

Suicidalidad en Adolescentes. Factores de riesgo y Modalidades de Intervención¹

Suicidality in Adolescents: Risk Factors and Intervention Strategies

Pablo Carvajal²
Denisse Acevedo³
Romina Soto⁴
César Jara⁵

Agradecimiento a Ulrich Kettkevit⁶

RESUMEN

La suicidalidad en adolescentes puede entenderse bajo un modelo adictivo en el que confluyen factores neurobiológicos, conductuales y familiares. La repetición de intentos de suicidio, especialmente en los llamados “grandes repetidores”, guarda semejanza con las recaídas observadas en otras adicciones. Entre los mecanismos implicados destacan la disfuncionalidad familiar, los altos niveles de expresividad emocional, el consumo de sustancias y el papel modulador del estrés sobre la neuroinflamación. La evidencia señala que alteraciones en citocinas, el factor neurotrófico BDNF y el hipocampo constituyen sustratos moleculares que incrementan la vulnerabilidad. El ambiente social y familiar cumple un rol protector o de riesgo, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas orientadas tanto al individuo como a su entorno.

Palabras clave: Suicidalidad; adolescentes; conducta adictiva; expresividad emocional; neuroinflamación; BDNF; familia.

ABSTRACT

Adolescent suicidality can be conceptualized through an addictive model where neurobiological, behavioral, and family-related factors converge. The repetition of suicide attempts, particularly among “major repeaters,” resembles the relapse patterns observed in substance addictions. Key mechanisms include family dysfunction, high levels of expressed emotion, substance use, and the modulatory role of stress on neuroinflammation. Evidence highlights abnormalities in cytokines, brain-derived neurotrophic factor (BDNF), and hippocampal alterations as molecular substrates that increase vulnerability. The social and family environment acts as either a protective or risk factor, underscoring the importance of preventive interventions targeting both the individual and their context.

Keywords: Suicidality; adolescents; addictive behavior; expressed emotion; neuroinflammation; BDNF; family.

Recibido el 11 de septiembre de 2025. Aceptado el 5 de diciembre de 2025.

1 Ensayo basado en una Tesina presentado al Diplomado de Adicciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2016.

Correspondencia a: carvapablo@gmail.com

2 Médico Psiquiatra, Servicio de Urgencias, Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barack.

3 Psicóloga Clínica Adultos.

4 Enfermera. Servicio de Urgencias, Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barack.

5 Médico Psiquiatra Adultos.

6 Psicólogo Clínico Adultos. COSAM Recoleta.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, las adicciones se han asociado al consumo de sustancias. El DSM IV fusionó los criterios de dependencia a sustancias y ludopatía, definiendo las adicciones comportamentales como conductas realizadas con el fin de obtener placer o evitar displacer.

Posteriormente, Tullis (1998) propuso la teoría de la adicción al comportamiento suicida, especialmente en sujetos con múltiples adicciones, trastornos afectivos e historia de maltrato infantil.

En relación con los individuos que repiten intentos de suicidio (suicide re-attempters), Giner y cols. (2015) identifican tres categorías:

1. Intento de suicidio recurrente: ≥ 3 intentos (recurrent suicide attempt).
2. Repetidores principales: ≥ 5 intentos (major repeaters).
3. Repetidores de alto volumen: ≥ 15 intentos (high volume repeaters).

Giner y cols. (2015) sostiene que quienes presentan conductas suicidas recurrentes —los llamados grandes repetidores (10–15 % de los casos)— poseen un mayor riesgo de suicidio consumado, consumen extensos recursos asistenciales y

representan un desafío clínico. Estos pacientes “recaen” en los intentos, utilizando el suicidio como mecanismo de resolución de problemas y experimentando alivio ante el malestar previo, de manera semejante a lo que ocurre en la adicción a sustancias (Acevedo y cols., 2016).

DESARROLLO

Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo por los cambios neuroendocrinos que atraviesan, los cuales incrementan la vulnerabilidad a la adicción debido a modificaciones epigenéticas. A ello se suma la normalización del consumo de tabaco y alcohol en el entorno familiar, así como climas familiares y psicosociales caracterizados por altos índices de expresividad emocional (EE) (Jadresic, 1988; Fromm, 1977; Acuña & Jara, 2022).

Diversas investigaciones han mostrado una asociación significativa entre la EE familiar y la evolución clínica de distintos trastornos psiquiátricos. Un grado mayor de crítica, hostilidad o sobre involucramiento se relaciona con un peor pronóstico, mientras que la tolerancia, calidez y respeto por la autonomía favorecen la recuperación (Jadresic, 1988).

La Tabla (1) Expone los componentes de la expresividad emocional.

Tabla 1: Componentes de la expresividad emocional.

Componente	Descripción
Número de comentarios críticos	Número de comentarios críticos hechos por el familiar sobre el paciente
Hostilidad	Nivel de hostilidad percibido en la interacción familiar
Compromiso emocional excesivo	Grado de implicación emocional intensa o desproporcionada del familiar
Calidez	Nivel de afecto y apoyo emocional mostrado por el familiar
Número de comentarios positivos	Número de comentarios positivos hechos por el familiar sobre el paciente

Fuente: Jadresic, E. (1988).

Diversas investigaciones han evidenciado una asociación significativa entre los niveles de expresividad emocional (EE) familiar y la evolución clínica de distintos trastornos psiquiátricos.

La disfuncionalidad familiar ha llevado a la clasificación de ciertas dinámicas como familias multi problemáticas, particularmente cuando el jefe de hogar presenta antecedentes de consumo. Estas familias tienden a relacionarse mediante “caricias negativas”, y sus miembros acuden con frecuencia a distintos especialistas del sistema de salud debido a conflictos sistémicos familiares. Ejemplo de estas dinámicas es el triángulo dramático de Karpman (Ramos, 2015; Friedlander, 2007; Edwards, 2011).

Los estudios con pacientes que repiten intentos de suicidio muestran una mayor frecuencia de maltrato, negligencia, trastornos alimenticios, dependencia a sustancias y niveles elevados de ira, con dificultad para exteriorizar emociones (Acevedo y cols., 2016).

Experimentalmente se ha apreciado que el contacto físico y el consuelo son más importantes que sólo la alimentación en el desarrollo de la personalidad (Experimento de Harlow) (Roballo, 2019).

Es interesante la descripción de Jung sobre “territorio minado”, la persistencia de núcleos conflictivos en las personas, en que pueden ser evocadas cascadas de vivencias intrapsíquicas, por determinadas situaciones

ambientales provocando significativa desregulación emocional.

En los intentos parasuicidales, la persona experimenta sufrimiento psicológico intenso. Las vías autonómicas del dolor físico y del dolor psíquico se superponen con las implicadas en la conducta suicida, lo que explicaría la sensación de alivio referida tras el intento, posiblemente mediada por el sistema opioide endógeno.

Estrés y neuro inflamación: mediadores neuronales

La inflamación constituye un mecanismo fisiopatológico central en diversas enfermedades crónicas. La evidencia actual indica que también se encuentra involucrada en los trastornos psiquiátricos (Acevedo y cols., 2016).

Distintos meta análisis han reportado niveles anormales de citocinas en esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión. Estas moléculas desempeñan un rol clave en el desarrollo cerebral, la integridad neuronal, la neurogénesis y la remodelación sináptica (Giner y cols., 2015).

Se hipotetiza que las citocinas influyen en los neurotransmisores y circuitos cerebrales, en interacción con el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Asimismo, algunos autores sugieren que en la depresión se presenta un proceso progresivo de sensibilización (kindling), similar al observado en ciertos trastornos neurológicos.

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y su receptor TrkB parecen ser sustratos moleculares del estrés: su expresión se reduce bajo esta condición, lo que constituye un factor de riesgo para depresión. Se han observado alteraciones en el volumen del hipocampo —estructura clave en la memoria emocional y la regulación del estrés— en sujetos deprimidos.

El tratamiento antidepresivo aumenta los niveles de BDNF, contrarrestando los efectos del estrés y la depresión. De manera similar, el ejercicio físico y una dieta equilibrada favorecen la producción de BDNF. Este factor también ha demostrado contrarrestar los efectos neurológicos de la cocaína (Silva y cols., 2015; Casampere, 2021).

En episodios suicidales se ha observado una disminución del ARNm en la corteza prefrontal y el hipocampo, especialmente en personas con antecedentes de consumo de sustancias y estrés, lo que sugiere un posible mecanismo epigenético de vulnerabilidad a la depresión (Silva y cols., 2015; Casampere, 2021).

CONCLUSIONES

La evidencia respalda considerar la conducta para suicidal como un trastorno psiquiátrico dentro de la patología dual, dado que involucra componentes neurobiológicos, conductuales y emocionales estrechamente vinculados a la inflamación.

Se ha demostrado activación de la microglía en cerebros de víctimas de suicidio, con mecanismos mediadores que incluyen la interacción entre citocinas, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la enzima 2-3 dioxigenasa, implicada en el metabolismo de la serotonina (Giner y cols., 2015).

Estrés, consumo de sustancias y depresión aparecen fuertemente ligados a la suicidalidad, con un rol central del BDNF, la tirosina quinasa B y las citocinas. El BDNF, en particular, se destaca como mediador clave de la plasticidad neuronal y la capacidad del cerebro para remodelar conexiones (Vega y cols., 2003).

En adolescentes, los altos niveles de EE (Expresividad Emocional) familiar pueden influir en la vulnerabilidad al suicidio, dada la importancia del lenguaje nutricional en el desarrollo emocional. Bion (1962) introdujo el concepto de *revèrie*, entendido como la capacidad de simbolización de la madre durante el desarrollo del niño. Cuando la comunicación familiar es ambigua (doble vínculo), desestabiliza a la persona, como se observa en la esquizofrenia y otras patologías.

Los hallazgos actuales resaltan la importancia de relaciones tempranas satisfactorias, el rol regulador de la familia y el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento del estrés. El ambiente social nutritivo puede extinguir conductas adictivas, como se demostró en los estudios de Rat Park (Díaz, 2017), donde los animales abandonaban conductas compulsivas al cambiar su contexto por uno más gratificante.

Por ello, resulta esencial promover recursos emocionales saludables y técnicas de auto cuidado. Actualmente se dispone de diversas modalidades de intervención para promover la capacidad contenedora del estrés y desarrollar procesos de simbolización por ejemplo: DBT, psicoterapia en esquemas, mentalización, reconsolidación de memoria, psicoterapia basada en la transferencia, ejercicios mindfulness.

En líneas generales el modelo PERMA de Seligman (2011) propone tres dimensiones para una vida saludable:

1. Vida placentera.
2. Vida comprometida.
3. Vida significativa.

En conclusión, la suicidalidad recurrente en adolescentes puede comprenderse desde un modelo adictivo, en el que confluyen factores neurobiológicos, emocionales y contextuales, y donde la prevención debe orientarse tanto a intervenciones individuales, familiares y sociales.

REFERENCIAS

- Acevedo D., Battistoni N., Carvajal P., Morales A., Moya A., Soto R. (2016). Suicidio: Comorbilidad a considerar en patología dual. *Psiquiatría y Salud Mental*. (S), XXXIII: 71-73.
- Acuña, L. ., Jara, C. ., & Gómez, M. . (2022). Beber Problema. *Cuadernos Médico Sociales*, 61(2), 9–13. <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n2.2021.40>
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience. *London: Heinemann*.
- Casampere, L. (2021). *Mecanismos moleculares implicados en los efectos de los antidepresivos de LY404187*. Ibbtec. Consorcio Superior de investigación Científica. CSIC. En: <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10902/23180/CASASAMPERE%20BARANDA%20L%20LARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Edwards G. (2011). El triángulo dramática de Karpman. *Gaia Editores*.
- Fromm, E. (1977). Anatomía de la destructividad humana. *Editorial Siglo XXI*. En: <https://labiblioteca.mx/llyfrgell/0262.pdf>
- Giner, J., Medina A. y Giner L. (2015). Repercusiones clínicas y sociales de la conducta adictiva. *Editorial Madrid, España*.
- Jadresic, E. (1988). Factores psicosociales en la depresión. *Revista de Psiquiatría (Santiago de Chile)*, 5(2), 145–152. En: <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/10/88-2-012-Factores-psicosociales-en-la-depresio%CC%81n..pdf>
- Jara, C., Acuña L. y Gengler J. (2020). Estrés e inmunidad: implicaciones en salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(3), 45–60.
- Jara, C. y Acuña, L. (2023). Adicciones y epigenética. Una reflexión enfocada a la etapa de la adolescencia. *Manual de actualización en adicciones*, 45–60.
- Ramos R., Battistoni N., Carvajal P, Morales A., Moya A., Soto R. (2015). Familias multiproblemáticas: teoría y aplicación clínica. *Madrid: Ediciones Morata*.
- Seligman, M. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. *Free Press*. En: <https://psycnet.apa.org/record/2010-25554-000>
- Silva D., Vicente B. & Valdivia M. (2015). Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100006>
- Tullis, J. (1998). Adicción al comportamiento suicida: marco teórico y clínico. *SAK foundation*
- Vega (2003). Neurobiología de la conducta suicida: implicaciones clínicas. *UAB Barcelona. Depósito digital de documentos de la UAB*.