nucleares, ausencia de autoridad y problemas económicos.

De acuerdo con Pérez et al., (2007) los factores estresantes como el consumo de psicoactivos, ser víctima de violencia intrafamiliar, problemas económicos, registro de casos de suicidio en la familia, y trastornos relacionados con el malestar emocional, inciden significativamente en los intentos de suicidio, razón por la cual todos estos factores pueden poner a los adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Los factores más estresantes identificados por los universitarios en Colombia son las relaciones con docentes en un 18.7%, conflictos entre estudiantes con un 26.3%, con los altos mandos de la universidad 5.3%, y las responsabilidades académicas con un 60.5%. En conclusión se obtuvo: 49.8% estudiantes con depresión, 58.1% estudiantes con ansiedad y 41% de estudiantes con ideaciones suicidas (Amezcua et al., 2000).

Para Pérez et al. (2007) también existe una serie de factores psicológicos que pueden generar malestar emocional como pérdidas significativas, conflictos en las relaciones sociales, desesperanza aprendida, maltrato, familias disfuncionales y comportamientos autodestructivos.

Gracias al estudio realizado por Pérez et al. (2007) en una clínica infantil de Bogotá, se encontró que los principales factores detonantes fueron un evento traumático con un 83%, conflictos familiares con un 56%, conflictos sentimentales con un 22.1%, y problemas académicos con un 14.3%. También se identificó que los factores estresantes posiblemente provenían de la familia, relaciones sentimentales, amistades e instituciones educativas.

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses encontró que en Colombia el primer método suicida empleado por hombres es el ahorcamiento o estrangulamiento con un 44.98%, el segundo fue por arma de fuego con un 16.87%, y tercero el envenenamiento por alcohol, gases o plaguicida con un 16.61%. En cuanto a los métodos utilizados por las mujeres en primer lugar se encuentra el envenenamiento por gases, alcohol o plaguicida con un 37.7%, segundo el estrangulamiento con un 35.24%, y tercero las armas de fuego con un 5% (Lozano, 2011).

Por otro lado, es posible que también exista una clasificación de factores preventivos como las relaciones interpersonales estables, unión familiar, apoyo mutuo, intereses en común y acompañamiento emocional, ya que según las investigaciones cuando están presentes estos factores los adolescentes son menos propensos al suicidio en un 5.5% (Pérez et al., 2007). Justamente, con el propósito de combatir esta compleja problemática, han surgido diversas propuestas para la prevención del suicidio en los adolescentes, la OMS (1999, citado por Lozano, 2011)

por ejemplo, creó un programa llamado SUPRE (Prevención del suicidio), el cual tiene como objetivo la reducción de cifras de suicidio y posee un enfoque de atención primaria de salud adaptable a cualquier país, que incluye recursos sanitarios y autoridades judiciales.

Otra iniciativa importante en busca de la prevención del suicidio, es el Programa de Acción Mundial para superar brechas en Salud Mental (citado por Lozano, 2011) el cual desea captar la atención frente a esta problemática, y establecer guías de intervención.

Según Cifuentes (2012), el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia tiene como objetivo reducir los índices de suicidio en un 4.7 por 100.000 habitantes para el 2021, por medio de iniciativas que permitan prevenir y atender comportamientos que afecten la capacidad de relacionarse con el medio ambiente y consigo mismo.

Ahora bien, aunque existen intentos de mitigación de la problemática desde las políticas de salud pública en Colombia y América Latina, el suicidio actualmente tiende a seguir con una prevalencia preocupante principalmente en los adolescentes. Teniendo en cuenta las implicaciones de carácter psicológico que entraña dicho fenómeno, a continuación se presentan algunos planteamientos generales de Diamond y Dolto frente al desarrollo de la adolescencia y posteriormente se profundizará en algunas nociones transversales, con el objetivo de contribuir a la reflexión desde una perspectiva integrativa desde la clínica psicológica.

Perspectivas del desarrollo

Desarrollo Psicoevolutivo. Para introducir al concepto de adolescencia, Dolto toma como referencia la literatura universal: *“Ella tenía esa gracia fugitiva que marca la más deliciosa de las transiciones, la adolescencia, los dos crepúsculos mezclados, el comienzo de una mujer en el final de una niña”* (Victor Hugo, citado por Dolto, 2004, p 51).

Desde una perspectiva psicoevolutiva, Dolto (1992) define la adolescencia como *“el periodo que separa a la infancia de la edad adulta y tiene como centro la pubertad”* (p. 17), en el cual se presentan grandes cambios y transformaciones a nivel fisiológico, psicológico y social. Durante el desarrollo de la adolescencia el sujeto debe dejar a un lado la infancia, separarse simbólicamente del núcleo familiar y cuestionar lo aprendido en él para empezar a tomar decisiones propias e introducirse en la sociedad como alguien autónomo e independiente.

Los cambios y transformaciones implicados en la adolescencia conllevan al sujeto a entrar en un estado de vulnerabilidad. Dolto (1992) lo menciona como un segundo nacimiento que genera inestabilidad psicosocial y emocional. Los padres dejan de ser punto de referencia y los grupos de pares pasan a ser los principales modelos; esta separación simbólica es necesaria para la construcción de la autonomía, sin embargo los adolescentes quedan expuestos a una mayor influencia de los medios de comunicación, la música, modas, tendencias y grupos sociales (Dolto, 2004).

La adolescencia está conceptualizada según las condiciones históricas y sociales de la época (Dolto, 2004). Esta perspectiva ahonda en los

aspectos jurídicos, políticos, económicos y familiares que influyen a la adolescencia. Siguiendo esta idea, la estructuración social actual basada en las características de la post modernidad, la globalización y el capitalismo (Lipovetsky, 2000), generan un impacto en la adolescencia y en la problemática del suicidio. Aspecto sobre el cual se profundizara en el apartado dedicado a la temporalidad.

Si bien se ha propuesto una aproximación de la adolescencia bajo la perspectiva psicoevolutiva de Dolto y la construcción de nuevos rasgos durante esta etapa, a continuación se desarrollará bajo la perspectiva neuropsicológica de Adele Diamond un acercamiento a las principales hipótesis de este enfoque en relación con la adolescencia.

Desarrollo Neuropsicológico. La adolescencia es uno de los estadios del desarrollo con mayor cantidad de modificaciones neuroplásticas cerebrales, como el refuerzo y la formación de nuevas conexiones. Los cambios más significativos según Diamond (2002), ocurren entre los 3 a 6 años, y los 7 a 12 años en la Corteza Prefrontal (en adelante CPF), ya que en las primeras etapas del desarrollo, esta área agranda su tamaño, pero en la adolescencia presenta gran disminución, pues se pierden las conexiones establecidas en la infancia que en la adolescencia ya no se necesitan. La CPF es una de las regiones que toma más tiempo en desarrollarse, mínimo veinte años para madurar.

Este proceso de arborización y poda neuronal ocurre en secuencia desde la corteza occipital hasta la corteza frontal, lo cual sustenta los cambios de densidad neuronal en la CPF y su desarrollo tardío, razón por la cual los adolescentes tardan en adquirir habilidades como funciones ejecutivas, entre las cuales se encuentran el establecimiento de metas, la planeación de comportamientos, control inhibitorio de respuestas automatizadas, la autorregulación y el gobierno emocional, tan importantes para la adaptación de situaciones nuevas.

A partir de la hipótesis de diferenciación se entiende que la organización de funciones cognitivas cambia a medida que se avanza en las etapas del desarrollo, es decir, que la formación estructural de la inteligencia primero inicia con las habilidades generales desarrolladas en las primeras etapas del ciclo vital, y después se desarrollan habilidades más específicas y complejas en la adolescencia (Diamond, Shing, Lindenberger, Chen & Matthew, 2010).

Esta tardanza en adquirir control de las funciones cognitivas complejas puede provocar que en la adolescencia se presenten dificultades para prevenir las consecuencias frente a tareas que incluyen toma de decisiones, lo cual posiblemente se deba a fallas en el procesamiento emocional, por la misma inmadurez de la CPF, posicionando al sujeto en un estado de vulnerabilidad (Bechara, Tranel, & Damasio, 2000 citado por Pérez, 2012).

Por último Diamond (2002) afirma que el desarrollo de la adolescencia está sujeto a la interacción de lo biológico con la experiencia adquirida en el medio ambiente. Si se tienen en cuenta factores preventivos que protejan el sano desarrollo en la adolescencia, como las relaciones estables, unión familiar y acompañamiento emocional

es posible que el aumento de la especialización de los circuitos neuronales de la CPF, en conjunto con las experiencias obtenidas durante el desarrollo, promuevan una mayor complejidad y diversidad en el funcionamiento de los mecanismos cognoscitivos, permitiendo que en la adolescencia se adquieran herramientas eficaces para enfrentar los cambios drásticos característicos de esta etapa del ciclo vital.

Estas dos perspectivas presentan unas nociones transversales sobre el desarrollo de la adolescencia que permite realizar una aproximación a la problemática del suicidio: 1) La temporalidad y el aumento de cifras de este fenómeno en la adolescencia. 2) La vulnerabilidad y las probabilidades de verse inmersos los adolescentes en esta problemática.

Nociones transversales

Temporalidad de la adolescencia. Dolto (2004) plantea que la adolescencia inicia a los 11 años cuando se presentan los primeros indicios de la pubertad; en los hombres se presentan las primeras emisiones de esperma y en las mujeres las primeras menstruaciones. En cuanto al final de esta etapa, la autora tiene en cuenta diversas perspectivas en su consideración psicoevolutiva del desarrollo, como la neurológica en la cual se plantea que en el desarrollo nervioso a los 20 años, el tejido cerebral queda totalmente constituido.

Por su parte Diamond (2002) coincide que la edad de inicio para la adolescencia está entre los 11 a 12 años, donde empieza el periodo de poda neuronal en la cual se produce la eliminación de conexiones sinápticas generales formadas en la infancia, que entran en desuso en la adolescencia, dando paso a la formación de habilidades específicas y complejas. En esta misma línea Diamond (2002) menciona que el desarrollo neuropsicológico de la adolescencia culmina cuando se completa la formación de la CPF a los 20 años, siendo la región del cerebro que más se demora en desarrollarse.

No obstante, es difícil fijar una edad exacta en la temporalidad de la adolescencia, ya que está determinada por elementos individuales, familiares, sociales y culturales. En palabras de Dolto (2004), *“el estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que reciben de los adultos y según lo que la sociedad les impone como límites de exploración”* (p. 18). Es decir, un individuo termina la adolescencia en el momento que se libera de la influencia paterna, alcanzando niveles de juicio y autonomía; siendo esta una variable particular en el proceso de cada sujeto y en la familia que pertenece.

Diamond (2000) comparte con Dolto algunas nociones en su perspectiva de la temporalidad de adolescencia, en el sentido que reconoce los factores ambientales como determinantes para el desarrollo neuronal. Diamond considera que los circuitos funcionales y la dinámica cortical están en constante reorganización para adaptarse a las influencias, tales como la estimulación del medio ambiente, la experiencia, el desarrollo cerebral y su deterioro.

Existen factores sociales y culturales que inciden en la temporalidad de la adolescencia en cuanto a su finalización. Dolto (2004) toma como referencia los aspectos jurídicos que rigen la adolescencia en temas como mayoría de edad que tie-

nen influencia en el desarrollo. En varios países se establece a los 18 años la mayoría de edad catalogando a los sujetos como “adultos”, lo cual es discutido desde las diferentes ramas del saber.

Si bien a los 18 años se ha generado un desarrollo neuropsicológico avanzado en la adolescencia, dentro de la cultura y la sociedad postmoderna —caracterizada por el capitalismo extremo, el consumo, el individualismo y la lógica neoliberal de los gobiernos (Lipovestky, 2009)—, se presenta una crisis en las estructuras sociales y en los conceptos de autonomía e independencia que influyen y prolongan el fin de la adolescencia (Lipovestky, 2009). Se presentan condiciones en los adolescentes en torno al consumo, como la prolongación de los estudios profesionales, mayor permanencia bajo el cuidado de los padres, casarse en edades cada vez mayores, etc.

Según Lipovestky (2000) los cambios estructurales en la sociedad producto del capitalismo, han aumentado las exigencias sociales en la economía que llevan a la competitividad entre las personas y además generan un impacto en los individuos que se traduce en sentimientos de incertidumbre, ansiedad y miedo frente al presente y al futuro de la vida. Estos elementos influyen directamente en la población adolescente, la cual está iniciando la construcción de un proyecto de vida, pero que encuentran condiciones exigentes, cambiantes e inestables en la sociedad.

Muchas de las características socioculturales están relacionadas con causas que pueden ser detonantes en la problemática del suicidio; De Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wolters (1993 citado por Serrano & Flores 2005), identifican algunos de estos factores en un estudio en adolescentes con intentos suicidas, como las condiciones socio económicas de pobreza, desigualdad, conflictos internos en la familia y consumo de sustancias psicoactivas.

Las dos autoras coinciden en la importancia del contexto, en el caso de Diamond (2000) resulta determinante en la interacción con aspectos biológicos, y en Dolto (2004) como factor necesario para la conceptualización del suicidio. De esta manera, podría entenderse este fenómeno como una problemática multifactorial, sujeta al sistema de creencias, ideologías, presiones sociales, educación, religión, estructura familiar y social, en la cual se encuentra el adolescente.

Vulnerabilidad de la adolescencia.

Comparada la adolescencia con el “complejo de la langosta”, en este periodo se entra en un estado de vulnerabilidad tanto a nivel intrasubjetivo como a nivel psicosocial, debido a la gran influencia que pueden tener las relaciones con los pares, grupos y otros actores e instituciones sociales. La construcción de “un nuevo caparazón” significa que en esta etapa se empieza a constituir nuevos rasgos del carácter, la personalidad, la identidad y la imagen corporal (Dolto, 1992).

El adolescente se ve impulsado a salir del caparazón, a “quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros” (Dolto, 1992, p. 17), pero al mismo tiempo siente poca confianza en sí mismo, en ocasiones no posee los recursos para afrontar los cambios, retos y experiencias que se le avecinan. En este sentido todos los adolescentes tienen problemas,

sufrimientos y alegrías; puede describirse como el periodo de mayor dolor y al mismo tiempo de las alegrías más intensas.

Por su parte Diamond (2006) plantea que la inmadurez de los lóbulos frontales, hace a los adolescentes más frágiles en procesos cognitivos como planificación de sus comportamientos, formulación de estrategias y la interrupción de una conducta. Lo cual los posiciona en una condición de vulnerabilidad al no poseer las herramientas suficientes para generar nuevas estrategias de resolución de problemas, y valoración de riesgos y beneficios, que junto a otros factores asociados aumentan las probabilidades de desarrollar comportamientos autodestructivos e incluso suicidio.

Desde su perspectiva, Dolto (2004) propone que la idea del suicidio es un pensamiento común en los adolescentes y se encuentra asociado a la muerte simbólica que el sujeto hace de la etapa de la infancia. Durante este periodo de transformación psicológica donde se busca lograr autonomía e identidad respecto a la familia, los amigos y la sociedad en general implica “*pensar en la muerte del cuerpo para poder acceder al otro nivel, el objeto de su deseo, que no es solo cuerpo, sino corazón y mente.*” (p. 93). Debido a esto, las ideaciones sobre el suicidio son consideradas normales ya que se presentan en un plano imaginario; solamente cuando se pasa a la planificación o al intento suicida con actos concretos representan factores de riesgo y de alarma.

En la adolescencia el sujeto se ve impulsado a construir vínculos externos a su familia, quedando expuesto a una gran influencia social que puede ser positiva o negativa, lo cual abre un abanico de posibilidades en el futuro del adolescente (Dolto, 2004). De igual forma, desde la perspectiva ambiental del desarrollo de Diamond (2000), es posible que los factores detonantes de acciones autodestructivas como el suicidio provengan de la familia, relaciones sentimentales, amistades e instituciones educativas (Pérez, 2012), lo cual generará dificultades en el proceso de estabilidad o plasticidad frente a los cambios dramáticos de la CPF en la adolescencia.

Conclusiones

El recorrido entre la perspectiva del desarrollo neuropsicológico de Diamond y psicoevolutivo de Dolto, frente a la problemática del suicidio en la adolescencia permite establecer las siguientes conclusiones:

Las perspectiva neuropsicológica y psicoevolutiva coinciden en que la etapa de la adolescencia comienza entre los 11 y 12 años, con el inicio de la poda neuronal y paralelo a los indicadores de la pubertad. Comparten también que a los 20 años se termina la formación de la CPF, factor determinante en la perspectiva neuropsicológica, dado que al culminar la maduración de la CPF se empieza a adquirir comportamientos característicos de la adultez. Del mismo modo es un factor importante en la mirada psicoevolutiva, ya que la adquisición de destrezas más elaboradas y habilidades cognoscitivas complejas permite evidenciar el trascurso evolutivo del adolescente al adulto, y las dinámicas que intervienen en este proceso para la conformación de la personalidad.

La conceptualización de la adolescencia y del suicidio está ligada al momento histórico y a las características sociales del mundo. Se encuentra que los modos de ideales de vida y los cambios en las estructuras sociales de la sociedad contemporánea, generan un impacto en la adolescencia y en el concepto de individuo, caracterizado por sentimientos de ansiedad, depresión e incertidumbre. Esto se presenta en adolescentes de todos los estratos, sin embargo, las condiciones de pobreza, desigualdad, falta de oportunidades, consumo de sustancias psicoactivas entre otras, son los principales factores de riesgo sociales asociados al suicidio (Pérez et al., 2007).

El suicidio es una problemática de salud pública universal y multifactorial. La tasa de mortalidad en la población adolescente ha aumentado progresivamente frente a otras épocas. De acuerdo con la idea anterior cabe preguntarse: ¿De qué manera los fenómenos característicos de la postmodernidad como la globalización y la virtualización de las relaciones, están influyendo en el incremento de la problemática del suicidio en la población adolescente?

La adolescencia está atravesada por un estado de vulnerabilidad a nivel neuropsicológico debido a la inmadurez de los lóbulos frontales. También desde el punto de vista psicoafectivo el adolescente entra en un estado de vulnerabilidad debido a los cambios y transformaciones en torno a la subjetividad, la imagen corporal, las relaciones sociales y familiares.

Así mismo, desde la perspectiva neuropsicológica se concibe la maduración de la CPF, como el proceso que permite la adquisición de ciertas habilidades como el control inhibitorio, funciones ejecutivas y control emocional, favoreciendo las posibilidades de que los adolescentes se vean inmersos en problemáticas como el suicidio. No obstante, es probable que en el adolescente, al encontrarse rodeado de un entorno vulnerable, los procesos de maduración puedan verse afectados, situación que dejaría abierta la posibilidad de establecer una relación entre los actos asociados con el suicidio y las estructuras neurológicas en desarrollo durante la adolescencia.

Finalmente, las nociones transversales entre la perspectiva Neuropsicológica de Diamond y la Psicoevolutiva de Dolto, tienen su punto de encuentro en el ámbito psicosocial. Conceptos como Temporalidad y Vulnerabilidad (biopsicosocial), hacen parte del desarrollo de la adolescencia. Estas nociones están fuertemente mediadas por las condiciones sociales y en últimas, se manifiestan en el comportamiento de los adolescentes donde confluyen problemáticas multifactoriales como el suicidio.

Referencias

- Amezquita, M.E., Gonzales, R.E., & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (4), 341-356.
- Cifuentes, S. (2012). *Violencia autoinflingida desde el sistema Médico-Legal Colombiano*. Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Cova, F., Alvial, S., Aro, D., Bonifetti, D., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
- Diamond, A. (2000). *Towards an understanding of the human frontal lobes*. New York: Contemporary Psychology.
- Diamond, A. (2002). *Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: cognitive functions, anatomy and biochemistry*. New York: Oxford University.
- Diamond, A. & Kirkham, N. (2006). *The parallels between cognition in childhood and adulthood*. Psychological Science.
- Diamond, A. (2009). The Interplay of Biology and the Environment Broadly Defined. *Developmental Psychology*, 45 (1), 1-8.
- Diamond, A., Lee Shing, Lindenberger, Chen Li, & Matthew, C. (2010). Memory Maintenance and Inhibitory Control Differentiate from Early Childhood to Adolescence. *Developmental Neuropsychology*, 35 (6), 679-697.
- Dolto, C.T. (1992). *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Editorial Atlántida.
- Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. Editorial Paidós.
- Echeverry, Y., Aristizabal, O., Barraza, F., Aristizabal, A., Martínez, J., & Montoya, G. (2010). Suicidio: revisión de aspectos neurobiológicos. *Revista de Investigación Universidad de Quindío*, 21, 186 - 193.
- Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis (FLAPPSIP, 1998). *Diferentes problemáticas en la adolescencia*. Disponible en: http://flappsip.com/investigacion/04Marco_teorico_general_sobre_Adolescencia.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002). Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/pub_adolescence_sp.pdf
- Lipovestky, G. (2000). *La era del vacío*. Anagrama: Barcelona.
- Lozano, D. (2011). *Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Colombia. Ministerio de salud y protección social.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y Prevención*. Intersalud: Madrid.
- Organización mundial de la salud (OMS, 2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización mundial de la salud (OMS, 2014). *Salud de los adolescentes*. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Pérez, E. (2012). *Actividad cerebral en la toma de decisiones en pacientes con intento de suicidio*. Tesis de maestría. Universidad de Guadalajara: Guadalajara.
- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussan, M. & Ayala, J. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 230-240
- Perinat, A. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI enfoque psicosocial*. Madrid: UOC.

Piedrahita, L., Paz, k., & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en la adolescencia: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136-148.

Robledo, P. (2007). Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. *Revista Perú Pediatría*, 60(1), 61-64.