

## SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

Comité de Salud Mental. Dra. Beatriz Bakalarz - Comité de Adolescencia. Dra. Rosa Pappolla.

## SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Introducción

*El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (1976) como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la Intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*

El suicidio de los niños y de los adolescentes es una *tragedia* que afecta no sólo al individuo, sino a la *familia, a los padres, y a la comunidad* en la cual vivió el joven.

Es considerado a menudo como un *fracaso personal* por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan - *muchas veces infundadamente* - a sí mismos el no haber percibido *las señales de alerta*.

También es visto como un *fracaso* por la *comunidad*, pues actúa como señal vívida de que *la sociedad moderna*, a menudo, no procura un entorno sano, nutritivo, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse.

*La frecuencia del suicidio infanto-juvenil se ha acrecentado, pero también los medios para prevenirlo adecuadamente.*

En la adolescencia pueden existir diferentes situaciones en respuesta o reacción a la crisis vital de este grupo etario, que van desde cortes, autolesiones, ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidios. Su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal de los síntomas. Nunca se deben minimizar las conductas autolesivas, pues nos hablan de un malestar o un padecer en los individuos, donde la intervención oportuna previene comportamientos de riesgo a futuro.

Los factores que pueden acompañar a la intención suicida son variados, entre ellos vínculos familiares inestables (peleas o incomunicación), pérdida de un ser querido, depresión, abuso sexual, físico o psicológico (Bullying), aislamiento social, sentimientos de soledad y de fracaso.

La mejor forma de detectar si un joven tiene ideación suicida es *preguntándosele*; ya que hablar del suicidio no activa "la idea de suicidio", sino que por el contrario permite a los jóvenes hablar y expresar libremente sentimientos de ambivalencia y tensión que los pueden estar atravesando, es decir el verdadero riesgo está en mantenerlos ocultos y no en hablar de ellos. Para lograr que el adolescente cuente estas situaciones se requiere de un lenguaje sencillo y claro adoptando siempre una actitud de respeto, confianza e imparcialidad que garantice la confidencialidad.

Se promueve la atención en servicios de salud "amigables" privilegiando la escucha y no la intervención desde la sanción moral. Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendido y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y la legislación vigente. *Privilegiando siempre el trabajo intersectorial, el asesoramiento familiar y el acompañamiento y consentimiento del joven.*

## Desarrollo

- En las semanas previas el joven puede presentar *signos depresivos*: retraimiento, cambios en el humor, con incomunicación y pérdida de la seguridad en sí mismo y de la autoestima, disminución del rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa, llantos repentinos, pérdida del apetito, disminución de sus actividades, por ejemplo las deportivas
- Realizar el acto suicida puede ser el resultado de haberlo *pensado en forma prolongada, con premeditación reflexivamente* u otras veces, ocurre como una reacción rápida, *impulsiva, como un “corto-circuito”*, en un agudo marco emocional, sin poderlo sopesarlo serenamente y se realiza en un momento de disminución del grado de conciencia, frecuentemente inducida y/o facilitada por acción del alcohol o las drogas.

### 1-FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

***Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.***

***Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.***

***Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.***

***Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.***

***Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.***

***Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos.***

***Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.***

***Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.***

***Dificultades para demostrar afectos.***

***Identificación e idealización de figuras - íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto.***

***Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.***

Pensamos que existen síntomas somáticos de problemas psíquicos, ya que con respecto a la población general de la misma edad, estos adolescentes tienen mayores problemas de salud que pueden ser:.

- *fatiga,*
- *dolores de cabeza o dolores abdominales no específicos,*

- *pesadillas, etc.,*
  - *patologías crónicas (asma, insuficiencia renal, etc.),*
  - *consumo de tóxicos (no sólo drogas ilegales, sino también tabaco, alcohol, psicofármacos prescritos o automedicación).*
- *Factores sociales*
    - *Se observa un porcentaje elevado de adolescentes inmigrantes*
    - *Este dato incita a especular con diversas explicaciones: una de las más clásicas destaca como causas una desculturización brusca y un cambio repentino de los valores sociales, «hay anomia cuando la persona no es relaciones sociales y de la estructura social*

## **2-RASGOS DE PERSONALIDAD QUE AUMENTAN**

### **EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES:**

- ***Inestabilidad del ánimo.***
- ***Conducta agresiva..***
- ***Elevada impulsividad.***
- ***Rigidez de pensamiento.***
- ***Dificultad para resolver problemas.***
- ***Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.***
- ***Sentimientos de frustración.***
- ***Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.***
- ***Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.***
- ***Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas***
- ***Vaga identificación de genero y orientación sexual deficiente.***
- ***Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.***
- ***Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.***
- ***Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.***
- ***Falta de la capacidad de autocrítica.***

### 3-FACTORES DESENCADENANTES

- *Divorcio de los padres.*
- *Muerte de seres queridos.*
- *Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine: el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.*
- *Problemas escolares, por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.*
- *Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa sea en público o en privado.,*
- *A partir de los 6 años, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluido él, tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio.*
- *Los factores de riesgo suicida detectados en el medio familiar. los niños que tienen actitudes suicidas provienen de un medio familiar con progenitores con alteraciones mentales o trastornos tales como alcoholismo, adicciones, psicosis, o trastornos severos de la personalidad o del estado de ánimo. En estos casos la falta de cuidado, la transmisión de desesperanza, el pesimismo y la falta de motivación favorecen al peligro suicida.*
- *Otros factores de riesgo suicida de importancia en la niñez son la presencia de conductas suicidas en alguno de sus padres y las alteraciones en las relaciones entre los progenitores y sus hijos, especialmente cuando existe maltrato infantil y abuso sexual, físico o psicológico.*
- *La violencia contra los niños en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpece el desarrollo de la personalidad, y que contribuye a la aparición de desesperanza y/o a la realización de actos suicidas.*

### CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

*de gran relevancia:*

**El fracaso escolar:** representa un claro factor de riesgo. Numerosos adolescentes suicidas no han sobrepasado el nivel de enseñanza primaria.

Por otra parte, la proporción de adolescentes jóvenes que trabajan es mucho más elevada en la población suicida (50%) que en el conjunto global de adolescentes (29%).

El inicio de un empleo en este caso refleja casi siempre un fracaso y la posterior interrupción de los estudios.

La repetición de cursos también se detecta con más frecuencia entre los chicos suicidas.

**El parámetro sexo** desempeña un papel esencial.

Los estudios refieren una clara diferencia en cuanto al **perfil de riesgo y el índice de gravedad:**

- el grupo de varones suicidas presenta un perfil de mayor riesgo que el grupo de mujeres suicidas.
- En los varones se observa más a menudo el **fracaso escolar** que en las mujeres y su adaptación social es peor.
- En cuanto a las **ideas depresivas, los trastornos psicossomáticos y el consumo de tóxicos**, los chicos suicidas presentan un perfil totalmente diferente del resto de individuos de su edad, mientras que esta diferencia es menor en el caso de las chicas

## **ACUMULACIÓN DE ACONTECIMIENTOS VITALES**

Todas las encuestas muestran la **gran sensibilidad** de los adolescentes suicidas con respecto a los acontecimientos vitales y **una mayor frecuencia acumulación** de éstos en los **antecedentes de los adolescentes suicidas.**

Los **ACONTECIMIENTOS VITALES** que se suelen detectar con más frecuencia son:

- una mudanza,
- la partida de un miembro de la familia (no sólo de un padre, sino a veces de uno de los hermanos),
- la muerte de un ser querido,
- cambios de colegio,
- rupturas sentimentales o del grupo de amigos, • modificaciones en la vida familiar (paro, jubilación, enfermedad parental, etc.)

**El adolescente suicida tiene como especial en relación a los adolescentes en general que han soportado durante la infancia, abusos sexuales y físicos, inestabilidad social, mudanzas y fracasos escolares**

**Durante las semanas que preceden al gesto suicida** es frecuente que el adolescente acuda una o dos veces a la consulta del médico de familia.

.Expone quejas físicas triviales (fatiga, dolores, etc.), malestar general, y no expresa necesariamente ideas suicidas a menos de que se le interrogue de manera directa al respecto.

A muchos se les prescriben fármacos como respuesta a estas quejas triviales o a las molestias difusas, y no es raro que este fármaco sea el que se use después para el intento de suicidio.

Si realizamos un interrogatorio mas profundo y detallado se puede encontrar

*sintomatología depresiva, con una disminución e incluso un descenso en picada del rendimiento escolar, un repliegue en sí mismo,• trastornos de sueño, o una reiterada tendencia a los accidentes.*

■ Una pregunta directa realizada en un ambiente empático sobre ideas de autoagresión o suicidio puede revelar al clínico la realidad del sufrimiento depresivo :

«¿has pensado ya alguna vez, o piensas hacerte daño?»

■ si la respuesta es afirmativa:

■«¿desde cuándo?, ¿con qué frecuencia?»

■ si la respuesta vuelve a ser afirmativa:

■ «¿se trata de pensamientos suicidas?,

■ ¿has pensado ya en cómo llevarlo a cabo?»,

■ Lo cierto es que una vez manifestada esta voluntad,

■ la tarea clínica no ha hecho más que comenzar...

■ Puede ocurrir que el médico, en plena consulta general y con la sala de espera abarrotada, no disponga del tiempo necesario para continuar de inmediato esta exploración, pero siempre le resultará posible:

■a) reconocer con rapidez el malestar específico y comunicárselo al adolescente;

■b) decirle la verdad, es decir, que ese mismo día no dispone del tiempo suficiente para evaluar correctamente todos los problemas, y c) que desea verlo nuevamente lo mas rápido posibles para poder conversar más a fondo.

*La experiencia clínica demuestra que la clara exposición de la realidad y la sinceridad demostrada al adolescente le posibilita a éste la espera, el regreso a la consulta y confiarse a su médico con la sensación de ser escuchado e incluso comprendido.*

■ Durante los días o las horas que preceden al intento de suicidio se suele percibir un crecimiento de la angustia:

■ el adolescente exterioriza el temor a «no poder soportarlo», a desmoronarse.

*Al no poder resolver este aumento de tensión mediante métodos de carácter simbólico o mentalizado, hablar de lo que le sucede, llorar, ser escuchado por sus seres queridos, llevará a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.*

**SEÑALES INDIRECTAS Y PREDICTORAS  
DE LA CONDUCTA SUICIDA**

- *Cambios en los hábitos de dormir y de comer.*
- *Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.*
- *Comportamientos rebeldes, actitudes violentas*
- *Escaparse de la casa ( actuaciones o acting outs).*
- *Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.*
- *Cambios pronunciados en su personalidad.*
- *Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse,*
- *Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.*
- *Quejas somáticas frecuentes.*
- *Pérdida de interés en cosas que antes les parecían divertidas.*
- *Tendencia a la queja permanente.*
- *Apatía exacerbada, indiferencia.*
- *Desinterés por el orden y la limpieza, y por objetos por los cuales antes se veían entusiasmados.*
- *Donación de objetos estimados.*

**-LAS SEÑALES DIRECTAS son:**

- **Ideación suicida concreta y pensamientos de muerte.**
- **Comunicaciones escritas o verbales que describen intencionalidad y a veces el plan suicida.**

**La PRESENCIA DE ESTOS INDICIOS,**

- **sobre todo en un adolescente con antecedentes suicidas,**
- **que ha sufrido pérdidas (mudanza, partida de un amigo, duelo) o**
- **rupturas en el entorno (conflictos de separación de los padres, Ruptura sentimental, etc.),**
- **hará sospechar un nuevo paso al acto y**
- **debería incitar al médico a...**

**TOMAR MEDIDAS CONCRETAS para proteger al adolescente:**

- **consultas más frecuentes,**
- **reorganización momentánea del entorno de vida,**

**Quitar del entorno inmediato todo tipo de elemento que pueda ser utilizado para quitarse la vida como armas de fuego, drogas de todo tipo, cuerdas, cinturones, etc.**

- **hospitalización o acogida en un hogar que pueda cuidarlo mas efectivamente**

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación traumática inicia una crisis que potencialmente puede desencadenar una tentativa de suicidio, es necesario actuar con rapidez, y asumir una postura muy directiva, para salvar su riesgo de vida y evitar cualquier otro tipo de conducta que desencadene una auto-agresión.



## SÍNDROME DE LA «SEUDOCURACIÓN»

- *Durante los primeros días, a veces incluso ya durante las primeras horas después de un intento de suicidio, se percibe un relajamiento de las tensiones anteriores que incluye tanto una disminución del sentimiento de rabia interna del adolescente como un descenso de las tensiones intrafamiliares.*
  - *Este relajamiento momentáneo, que podría compararse con un efecto de catarsis, **dificulta la concienciación del suicida.***
  - *El adolescente critica su gesto y trivializa las dificultades que le han conducido a este extremo y que **parecen haber desaparecido como por arte de magia.***
  - *La familia más próxima, en especial los padres, se encuentran al lado del adolescente, los conflictos quedan totalmente olvidados por el momento.*
  - *El adolescente, aliviado por haber sobrevivido y objeto de numerosas atenciones por parte del entorno, tiende a rechazar toda ayuda propuesta, juzgándola innecesaria, mientras que...*
  - ***los padres, presa de sentimientos contradictorios en los que se entremezclan tristeza, culpabilidad, preocupación, pero a veces también una cierta hostilidad, suelen mostrar su acuerdo con el adolescente a este respecto.***
  - *Se observa una relativa relajación sintomática: el adolescente parece más tranquilo, más optimista y muestra una importante tendencia a negar la existencia de cualquier malestar psíquico.*
  - *Los padres se movilizan y conceden ahora al adolescente lo que le habían denegado antes*
  - ***Este acercamiento a los padres, que ofrece una seguridad momentánea, le resultará pronto difícil de soportar,***
  - *ya que el gesto llevado a cabo demuestra precisamente la dificultad de desligarse,*
  - *sobre todo si no se ha producido ningún cambio en las interacciones familiares.*
- 
- ***Ese beneficio inmediato puede provocar una agudización del comportamiento suicida y favorecer las recidivas.***

### FACTORES PROTECTORES FRENTE AL SUICIDIO

*Tener niños en casa*

- *Sentido de responsabilidad familiar*
- *Embarazo*
- *Religiosidad*
- *Satisfacción vital*
- *Capacidad para aceptar la realidad*
- *Estrategias de afrontamiento positivas*
- *Estrategias de resolución de problemas positivas*
- *Apoyo social positivo*
- *Relación terapéutica positiva*

■ **Ante un gesto suicida, la primera acción o actitud terapéutica preventiva que debe tener en cuenta cualquier individuo implicado, ya pertenezca al ámbito médico como al social o psicológico, consiste en estar convencido de que un intento de suicidio del adolescente es un acto potencialmente grave, al que de ningún modo hay que restarle importancia en un principio.**

Un elemento muy importante a tener en cuenta que el contacto humano, terapéutico, familiar, de amigos es fundamental para acercarse nuevamente a la vida del adolescente en riesgo.

■ **La segunda actitud que hay que tener en cuenta en la terapia tiene como objetivo esencial calmar, contener y proteger.**

**Calmar** significa que el entrevistador de urgencias no debe reaccionar nunca mediante contraactitudes, en las que su propia subjetividad sobrepasa la valoración objetiva de la situación, que no debe formular un «pronóstico» inmediato antes de haber realizado una evaluación detallada y argumentada (ya se trate de un pronóstico tranquilizador: «**no es nada...**», o por el contrario de un pronóstico ya de entrada alarmista, como se observa en algunas ocasiones: «**atención, esto es muy grave, se va a reproducir...**»).

**Contener** significa ofrecer tanta seguridad como sea posible, que se respeten los límites interindividuales intrafamiliares, asegurar que la excitación del sujeto no va a destruirlo, que hay otros medios que el gesto suicida para intentar evacuar una excitación desbordante; sin duda, este aprendizaje exige un mínimo de tiempo y está basado en gran parte en la calidad del cuadro terapéutico inicial. **Proteger obliga al profesional a imponer límites**, tanto físicos como psicológicos, tanto al adolescente como a sus padres, de cara a un acto cuya significación psicopatológica le resulta difícil vislumbrar en un primer momento, así como prever las consecuencias concretas

## BIBLIOGRAFIA

-Basile, Héctor. El Suicidio en el Adolescente, Su prevención Psicosocial. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino, Año 72, número 5, 1997.

-Basile, Héctor. El Suicidio en el Adolescente, Estadísticas Argentinas. Conceptos Universidad del Museo Social Argentino, Año 73, número 2, 1998.

- Basile, Héctor .Terapia de Intervención en Red, en Grupos en Riesgo Psicosocial. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino. Año 72, N° 3, 1997.

-Casullo, María M., Riesgo Suicida en Estudiantes Universitarios. Desarrollos en Psiquiatría Argentina. Año 2, N° 4.

Girard Gustavo, "Comportamiento Suicida en niños, niñas y adolescentes", *Programa Nacional de Actualización Pediátrica Pronap 2011* módulo 3 año 2011 pag 47 : 71.

Guías MSSAL. <http://www.msal.gov.ar/index.php/mapa-del-sitio/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>