

TESIS
2350

CONSULTA EN SALA

EPIDEMIOLOGIA DE LA AUTOAGRESION EN EL

ADOLESCENTE



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



Dr. Miguel Angel Schlavone

1994

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Capitulo I - Suicidio - Agresividad - Impulsividad

Capitulo II - Suicidio e intentos de suicidio en los jovenes

**Capitulo III - Panorama actual de la autoagresion en la
adolescencia**

Capitulo IV - Material y metodos

Capitulo V - Resultados - Tablas y graficos

Capitulo VI - Discusion

Capitulo VII - Conclusiones

Capitulo VIII - Bibliografia



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPITULO I

SUICIDIO, AGRESIVIDAD E IMPULSIVIDAD



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

- SUICIDIO, AGRESIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Denominamos suicidio a la acción o efecto de darse a sí mismo la muerte. El término, de origen latino, expresa etimológicamente el mismo concepto; SUI, de sí mismo, y CIDIUM, muerte, que se halla en HOMI-CIDIUM; de CAEDERE, matar. Va de suyo que incluye el concepto de "acto voluntario" para "privarse de la vida" y que expresa la consumación de este acto; aquellos frustrados son los que se denominan "intentos de suicidio".

Más difícil es definir otros términos que se incluyen en el estudio de este particular comportamiento, tales como "autoagresión" y "lesiones autoinfligidas". Los mismos expresan nuestras dudas sobre la finalidad última de autoeliminarse o exponen las lesiones orgánicas que ha consecuencia de los hechos se han producido. Es por ello preferible utilizar el término "acto suicida" para referirse al intento o al suicidio consumado y, en general, a "autoagresión" a todo el comportamiento, habida cuenta que sólo una "autopsia psicológica" podrá -si esto es posible- determinar las reales implicancias de voluntariedad del acto.

Siendo pues este comportamiento un fenómeno particular, configurado a su vez por otras situaciones que le dan límite y forma; externas o sociales e internas o psicológicas, los numerosos autores que desde la antigüedad hasta nuestros días se han ocupado de él, lo han presentado desde diversos puntos de vista; como acto autodeterminado, como una respuesta condicionada, como una tara heredada, como un derecho y hasta como una sentencia.

Las obras escritas más antiguas señalan la existencia del suicidio. En el Egipto antiguo tenemos la primera referencia histórica, merced a un papiro traducido por ERMAN en 1896 y datado en el Imperio Medio (1991-1786 AC) aunque probablemente su real antigüedad sea mucho mayor 173 .

Es una constante histórica la división con que los hombres, individualmente, aceptaran o no la justificación del suicidio. Como bien sugieren ABADI y COL. la opinión personal sobre la autoeliminación hace a la propia filosofía de la vida, es más, hasta en los investigadores del tema generalmente el acercamiento es normativo y prescriptivo. Esto es poco científico y se corre el riesgo de excluir tanto y tan totalmente a la intención suicida, que implique un rechazo absoluto de la propia muerte, " es decir abusar del mecanismo de negación hasta el punto de negar uno de los pocos hechos ciertos del vivir, que es el morir "

Más claro se nos presenta el rechazo de la sociedad como institución al comportamiento autoagresivo. La Ley de Moisés prohibía el suicidio, y otra especial hebrea declaraba infame al que se mataba, negándole la sepultura. Los armenios declaraban asimismo maldita la casa del suicida y la quemaban. En atenas la mano del suicida, cortada y quemada por el verdugo, se enterraba separada del cuerpo. Sin embargo, según BUONAFEDE, una ley autorizaba el suicidio cuando el Areópago aprobaba los motivos. En Tebas el cadáver se quemaba en señal de infamia, lejos de la familia, y sin las oraciones religiosas. La legislación de Esparta no era menos severa. Aristóteles hace presente en sus obras, que era cosa aceptada por la generalidad que los homicidas de sí mismos de-

ben ser tildados de infames. La Ley romana no castigaba el suicidio más que cuando su autor, acusado de un crimen había escapado al castigo dándose a sí mismo la muerte; entonces se confiscaban sus bienes. SE cita una Ley del Emperador Marco Antonio en que se ordena que si el padre o el hermano no acusados de ningún crimen, se matan por sustraerse a grandes dolores, por disgusto de la vida o por demencia, se cumpla su testamento o sus herederos sucedan abintestato.

En la edad Media la iglesia mantuvo, con respecto a los suicidas la tradición hebraica, en el concilio de ARLÉS, fue calificado de "crimen" el suicidio, y castigado en el de Braga, prohibiendo evocar la memoria de sus víctimas en el santo sacrificio de la Misa y cantar los Salmos en sus entierros. El Derecho canónico confirmó y ratificó estos acuerdos, que fueron también proclamados por Carlomagno. La idea de la Iglesia preponderó y se introdujo en las costumbres de todos los pueblos europeos.

En 1670 se publica, por Luis XIV, una ordenanza criminal que consagró un título especial al suicidio, reglamentando hasta en sus menores detalles el aparato del suicidio póstumo y el procedimiento criminal. La última decisión del parlamento de París, aplicando las penalidades dictadas por esta ordenanza, lleva la fecha del 31 de Enero de 1749, es decir, en pleno movimiento filosófico, y cuando las leyes que penaban con ultrajes el cadáver del suicida y con la confiscación de sus bienes habían sido duramente combatidas, sobretodo por Montesquieu, Voltaire y Beccaria. La confiscación de los bienes se hacía en provecho del fisco o del Rey, que podía disponer de ellos según le pareciese. Un escritor de la época decía: " hoy el Rey ha dado a la delfina un hombre que

se ha suicidado; ella espera hacer muy buen dinero". La Revolución de 1789 halló en vigor tales prácticas y las abolió enteramente, proclamando el principio de la "libertad humana". La Convención restableció momentaneamente la confiscación contra los acusados políticos que se suicidaban en su prisión.

A partir del siglo XIX casi todas las legislaciones aún cuando las leyes criminales absuelven al suicida, castigan la complicidad.

Para el "mundo occidental corriente", al decir de Shneidman, en el que estamos inmersos, el suicidio es una enfermedad multidimensional caracterizada por una eliminación autoinducida y que aún está en busca de explicaciones y exégesis. Hoy aceptamos diferentes aspectos de este comportamiento (QUIDU ⁹⁷):

- 1 - el suicidio, acto de matarse, hecho consumado del que resulta la muerte, por definición etimológica.
- 2 - la tentativa de suicidio, acto incompleto, resuelto en un fracaso.
- 3 - la intención de suicidio, acto más o menos esbozado.
- 4 - la idea de suicidio, simple representación mental del acto, que algunos excluyen del estudio sobre la conducta suicida porque consideran que la misma sólo comienza con el intento.
- 5 - el chantaje del suicidio, que acompaña a un intento suicida y del cual se deduce una actitud psicológica que está bien próxima, por su ambigüedad, a la actitud de todo otro suicidio.
- 6 - los equivalentes suicidas, como el rechazo de tratamientos con conocimiento de riesgo, ciertas toxicomanías en el curso de las cuales el sujeto está advertido y consciente de su de-

cadencia progresiva y todas las conductas riesgosas elegidas sin obligación con conciencia del peligro corrido; tal como se las halla especialmente en ciertos adolescentes (parasuicidios).

Particularmente importante es el aporte del psicoanálisis a la teoría del comportamiento suicida, especialmente en cuanto a su conciencia o volitividad. Definido el suicidio para ABADI como una "actuación psicótica; no existe discriminación entre consciencia e inconsciencia del mismo, ya que estos últimos (accidentes mortales, enfermedades graves, de filiación psicógena, etc.) son para el psicoanálisis tan voluntarias como los actos a través de los cuales un sujeto pone fin, de propósito, a su propia vida. La intencionalidad de un acto es independiente de su toma de consciencia por parte del sujeto. Si bien el carácter de inconsciente de una tendencia suicida tiene particular importancia desde múltiples enfoques y especialmente desde el punto de vista de su mayor condición patógena, no tiene relación directa con la fantasía subyacente. La distinción entre suicidios conscientes e inconscientes, por lo tanto, tiene valor más para la descripción fenomenológica de la personalidad del suicida que para la dilucidación de la motivación de su acto ¹

Esta teoría también desestima la distinción entre intento y suicidio, ya que en la fantasía del paciente el suicidio deseado, imaginado o frustrado tiene las mismas connotaciones y psicodinamismos que el suicidio realizado y logrado; siendo así las fantasías del suicidio y las eventuales tentativas inconscientes y fallidas de realizarlo, no privativas del suicida sino comunes

a todo ser humano.

El psicoanálisis introdujo pues, en oposición a trabajos clásicos como los de SUMMA y POLDINGER, que no hay diferencia en cuanto al planteo biopsicosocial entre suicidio plenamente realizado, fallido, imaginado, o incluso simulado.

La suma de todos estos aportes permitió, a lo largo del tiempo, sistematizar en alguna medida las motivaciones de las que la auto-agresión no es más que el emergente:

- 1-- Miedo insoportable, especialmente la angustia ligada a lo precedero de la vida y paradójicamente a lo ineludible de la muerte.
- 2 - Necesidades frustradas con fantasía de retorno al seno materno, menos expuesto a frustraciones y persecuciones.
- 3 - Resolver problemas a través de la negación o represión de la realidad externa e interna.
- 4 - ambivalencia
- 5 - Una suerte de comunicación para anular la soledad
- 6 - Salida o escape de la realidad perseguidora o frustrante a través de la estrecha visión de un callejón sin salida.
- 7 - Idea de omnipotencia al disponer de su vida y de su muerte
- 8 - Burla o venganza hacia la sociedad
- 9 - Fantasía de adquirir un bien mayor
- 10- Paroxismo masoquista
- 11- Eliminación de lo consciente con expiación de toda culpa con promesa de renacimiento.
- 12- Una defensa mágica ante la persecución; un homicidio contra un objeto perseguidor internalizado.

Asimismo debemos señalar las consideraciones sociológicas que han aportado estos últimos años. Debemos recordar que a fin del siglo XIX, DURKHEIM propuso la hipótesis de que la conducta suicida podría explicarse en virtud de criterios sociológicos, fundando dicha hipótesis sobre pilares tales como la frecuencia significativa de las situaciones de desamparo social y de empobrecimiento vital. De allí en más diversos estudios, que analizaremos más detalladamente por razones metodológicas en cada capítulo, han descripto los condicionamientos sociológicos involucrados. El crecimiento progresivo de los grandes conglomerados humanos ha aumentado la tasa de suicidios y ya se pueden describir factores de riesgo definidos, así:

- 1 - Hay claros signos de que existe mayor número de suicidios en las ciudades, especialmente en las grandes ciudades, en relación con el campo.
- 2 - Llama la atención la tendencia creciente de suicidios femeninos, que es interpretado por algunos autores como debido a tres factores fundamentales: la secularización, la emancipación y la urbanización. No obstante se puede concluir aún hoy, afirmando que los hombres tienen una mayor tasa de suicidios en relación a las mujeres .
- 3 - Muchos estudios, sobretodo recientes, nos hacen advertir el crecimiento progresivo de los suicidios entre los jóvenes y la alta proporción observada entre los estudiantes, llegando a tener, en algunas regiones, características verdaderamente alarmantes .
- 4 - Sin embargo, pese a estas últimas consideraciones, aún puede afirmarse que los adultos se suicidan con más frecuencia que los

jóvenes. La evidencia es también clara si dividimos la población entre las personas por debajo de los 60 años y por encima de esa edad. Los de mayor edad tienen una tasa de suicidio en general superior a los de menor edad.

5 - Es llamativo en algunos estudios la mayor frecuencia de suicidios entre profesionales, especialmente médicos y odontólogos, en relación con los obreros.

6 - Otro hecho significativo es la mayor tasa de suicidio entre los divorciados, separados y viudos en relación con los casados; lo mismo que es superior entre los que viven solos (como los extranjeros) que los que lo hacen acompañados.

7 - en algunos países con mezcla de población blanca y negra como EEUU el índice de suicidios parecería ser mayor en la población blanca.

8 - no son, en cambio, muy coincidentes los estudios que afirman que el suicidio es menor entre los católicos que entre los protestantes, y que los judíos se suicidan, en general, menos aún que los católicos.

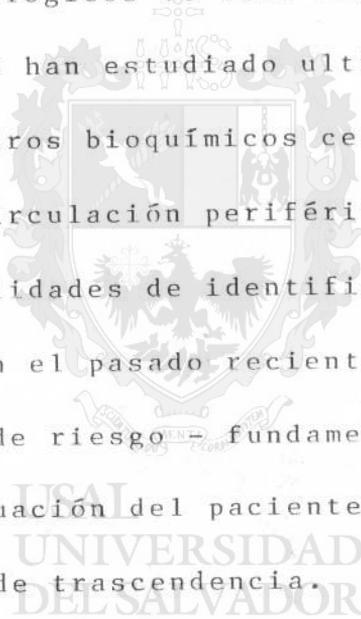
A pesar de estos progresos no parece que el suicidio sea una simple variable susceptible de correlación directa con ninguna otra característica aislada de la vida social o del desarrollo psicológico. Las situaciones de aislamiento, la imposibilidad de atenerse a las normas sociales o de cumplir anhelos personales, y la pérdida de la autoestima son, sin duda, factores importantes, pero ni aisladamente ni en conjunción pueden explicar por completo el problema.

Las explicaciones puramente sociológicas, no tienen en cuenta las tremendas tensiones personales que aparecen como fruto de situa

ciones sociales de desamparo. Por otra parte, las interpretaciones puramente psicológicas tampoco nos permiten una comprensión total de la conducta del suicida.

Para entender de verdad la conducta suicida debemos entenderla en un marco psicosocial, estudiándola en relación con la cultura en que se produce, y como los valores dominantes permiten al suicida darle un sentido a su conducta como solución de sus conflictos personales.

Asimismo la biopsiquiatría se ha interesado en identificar los correlatos neurobiológicos de este fenómeno prioritariamente psicosociológico. Así se han estudiado ultimamente los cambios que se producen en parámetros bioquímicos cerebrales, del líquido cefalorraquídeo y de la circulación periférica. En la última década han crecido las posibilidades de identificar cambios humorales cerebrales en relación con el pasado reciente, tanto como la posible medida de la conducta de riesgo - fundamental para la prevención primaria -, la autoevaluación del paciente, de los aspectos clínicos y otros indicadores de trascendencia.



La impulsividad, la agresividad y la suicidalidad son hoy conceptos necesariamente relacionados ^{174, 175}. La agresión o la agresividad es considerada como un fenómeno psiquiátrico en las amplias fronteras de la evolución. Cuando se aplica este concepto en el problema de la agresión se concluye que ésta es un complejo fenómeno que interviene en diversas funciones en la vida humana y animal. Los etólogos apuntan a que la conducta agresiva sirve para aumentar la probabilidad del acceso hacia los medios, ayuda a realizar o a resolver conflictos con jerarquías interrelacionadas; moviliza energía por una competencia para obtener a la hembra e incrementa las chances de éxito en el cortejo y apareamiento. La implicancia

20

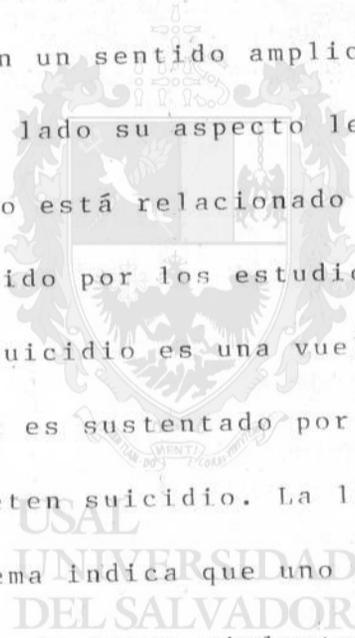
de todas estas funciones de la agresión apuntan a incrementar las posibilidades de supervivencia individual, así como a perpetuarse en futuras generaciones. Es tan fundamental la agresión en la conducta animal que la mayoría de las especies han desarrollado posibilidades de hacer advertir su presencia. Por ejemplo LEYHAUSEN (1956) ha identificado que existen varias posturas agresivas y de miedo usadas por los gatos. Lo que es particularmente interesante, es que estas reacciones de agresividad generalmente van acompañadas de signos de miedo, de manera tal que el estado de un animal es de permanente conflicto. Conductas similares se han identificado en perros (LORENZ, 1952), pájaros (MORRIS, 1954) y peces (HINDE, 1966).

Asimismo, los estudios neurofisiológicos desarrollados durante varias décadas, han establecido la existencia de un área cerebral que serviría para organizar estructuras de conductas agresivas; estas incluyen el hipotálamo cerebral, la parte anterior y central del septum (ADAMS, 1979); (BRAIN, 1984); (BLANCHARD Y BLANCHARD, 1984 y KLING, 1986). Estudios recientes han también demostrado la existencia de sistema de neurotransmisión que están involucrados en la expresión de la agresión (RALEIGH y MC GUIRE, 1980). Estos incluyen a la norepinefrina y los sistemas dopaminérgicos (RALEIGH y MC GUIRE, 1980; KLING, 1986).

Finalmente la literatura reciente en genética del comportamiento ha revelado que casi todas las características emocionales son hereditarias; la agresividad así lo ha demostrado en ratones y perros (FULLER, 1986), y estudios humanos de personalidad y comportamiento también han indicado un significativo componente genético en las conductas de acierto, extroversión y dominio (LOEHLIN,

HORN y WILLERMAN, 1981; LOEHLIN y NICHOLS, 1976). Otros estudios que sugieren componentes genéticos en las conductas agresivas fueron publicados por WIMER y WIMER en 1985, GOLDSMITH, 1983 y FULLER y THOMPSON en 1978. Este pequeño racconto sugiere que la conducta agresiva es fundamental tanto en el hombre como en los animales inferiores. Esta evidencia también indica que hay estructuras neurológicas y procesos químicos que están íntimamente ligados con la conducta agresiva, que hay un componente genético como sustrato de estos procesos, y que es por lo tanto evidente porqué la agresión es estudiada en un sentido amplio y desprejuiciado por la psiquiatría dejando de lado su aspecto legal.

Que el suicidio está relacionado con la agresión, es un hecho ya largamente conocido por los estudiosos del tema. Psicoanalistas sostienen que el suicidio es una vuelta de la agresión contra uno mismo, un hecho que es sustentado por varios reportes de la prensa donde asesinos cometen suicidio. La limitada literatura psiquiátrica sobre este tema indica que uno de cada cuatro pacientes con una historia previa de actos violentos cometió un acto suicida en el pasado (SKODAL y KARASU, 1978), (TARDIFF y SWEILLAM, 1980). En un gran grupo psiquiátrico de pacientes internados con diversos diagnósticos, un 40 % tenía antecedentes de actos suicidas, el 42 % relataban conductas violentas en el pasado, mientras el 23% presentaban ambos tipos de conductas (PLUTCHIK, VAN PRAAG y CONTE, 1985). En esta misma investigación un gran número de variables fueron evaluadas como posibles predictores de riesgo suicida. Este último fue medido mediante una escala de autoevaluación que contenía ítems que averiguaban sobre pasados intentos, impulsos o planes ha-



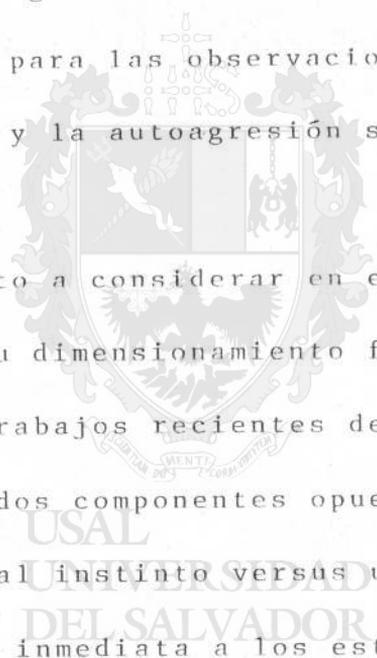
26

cia una autodestrucción, sentimientos de autoabandono, depresión o varias conductas que fueron halladas asociadas con intentos suicidas. Al mismo tiempo una escala para medir riesgo de violencia fue completada por todos los pacientes. Esta escala incluía ítems que interrogaban a los pacientes sobre conductas insociales, uso de armas o tendencia a enojarse fácilmente. Lo más importante de los resultados hallados fue la comprobación que casi todas las treinta variables medidas resultaron ser índices predictores significativos de ambos riesgos a la vez (suicidio y violencia). Se incluyeron variables como depresión, impulsividad, descontrol episódico, total de problemas vitales, conductas ilegales y trastornos menstruales en la mujer. También se halló que los scores de las escalas de riesgo de violencia, estaban moderadamente correlacionados con los scores de la escala de riesgo suicida. Por lo tanto los resultados sugerían fuertemente que hay un vínculo muy estrecho entre riesgo suicida y de violencia en muchos pacientes psiquiátricos carentes de diagnóstico. Además, de este vínculo se han descrito otras asociaciones, tales como con los parámetros de noradrenalina, serotonina y dopamina a través de su relación con la agresión. La correlación entre estas monoaminas y la agresión fue estimulada por los estudios de las drogas antidepresivas de primera generación que aumentarían la disponibilidad de la serotonina y de la noradrenalina en ciertos receptores.

Los antidepresivos de segunda generación parece que actúan aumentando la síntesis central de serotonina (VAN PRAAG, 1986). Sumándose a estas evidencias de la interrelación entre suicidio y agresión algunos estudios han demostrado la relación entre bajos

22

niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo con actos violentos. Por ejemplo bajos niveles de 5-HIAA pudieran estar relacionados con intentos suicidas de particular violencia y con personas que cometieron crímenes violentos y aberrantes (VAN PRAAG, 1984). La baja actividad de serotonina ha sido relacionada con la agresión en animales (VALZELLI, 1981). Estos hallazgos sostienen la hipótesis que disturbios en el metabolismo central de la serotonina están ligados con disturbios en la regulación de la agresión, sin tener en cuenta si es auto o heteroagresión. Estas hipótesis podrían determinar una base biológica para las observaciones clínicas que plantean que la agresividad y la autoagresión son parte de un mismo comportamiento.



El último punto a considerar en esta revisión previa es el de la impulsividad. Su dimensionamiento fue ignorado por los psicólogos; por ejemplo trabajos recientes de LORR y WUNDERLICH (1985) concluyen que hay dos componentes opuestos en la impulsividad; uno es la resistencia al instinto versus una entrega al intento, y el otro una respuesta inmediata a los estímulos versus un planeamiento previo a hacer en un momento cualquiera. Estudios genéticos comparando mellizos mono y heterocigotas, estudios cruzados y otros métodos han demostrado una base hereditaria a las conductas impulsivas.

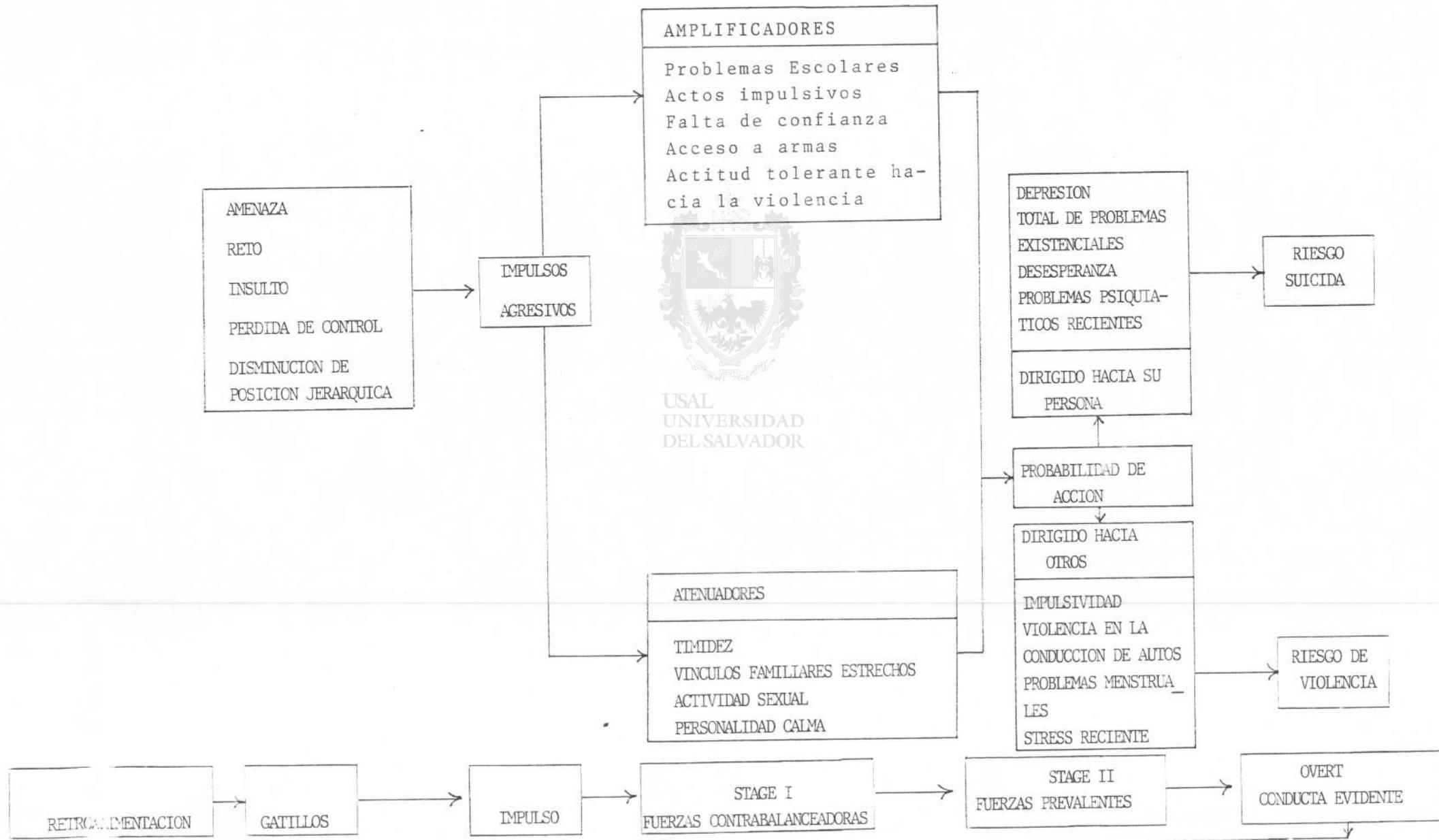
En un interesante modelo neurofarmacológico, KING describe el umbral de respuesta hacia ciertos estímulos, enlenteciendo el comienzo de la acción. Existiría una diferencia genética en el número de células mesolímbicas así como en la extensión de la liberación de la dopamina en el sistema límbico. El mismo autor uso es-

te modelo para postular que dicha acción sería la base de la impulsividad versus autocontrol. Haciendo una revisión de la literatura sobre el rol de la serotonina se puede presentar la hipótesis que hay dos sistemas generales de conducta; 1) el facilitador (BFs) y 2) el inhibidor, que están en constante interacción. Para el primero, neurobiológicamente, la integración se haría a través de las vías dopaminérgicas mesolímbicas, para el segundo, se haría en el sistema septal del hipocampo. Bajos niveles de serotonina estarían relacionados con aumentos en la conducta BFs (sexual, social y agresividad) mientras altos niveles tenderían a inhibir dichas actividades. Podría esto proveer una explicación parcial a las conductas borderline que están caracterizadas por impulsividad, humor inestable, distimia, frecuentes y desmedidos enojos y disturbios en el ego. 35, 36, 37, 46, 134, 174.

En suma que a los factores psicológicos y sociales antes descritos tenemos que sumar actualmente otros genéticos y bioquímicos que interactúan y aun sirven de sustrato a aquellos, produciendo un suprasistema que puede sintetizarse, para los fines de nuestro estudio, en las figuras A y B. En ellas se advierte claramente la relación unívoca que ata la impulsividad, la agresividad y la auto-agresión, así como se involucran varias ciencias en cualquier investigación que se emprenda sobre estos fenómenos. El presente trabajo interdisciplinario trata justamente de tomar en cuenta estas premisas a través de un enfoque multicausal, para describir un problema de tanta trascendencia sanitaria, basando sus indicadores en el marco conceptual definido suficientemente en este capítulo.

FIGURA A

MODELO RELACIONAL ENTRE SUICIDIO Y VIOLENCIA



CRISIS EXISTENCIAL	EMOCIONES	PROCESOS CONDUCTALES	BALANCE	NEUROFISIOLOGIA	NEUROANATOMIA	PSICOFISIOLOGIA	NEUROQUIMICA	
JERARQUIA	ENOJO	IR HACIA	+	COMENZAR EL PROCESO	APETITO	Hipotálamo lateral + Ganglios basales	Desaceleración del pulso, potenciales evocados negativos	Dopaminerg.+Colinérgicas.
	MIEDO	RETIRARSE	-					
TERRITORIALIDAD	ANTICIPACION	ABRIR FRONTERAS	+	ACTIVACION TONICA	ESFUERZO	Hipocampo	Aceleración del pulso	ACTH,et
	SORPRESA	CERRAR FRONTERAS	-	TERMINAR EL PROCESO				
IDENTIDAD	ACEPTACION	ACEPTAR	+	FASE DE PAUSA	SACIEDAD	Hipotálamo medio+Amígdala	GSR, Potencial evocado positivo	norad+serot.
	RECHAZO	DESPEDIR	-					
TEMPORALIDAD	ALEGRIA	GANAR	+					
	TRISTEZA	PERDER	-					

MUTCHNIK Y PRIBRAM, 1981 Modif. - ESQUEMA TEORICO DE INTERACCION DE LOS SISTEMAS EMOCIONALES

FIGURA B

CAPITULO II

SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS JOVENES



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

- SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS JOVENES

El término "adolescencia" deriva del latín "adolescere" que significa crecer hacia la madurez. Se la define como un estado del desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Todo esto ocurre en un período de rápidos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales. Mientras que el comienzo de la adolescencia se considera marcado por la aparición de caracteres sexuales secundarios, del comienzo de la pubertad, el fin de la misma es poco claro y varía enormemente de cultura a cultura. El reconocimiento de este grupo de gente joven con ciertas características identificables ha aumentado durante este siglo y está sujeto a factores socioeconómicos bien determinados. Con el avance tecnológico, mejora del standard de vida y prolongación de la educación, la adolescencia está siendo aceptada como un período importante de la vida en todos los países ¹¹

A pesar de que no hay un rango de edad que represente al período de la adolescencia, el elegido por la OMS es el de 10-19 años, mereciendo sus considerandos un crédito considerable. Generalmente este rango comprende el período de la pubertad hasta la llamada "mayoría de edad" y el fin de los estudios secundarios, siendo coincidente con las estadísticas poblacionales más usadas y por ende muy útil para los diversos planes de salud ¹²

El período subsiguiente -virtual prolongación del mismo- es el llamado de los "jóvenes adultos" . Se prolonga hasta los 29 años

de edad y posee en occidente similares características con el anterior. Tal es así que FRANK ³¹ expresa que en general no se tiene suficientemente en cuenta que los tipos adultos de pensamiento lógico no se establecen bien sino desde el comienzo de la segunda década de la vida, en cuyo tiempo el pensamiento asociativo de la infancia ha progresado hasta tipos conceptuales de pensamiento general. Es por ello que el comienzo de la adolescencia y la adultez pueden ser distintos para diferentes individuos.

Si identificáramos las patologías prevalentes observaríamos que la mortalidad de los adolescentes es relativamente baja en relación a la del primer año de vida o en la vida adulta. Sin embargo en las últimas décadas hubo significativos cambios en las patentes de mortalidad en la juventud; las infecciones dejaron de jugar un rol significativo, cediendo su lugar al incremento de los accidentes de tránsito y las autoagresiones. En casi todos los países desarrollados los accidentes, los envenenamientos autoprovocados y la violencia constituyen hoy la mayor causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes adultos, según lo demuestra el cuadro siguiente que explicita los componentes del exceso de mortalidad en los varones entre 15-24 años (OMS) (FIGURA C)

Le siguen los tumores, las enfermedades de sistema, las noxas del sistema nervioso, circulatorio, respiratorio y las anomalías congénitas.

En estos momentos la mortalidad masculina durante la adolescencia es tres veces superior a la femenina, fenómeno que no existía al comienzo de la centuria. Esta situación es perfectamente