

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

AUTORA: DRA ANDREA BARBERIS

RESUMEN

Se realiza el presente trabajo a fin de poder entender que dadas las características evolutivas de la adolescencia, esa etapa de la vida se presenta como mas vulnerable a alteraciones en el estado de animo, con el consiguiente aumento en las tasa de suicidio, comparativamente mayor que en otras etapas de la vida, También se intenta describir la sicopatología mas predominante en esta etapa y por ultimo observar las características socioculturales de la actualidad hacen de un medio poco contenedor del adolescente y por lo tanto favorecedor del suicidio. Por otro lado es cierto que en la actualidad se cuenta con un mayor conocimiento y recursos para evitarlo, trabajando en forma responsable, llevando acciones a distintas áreas de abordaje, (salud, escolar, familiar, etc) se lograra constituir las redes necesarias para disminuir las cifras de suicidio en la adolescencia.

Palabras claves

Adolescencia- trastornos psicopatológicos- suicidio- familia

We carried out this work in order to be able to understand that given the changing characteristics of adolescence, that stage of life is presented as more vulnerable to changes in mood, with a consequent increase in the suicide rate, comparatively higher than at other stages of life, also attempts to describe the psychopathology more prevalent at this stage, and finally to observe the socio cultural characteristics of today make little container half of the adolescent and therefore conducive to suicide. On the other hand it is true that currently there is a greater knowledge and resources to prevent it, working in a responsible manner, taking actions to different areas of abodaje, (health, school, family, etc.) is achieved constitute the networks necessary to diminish cifrasde the suicide during adolescence.

Key words:

Adolescence-mental-suicide-family

SUICIDIO Y ADOLESCENCIA

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Antes, los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, por enfermedades congénitas en su mayoría, mientras que ahora es más probable que mueran de causas previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo.

. Consideraciones Generales

Creemos conveniente partir del significado de la palabra suicidio. Deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, de matar, lo que sería “matarse a sí mismo”.

Para Durkheim, se trata de todo caso de muerte mediante una acción, producida por la víctima misma y ante la cual

Tiene absoluta conciencia del resultado a producirse.

Dentro de las etapas de crecimiento y desarrollo del ser humano la adolescencia es una de las más dolorosas, ya que pasa por numerosos cambios que le producen un cuantun importante de ansiedad y depresión, esta última se deviene en forma de crisis ya que plantea el problema existencial del individuo pudiendo desencadenar con mayor frecuencia que en otras etapas el suicidio, debiendo distinguir a aquel adolescente que solo tiene la idea de muerte de aquel que consuma el suicidio.

En esta etapa de muchos cambios físicos y psíquicos, desarrollándose los mismos a gran velocidad, no permitiendo al niño – adolescentes asentarse en su nueva imagen que deviene rápidamente otra. De esta forma se genera una suerte de descontrol del sí mismo (físico-psíquico) al no haber reconocido como propios los cambios acaecidos, Esto puede originar que el adolescente sienta su cuerpo como ajeno a sí, en esta lucha por su control muchas veces al no lograrlo siente inseguridad que desestabiliza aun más el cuadro, entiendo así como el adolescente entonces canaliza sus tendencias agresivas propias de la edad en su propio cuerpo pero que no ve como propio.

Resumiendo:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.
- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:
 - Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
 - Necesidad de independencia.
 - Tendencia grupal.
 - Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
 - Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
 - Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
 - Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
 - Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
 - Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

El adolescente vivencias cambios físicos y cambios en el orden de lo psíquico, uno de estos es el dejar de ser niño, esto en alguna instancia conlleva dejar de lado todo aquello que me proveía seguridad, amor, paz (padres infantiles) para

salir en busca de nuevas figuras que provean esto. Hasta que esto se logra transcurre un intermedio que se vivencia como un duelo la muerte – de la niñez. Podríamos resumir según Aberasturi se elaborarían tres duelos básicos Duelo por dejar el cuerpo anterior (infantil), Duelo por los cambios psíquicos que le proveen de una nueva identidad, y por consiguiente un nuevo rol, y por ultimo el duelo por los padres que nos proveían confort y seguridad en la niñez para pasar a una nueva imagen de ellos básicamente cuestionada en esta etapa.

. Se plantea entonces el problema de la depresión como vivencia existencial y como el estado predominante, una verdadera crisis de la adolescencia. El adolescente presenta un alto grado de estrés, dudas sobre si mismo, dudas sobre su capacidad, en la actualidad una presión muy grande por alcanzar el éxito. Por lo comentado la manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo buscando una solución.

Si un adolescente se suicida de alguna manera estaría poniendo en evidencia la falta de un entorno sano y contenedor. Esto de alguna manera hablaría como una flecha descendiente el fracaso en la comunidad, colegio (maestros), amigos, padres, etc. Nos hablaría de la falta de una red social que a este adolescente le haya servido de sostén frente a su propia inestabilidad. De esta manera se cuestionaría los sistemas (familiares y sociales) en los que vivimos por eso en general es un tema “no hablado”.

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto para el mismo y cómo puede prevenirse.

Sería muy simplista la visión del suicidio en el adolescente centrarlo exclusivamente en la crisis del desarrollo y el medio no contenedor, a esto hay que adosarle una serie de variables (físicos, sociales y psicológicos), la personalidad del individuo, un desacuerdo en la forma en que se vive, sus interrelaciones y como interactúa este conjunto (divorcios, formación de nuevas familias, mudanzas,) con el adolescente, esta va a determinar la consumación del suicidio.

Podemos distinguir distintos tipos de suicidio, tenemos el suicidio llamado submeditado en este caso el adolescente en realidad no es consciente de su intención de morir pero realiza acciones en este sentido (de autodestrucción) por ejemplo la ingestión de alcohol o drogas, la realización de actividades peligrosa como manejar a altas velocidades con alta probabilidad de un accidente fatal, o el suicidio donde la victima dirige un acto contra su propia vida.

Actualmente es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años y la sexta para los niños de 5 a 14 años.

SIGNIFICADOS

- 1- Cuando la vida es percibida como insoportable por que se viven situaciones muy dolorosas o muy estresantes se intenta HUIR de estas produciendo un atentado contra su vida.
- 2- Cuando una persona pierde un elemento importante se produce un DUELO que es vivenciado como insoportable y la persona encuentra como camino hacia la salvación el suicidio.
- 3- Cuando un adolescente siente culpa por una falta real o imaginaria siente que debe auto castigarse el intento suicida se dirige a recibir el CASTIGO.
- 4- Cuando además de quitarse su vida desea sacarle la vida a otra persona CRIMEN.
- 5- Cuando desea generar REMORDIMIENTO en otras personas.
- 6- Para ejercer presión sobre otra persona, o CHANTAJE.
- 7- Cuando se suicida por una CAUSA o para pasar a un estado superior.
- 8- Para probarse a si o a su grupo que es FUERTE.

Diferentes autores nos dan una explicación sobre la conducta suicida. Por ejemplo Kovacs este autor hace referencia sobre el debate interno que presenta el adolescente sobre el deseo de morir y el deseo de vivir, esto es importante a la hora de ayudar al adolescente ya que se cuenta con el deseo interno de vivir.

Otros autores hacen referencia a la impulsividad ya que si nuestro adolescente en cuestión tiene mucha impulsividad que por otro lado es propia del adolescente mayor es la probabilidad de autodestrucción.

Para Hain el acto suicida en el adolescente se produciría por la prolongación de los sentimientos de dolor, decepción y miedo hablando esto de la incapacidad interna que tiene para elaborar y superar los procesos de duelo y pérdida.

Peck encontró una interesante relación entre la preocupación por el fracaso, incapacidad del adolescente en manejar situaciones angustiantes y el suicidio.

. El adolescente suicida, [la familia](#) y el medio

Podemos encuadrar a la conducta suicida en un contexto interaccional .

Por un lado puede ser el resultado de una forma de comunicación al medio sus demandas, sus sentimientos, ruegos hecho de este modo por su incapacidad de expresarlo en palabras entonces actúan sus sentimientos e impulsividad. Entonces vemos que este tipo de suicidio tiene un contenido determinado, un propósito definido y dirigido a un público determinado.

Podemos encuadrar al suicidio como una forma de dirigir las conductas destructivas mediadas por la agresión hacia si mismo o sea hacia adentro. O

bien la agresión dirigida hacia fuera por ejemplo a través de conductas delictivas. Muchas veces se puede explicar esto a través de los sentimientos de rechazo que recibe el adolescente de la familia, esto lo enoja y le provoca sentimientos de agresión el adolescente expresara la misma por distintos medios (verbal- físicos) y de esta manera se caerá en un círculo vicioso, la familia generara una mayor agresión hacia el joven, para cortar esta cadena de agresiones se necesita un verdadero dialogo difícil de establecer dado el desconocimiento adulto en el desencadenamiento de lo anteriormente explicado.

¿Pero qué factores familiares pueden llevar a un joven a desear quitarse la vida?

Luego de la exposición precedente podemos realizar una primera aproximación a los factores intrínsecos que hacen al desencadenamiento de la crisis adolescente. Situados en este contexto con claridad se percibe la incidencia del medio en este adolescente, la posibilidad de que este la brinde o no contención, la posibilidad de que este medio le ayude a incorporar las herramientas necesarias para sortear este tiempo de inestabilidad.

Si nosotros estamos frente a una familia cuyos padres son débiles internamente, y que tiene rasgos depresivos cuando este adolescente experimenta en si estos sentimientos no tiene habilidades adquiridas pues su mismo ambiente no posee las mismas. Esto incrementa sus sentimientos de indefensión. Lo mismo ocurre con las familias impulsivas, que manejan los problemas cotidianos de esta forma, favorecen así al adolescente frente a cualquier situación perturbadora en lugar de adoptar una actitud reflexiva actué impulsivamente con el riesgo que conlleva esto. También resulta inadecuado el entrenamiento recibido para enfrentar la crisis adolescente a las familias que manejan inadecuadamente la impulsividad, haciendo que el adolescente la evite a cualquier instancia.

Estas familias se caracterizan por tener una inadecuada forma de comunicación ya que la comunicación entre los miembros dentro de la familia es errática prohibiendo una comunicación real entre si como tampoco lo permite realizarla hacia el exterior de esta manera el adolescente queda virtualmente aislado esto es característico de los sistemas cerrados. También en estos casos estrechamente se vincula a los padres con adicciones.

Este adolescente dentro de estos grupos familiares son habitualmente los que cargan con las culpas de las desavenencias familiares (chivo expiatorio), se siente así excluido, no querido dentro de su grupo familiar, se sienten en permanente falta no sabiendo como resolver estos conflictos su depresión se hace cada vez mayor, se siente abandonado, sin amor parenteral hasta incluso rechazo en este medio se aísla cada vez mas, favoreciendo así las ideas suicidas.

Es característico de estos grupo una gran dificultad en resolver cuestiones de depresión en los distintos miembros familiares como así también les resulta muy complejo el manejo de la impulsividad, agresión, enojo de esta el modo de relación intrafamiliar suele ser con violencia. Esto hace que el adolescente copie este modo de ser dificultando así el manejo de su propia impulsividad.

PSICODINAMIA:

Resumiendo

-La necesidad de escapar de un dolor psíquico que se le vuelve inmanejable al adolescente. De esta manera el suicidio es visto como un intento de terminar con la conciencia sobre todo de dolor.

-El adolescente se siente rechazado, desamparado, humillado, desesperado, con las necesidades psicológicas de logro, confianza y seguridad frustradas, sintiendo que no tiene opciones de salida ya que no tiene opciones o su depresión tan importante le impide ver las opciones de salida. El suicidio en este marco sería la salida a todo su dolor entendiendo esto en un estado de alineación grave, un impulso de odio a sí mismo puede desencadenarlo.

Dentro de este grave contexto nosotros sabemos que en el adolescente aun con la conciencia nublada en él se juegan luchas internas entre el deseo de morir- vivir. Esto hará que el adolescente de señales (verbales- no verbales) que busca ayuda, es tarea de los adultos aprender a conocer las mismas para poder recurrir de esta manera a profesionales especializados que puedan guiar a este adolescente-familia-red social para evitarlo.

SUICIDIO SEGÚN SEXO, EDAD, Y OTRAS VARIABLES

Es notable el aumento del índice de suicidios en menores de 14 a

En un estudio retrospectivo de admisiones a una sala de emergencias de un hospital pediátrico durante un periodo de 7 años, los investigadores identificaron a 505 niños y adolescentes que habían intentado suicidarse (Garfinkel, Froese y Hood, 1982). Este grupo fue comparado con un grupo control de niños que eran similares en edad, sexo y fecha de admisión. Los niños en el grupo suicida presentaron las siguientes características:

1. Hubo tres veces más niñas que niños.
2. Los síntomas clínicos mostrados más a menudo tanto por niños como por adolescentes fueron afecto fluctuante y agresividad, hostilidad o ambos.
3. La mayor parte de los intentos de suicidio ocurrieron en el hogar (73%), el 12% en áreas públicas, el 7% en la escuela y el 5% en la casa de un amigo. En el 87% de los casos alguien más estaba cerca – por lo general los padres-.
4. La mayor parte de los intentos fueron realizados durante los meses de invierno, en la tarde o en la noche.
5. La sobredosis de fármacos fue el medio principal del intento de suicidio.
6. Más del 77% de los intentos fueron considerados de letalidad baja, el 21% moderadamente letales y poco más del 1% muy letales.

. Estudiantes universitarios suicidas.

El 20% de los estudiantes universitarios han abrigado pensamientos suicidas durante sus carreras universitarias. Varias características de los suicidios estudiantiles se extrajeron de un estudio realizado en la [Universidad](#) de California en Berkeley (Seiden, 1966, 1984). En comparación con los no suicidas, los estudiantes que cometieron suicidio:

- Tendieron a ser mayores que el estudiante promedio por casi 4 años.
- Estuvieron sobre representados de manera significativa entre los estudiantes posgraduados.
- Tuvieron mayor probabilidad de ser hombres, aunque la proporción de mujeres suicidas fue más alta.
- Tuvieron mayor probabilidad de ser estudiantes extranjeros y estudiar especialidades en idioma o [literatura](#).
- Como subgraduados tendieron a presentar mejores expedientes académicos, pero como estudiantes posgraduados estuvieron por debajo del promedio de calificaciones.

Razones para el suicidio de estudiantes.

Primero:

Mientras que la proporción de suicidios masculinos a femeninos en la [población](#) en general es de 3:1, para los estudiantes universitarios es de 1.5:1.

Segundo:

El hecho de que los subgraduados que cometen suicidio tengan mejores expedientes escolares que la población universitaria en general revela una paradoja dolorosa. Para las [normas](#) objetivas, los estudiantes suicidas se desempeñaban bien en la escuela. Sin embargo, amigos y parientes reportan que casi todos ellos estaban insatisfechos con su [desempeño](#) académico. Estaban llenos de dudas acerca de su propia capacidad para tener [éxito](#). Una explicación para estos sentimientos es que los estudiantes estaban muy motivados hacia el logro y tenían expectativas irrealmente altas para sí mismos.

Tercero y relacionado con el anterior, muchos estudiantes suicidas sienten una vergüenza abrumadora y deshonor debido a su sensación de haberle fallado a los demás.

Las otras víctimas del suicidio.

Parientes y amigos. Cuando ocurre un suicidio los pensamientos se vuelven de inmediato a la persona que se ha provocado la muerte. ¿Qué dolor insoportable estaba sufriendo para justificar un fin así? Pero las verdaderas víctimas de esta tragedia a menudo son la familia, parientes y amigos que son dejados atrás para enfrentar todo lo que implica este acto.

Elizabeth Kubler- Ross (1983), psiquiatra que ha investigado durante muchos años sobre suicidio nos habla sobre las etapas que vivencian las familias

cuando un miembro de las mismas ha cometido suicidio. En un primer momento los integrantes de la familia se ven envueltos en una sensación de aturdimiento, negación y conmoción, esto hace que impresione al exterior como que no tuviera significado personal de lo acaecido. La negación es tan importante por que el dolor es casi como enloquecedor. Posteriormente la etapa segunda se divide en sentimientos hacia el difunto de enojo por haberse suicidado y hacia si mismos con culpa por no haber acompañado al suicida en sus momentos en que estaba vivo. Por ultimo se deja partir al difunto con una sensación de algo que no se termino, algo que termino sin final, con cosas que quedaron pendientes.

Factores bioquímicos del suicidio.

Entendemos al suicidio como una entidad cuyas causas tendrían una explicación multifactorial, podríamos implicar causas sociológicas, psicológicas, bioquímicas. Dentro de esta dimensión tenemos evidencia que favorecería el desenvolvimiento del suicidio, entendiendo una etapa previa de depresión, hay estudios que nos muestran que la serotina al desintegrarse en el cuerpo hace que el dopaje de 5HIAA este muy bajo en el LCR.

SUICIDIO

Es importante tener en cuenta las situaciones de IMITACION, IDENTIFICACION Y CONTAGIO.

Es relevarte el dato de que en estudios realizados en adolescentes que se habían suicidado revelaron que el 50% tenían familiares que lo habían realizado o al menos lo habían intentado, es importante observar la conducta de los adolescentes en crisis, deprimidos luego de la exposición a ciertas noticias, películas, etc.

Psicopatología asociada

Según los datos obtenidos por diferentes estudios nos muestran que la ideación suicida es de seis a siete veces mas frecuente en adolescentes comprendidos entre 12 a 18 años que presentan trastornos del estado de animo, trastorno de ansiedad, trastorno disocial y trastorno negativista desafiante.

En el caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, fobia social, agorafobia, y abuso de sustancia la incidencia fue menos notoria.

Siendo significativamente mayor en el caso de trastorno perturbador del comportamiento. Se observo una ideación igual en alumnos intimidados que en intimidadores.

Por otro lado su frecuencia mayor en el caso de homosexuales y bisexuales. Esto podría asociarse a que son frecuente blanco de burlas, en estos grupos se

observa mayor índice de abuso de drogas y alcohol, y hay asociada patología psiquiátrica como depresión mayor, TAG, y trastorno disocial.

Por último destacaremos **los rasgos de personalidad** que incrementan el riesgo suicida en el adolescente:

- ANIMO INESTABLE
- IMPULSIVIDAD
- CONDUCTA DISOCIAL
- CONDUCTA AGRESIVA
- ESTRUCTURA DEL PENSAMIENTO RIGIDA
- SENTIMIENTO DE FRUSTRACION
- DIFICULTAD PARA RESOLVER PROBLEMAS
- ALTERNANCIA ENTRE GRANDIOSIDAD E INFERIORIDAD
- MAXIMIZACION DE PEQUEÑAS CONTRARIEDADES Y MINIMIZACION DE RECURSOS PERSONALES
- GRAN AUTOEXIGENCIA POR ARRIBA DE LA MEDIA ESPERADA
- TRASTORNO EN LA IDENTIFICACION SEXUAL
- SENSACION DE RECHAZO FRENTE A FIGURAS SIGNIFICATIVAS PARA EL, SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA Y DESAMPARO
- FALTA DE CAPACIDAD AUTOCRITICA
- AMBIVALENCIA EN LA RELACION CON FAMILIARES

▬ es muy frecuente en niños y adolescentes, predominan la irritabilidad y la conducta impulsiva, que enmascara la depresión

FACTORES CLÍNICOS DE RIESGO:

-Trastorno depresivo mayor.

Los dos tercios de los suicidios la presentan, en los varones en general se encuentra en comorbilidad con el trastorno disocial, en cambio en las niñas se suele presentar como un trastorno puro.

-Trastorno bipolar

Se asocian a este cuadro el abuso de sustancias, episodio depresivo del cuadro, no cumplimiento de las pautas farmacológicas,

-Trastorno de ansiedad

Asociado a suicidio en un tercio e los casos en comorbilidad con trastorno depresivo. Fundamentalmente ansiedad ejecutoria y de anticipación.

-Trastorno negativista desafiante o disocial

Frecuentemente asociado a niños más grandes en comorbilidad, con abuso de sustancias, un tercio de los suicidios presenta esta patología.

-Esquizofrenia

Poca frecuencia en el total de los suicidios, si bien es elevada la tasa dentro de la población esquizofrénica-

Es importante destacar que en una cuarta parte de los suicidios .no se evidencian síntomas de enfermedad psiquiátrica relevante.

Señales indirectas y preeditoras de la conducta suicida

- Deterioro de su aspecto externo, descuido de su higiene personal.
- Regalo de sus pertenencias más apreciadas a modo de herencia.
- Rebeldía, cambio en el estilo de personalidad, aburrimiento, apatía, indiferencia (hacia lo que antes lo entusiasmaba), impulsividad, violencia,
- Huidas de la casa, ausencias escolares.
- Dolencias físicas inexplicables.
- Deterioro en el trabajo escolar.
- Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."
- Uso de drogas o del alcohol
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.

- Las señales directas son:

Si un adolescente comienza con una crisis en la que se valora la posibilidad de que incurra en suicidio debemos actuar con rapidez, ser directivo y protegerlo de que no realice ninguna otra acción que involucre su autodestrucción.

Es importante pesquisar ideas o pensamientos de muerte.

Revisar notas escritas o grabaciones donde el adolescente haga referencia a sus intenciones o aun mas haya bosquejado un plan.

"no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."

Es muy importante estar atento a las "llamadas de auxilio" verbales o no verbales mediante comportamientos dañinos, o a través de manipular a personas específicas para desencadenar culpa o vergüenza para provocar una respuesta particular.

Si un adolescente dice "YO ME QUIERO MATAR" o "YO ME QUIERO SUICIDAR" hay que actuar rápidamente en el sentido de poner a este adolescente en manos de alguien experimentado en el tema psiquiatra o medico a fin de que se puedan arbitrar las medidas necesarias como para que este niño- adolescente pueda recuperar su camino del desarrollo saludable.

DEFINICION TEORICA DE VARIABLES

1- Ideación Suicida

Definición

Es presentar en la conciencia el deseo de morirse, o simplemente pensar en morirse, imaginar un método para suicidarse. Es importante tener en cuenta que el 10 % de los jóvenes ha tenido ideación suicida 3 veces en años últimos 6 m, la mitad de los adolescentes la tuvo tan solo una vez, y que la correlación de un año al otro es débil.

Esta ideación puede tener como base una venganza un momento de enojo, o frustración, o desesperanza-

2- Amenaza suicida o para-suicidio

Tiene por finalidad provocar una respuesta en los demás sin tener el propósito de pasar al acto..

3-Plan suicida

Corresponde esto a un elemento de gran peligrosidad ya que se planifica como, donde, con que, habiendo una gran correlación entre el tener un plan suicida y la consumación del hecho..

4- Crisis suicida

El adolescente entienda en ese momento que la muerte seria la única manera de encontrar la solución, ahora se entiende el suicidio esta en curso.

5- Intento de suicidio

Se realiza un acto autodestructivo pero que fracasa en el fin, que es terminar con la vida.

6- Acto suicida

Logro con éxito de sacarse la vida.

7- Conductas autodestructivas

Es producirse la autodestrucción en forma activa o pasiva.

8- Tendencias suicidas

Es la provocación reiterada que hace el adolescente en provocarse situaciones de riesgo.

9- Suicidio crónico

Abuso de drogas, trastornos en la alimentación, descuido en las enfermedades de transmisión sexual, o sea todas aquellas acciones destinadas a provocarse daño a su propio cuerpo en forma lenta y continúa.

10- Epidemia de suicidios

Cuando un adolescente se suicida y esto es divulgado frecuentemente tiende a ser imitado.

11- Suicidio grupal:

Esto ocurre habitualmente en las sectas o grupos cerrados.

Cuando un adolescente presenta un pensamiento recurrente de estar muerto, debido a que supone que los demás estarían mejor sin el y de esta manera se

formulan planes de suicidio, con conductas suicidas manifiestas esto valora el riesgo de suicidio.

Este riesgo es medido en la evaluación de la ideación suicida, en la que se determina, urgencia de pensamientos suicidas e impulso, formulación de planes definidos, medios para lograrlo, y grado de letalidad del medio elegido, antecedentes previos, estado psíquico, antecedentes familiares. Abuso de sustancias.

Realizar el acto suicida puede ser:

Por un impulso, luego de haberlo premeditado reflexivamente o por una disminución del estado de la conciencia lo que lo vuelve con menos capacidad de recursos.

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

- 1- En forma impulsiva luego de una desilusión.
- 2- resultado de un trastorno del estado de animo en el oren de la depresión.
- 3- Luego del diagnostico de una enfermedad grave
- 4- Intenta comunicar a través de este medio su insatisfacción y necesidad de ser comprendido no siendo realmente la muerte lo buscado en última instancia sino lo buscado es una comunicación del disconformismo en forma errática.

Intentos de suicidio

Definición y subtipos

Intento de suicidio (según la OMS) no se consuma el suicidio pero a través de acciones que realiza el adolescente intenta que se produzcan cambios ambientales o familiares.

Parasuicidio y Gesto Suicida

Se realizan actos que producen autolesiones (cortes en la piel) mas en mujeres, o se realiza una conducta suicida sin intención de suicidarse solo es utilizado como una LLAMADA DE ATENCION.

Suicidio posterior

Luego de un acto suicida frustrado se reintenta el mismo, esto tiene una mayor frecuencia en adolescentes de mayor edad varones.

Desencadenantes

Problemas en el ámbito familiar, escolar, social.

Cuando el niño de seis años desarrolla el concepto de muerte, siendo esta inevitable, desarrolla el concepto de suicidio. Se favorece esto por un medio familiar en la que los padres presentan alteraciones mentales, abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo. Abuso del niño sexual, físico, antecedentes familiares de suicidio.

Las crisis disciplinarias desencadenan habitualmente en el adolescente el impulso suicida sobre todo si este se enmarca sobre un terreno favorecedor-

(poca comunicación entre los miembros familiares, rigidez familiar, inconsistencia en la autoridad, idealización de figuras por parte del adolescentes que se hayan suicidado, dificultad para demostrar afecto,) Pero el mayor riesgo que incrementa 20 veces la posibilidad de suicidio es la depresión mayor.

Se Proponen distintos tipos de suicidio:

- a- Cuando se privilegia el HONOR a la vida típico de sociedades rígidas-
- b- Egoísta no le importa la opinión de su grupo de pertenencia
- c- Anónimo existe una crisis de valores que confunde los valores individuales acerca de su existencia.

También se puede clasificar al suicidio:

Según el origen psicótico en la que observamos desconexión con la realidad. Psicodisplásico es el psicópata que dirige la agresión frente a sí mismo. El filosófico presenta vacío existencial. El neurótico gran teatralidad sin intención real suicida.

Según la forma podremos decir que el impulsivo actúa sin mediar aviso, el obsesivo no puede rechazar la idea y el reflexivo es habitual en las personas depresivas que hacen un análisis detenido sobre cómo realizar el suicidio.

Podemos determinar el riesgo de suicidio teniendo en cuenta los siguientes factores:

- ideación suicida el más importante indicador.
- Intentos previos
- Plan y método
- Mas en mujeres intentos, consumado en hombres.
- Mas tentativas en los jóvenes, mas consumación en mayor edad.
- Más en solteros, viudos o separados.
- Pérdidas recientes
- Trastornos psicopatológicos.

Indicadores de la proximidad del intento de suicidio:

Interés sobre temas de muerte, despedidas, repartición de bienes,



MITOS Y FALACIAS SOBRE EL SUICIDIO

Siguiendo con las características que indica el tema por la vergüenza que origina en sí misma la aceptación de que nuestros adolescentes prefieren terminar con sus vidas a vivir en un medio que no se adecua a sus necesidades, no pudiendo adecuar políticas sanitarias, sociales y culturales verdaderamente efectivas, entonces en este contexto se prefiere ocultar estadísticas y causas a fin de poder justificar sin tanto dolor aquellas muertes.

Mitos sobre el suicidio (Wekstein, 1979; Davison & Neale, 1996).

: Los que hablan sobre suicidio no lo llevan a cabo.

. El suicidio se produce sin previo aviso.

Las personas suicidas están decididas a morir.

: Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.

La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.

El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o, a la inversa, se presenta casi exclusivamente entre los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.

El suicidio se hereda o está en la familia.

: Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.

: Ser miembro de un grupo religioso en particular, es un buen predictor de que la persona no considere el suicidio.

: El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.

Todos los que comente suicidio están deprimidos.

: Una persona con una enfermedad física terminal, no contempla la posibilidad del suicidio.

El suicidio es influido por las estaciones del año, la latitud y las condiciones climatológicas en general o los días de la semana.

El suicidio es influido por factores cósmicos como las fases de la luna.

El suicidio es un evento aislado.

Pensar en el suicidio es algo más bien raro.

(especialmente presente entre terapeutas): Preguntarle a una persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si está deprimida, puede llevar a que la persona realice un intento, que no se hubiese dado si no se le hubiese preguntado.

Un de los principales aprendizajes en la labor clínica, es indagar en profundidad sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho, muchas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre el suicidio.

Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad, no están considerando seriamente la idea de matarse.

COMENTARIO:

Siendo la depresión una de las principales causas de suicidio, ha manifestado la OMS (prevención del suicidio, OMS 2001.9 (14) su preocupación, evidenciando como su principal causa en los pacientes de 15 a 24 años.

Debemos tener en cuenta que hay entre 10 a 15 intentos suicidas (siendo mayor esta relación en el adolescente) por cada suicidio consumado (15) (16), Según datos de estudios realizados es la tercera causa de muerte en grupos de 15 a 24 años en Latinoamérica y estados unidos. Estos estudios nos muestran también que del 10 al 60 % de los adolescentes que se suicidaron tenían varios intentos previos (15). Y que luego del primer intento de suicidio del 10 al 15% logran suicidarse.

Se están implementando estrategias que apuntan tanto a lo individual como a lo familiar y a comunidades, con acciones que van en forma específica o global en el área de la salud pública analizando los riesgos en los accidentes. De esta manera se pueden disminuir los riesgos como aumentar los factores protectores.

Sabemos que a través de las estadísticas que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres que en los hombres pero al utilizar métodos menos eficaces, la consumación del hecho se da en una relación de 3 hombres por cada mujer. (12)

Por un lado tenemos aquellos adolescentes que se suicidan pero presentan un buen funcionamiento, por otro tenemos aquellos que presentan alteraciones tales como adicciones, o trastornos psicopatológicos, es de nuestro interés detectar estos últimos ya que se pueden realizar acciones preventivas en el área de la salud pública.

Se considera que antes de los 12 años al haber inmadurez cognitiva (considerándose al mismo como un factor protector (11) no habría suicidio consumado.

Nagy(1988) identifico muchos estados en el desarrollo de la concepción infantil de muerte:

En el estadio 1 los niños de 5 años consideran la muerte como un estado temporal y reversible, la muerte puede ser vista como un viaje, un sueño o totalmente negada. En el estadio 2 los niños de 5 a 9 años ven la muerte como una figura o forma específica (jack el destripador) el estadio 3 después de los 9 años la muerte es vista como un proceso continuo que le sucede a todas las personas según las reglas determinadas. Piaget describe 4 estadios

animísticos durante los primeros años la vida /conciencia se atribuye virtualmente a cualquier objeto que viva o se mueva. Creen que las muñecas tienen pensamientos, sentimientos, las mantas pueden tener emociones y una puerta puede estar enfadada. La comprensión verdadera de la muerte llega cuando el niño ha alcanzado el pensamiento abstracto, durante el estadio de las operaciones formales depuse de los 11 o 12 años. Los cambios evolutivos en la comprensión infantil de la muerte han sido estudiados por Brent(1977), Kofkin (1984), y Schafer (1974). Podemos hallar la misma falta de aceptación de la muerte como un estado permanente en los adolescentes que teóricamente han entrado en el estadio de las operaciones formales y que pueden comprender la abstracción y la realidad de la muerte. McIntire (1971) y Angle encontraron que los adolescentes de 17- 18 años mostraban fantasías de muerte como algo reversible y que la conciencia permanecía de alguna forma después de la muerte.

Siendo los mas frecuentes el suicidio consumado, los intentos de suicidio y las ideas suicidas los más frecuentes comportamientos suicidas, observándose en menor proporción las otras formas de manifestaciones.

Por la normal crisis que pasa el adolescentes se consideran normales el que el mismo presente ideas suicidas, esto no será tomado como factor de peligro de vida, diferente es si estas se asocian a otros factores que aumentarían el riesgo de consumir el hecho.

Según las estadísticas habría 300 adolescentes que intentarían suicidarse por cada adolescente que consuma el hecho. (17)-

Entendiendo a la familia como la célula principal de la sociedad, esta es inicialmente la que deberá brindar contención a este adolescente que se enfrenta en esta etapa con su crisis de identidad, que puede verse aun mas afectada si el medio que lo rodea es caótico y agresivo o hay factores que agravan como divorcios, mudanzas, presiones para triunfar, discusiones entre los miembros de la familia. (11). Si esta familia no brinda el apoyo necesario que requiere este adolescente que atraviesa su crisis probablemente el mismo caiga en una suerte de depresión. Es fundamental luego de lo expresado que se tenga en cuenta los factores desencadenantes y/o favorecedores a fin de que se pueda trabajar en la modificación de los mismos, por otro lado es importante tener presente con claridad la situación real por dolorosa que sea y no encubrir a la misma bajo el titulo MUERTE ACCIDENTAL de esta forma podremos establecer acciones que conlleven a disminuir los riesgos de suicidio en nuestros adolescentes, sacarnos las vendas y enfrentar la realidad de que nuestra sociedad, familia, son actualmente una de las principales fallas que proveen de la fragilidad actual de los adolescentes es comenzar a caminar el camino de la modificación.

RESUMEN:

Por muchas razones, nuestros niños son especiales, no solo personalmente si no para la sociedad. La pérdida de la próxima generación. Quizás el recurso nacional mas importante. No puede tolerarse fácilmente. La perdida de un niño- adolescente es devastadota, independiente de que le consideremos

como transportadores de nuestros genes los agentes activos que nos permiten vivir vicariante mente , la forma de ganar nuestro status o simple y naturalmente la fuente de nuestro amor y atención altruista. Las preguntas que se derivan de los suicidios infantiles refieren a los errores que hemos cometido individual o socialmente para causar la muerte de un niño.

Cualquier aumento del suicidio infantil despreocupante e independientemente de que los ascensos normales sean o no estadísticos una meta razonable sería disminuir su tasa.

La evaluación del pensamiento o conducta suicida en niños o adolescentes es una parte fundamental del proceso terapéutico, los aspectos que deben evaluarse son el grado de intento de suicidio , los estresares que pueden aumentar la ideación, riesgo o probabilidad de un intento, la concepción individual de la muerte, y del acto de morir, el historial familiar de suicidio, el nivel de impulsividad, los problemas de ejecución o del control de impulsos, los intentos previos, las destrezas del manejo del individuo, los recursos y obstáculos. El riesgo de acciones suicidas, y las actitudes de los otros significativos a la muerte, para recibir y solicitar ayuda externa.

Pfefer ha elaborado enfoques para identificar y tratar a los niños suicidas cuyas edades están comprendidas entre 6 a 12 años.

La conceptualización y el éxito de las intervenciones terapéuticas deben ser aplicadas en un contexto de relación laboral positiva.

Al entrevistar a la mayoría de niños y adolescentes recomendamos el uso de preguntas cerradas, ya que las preguntas abiertas generan alto grado de ansiedad.

El terapeuta debe evaluar la patología familiar, los puntos fuertes de los miembros de la familia, el deseo y el compromiso de la familia para participar en la terapia y ser aliados del terapeuta en una constelación familiar amplia. Esto debe incluir abuelos, tíos, vecinos, y obtener conclusiones sin ninguna evidencia. El posible impacto del suicidio sobre los otros significativos es importante, útil y fundamental para implicarlos en la terapia. Pertenecer a una red social puede ser terapéutico desde un primer momento- aumentar el nivel de actividad en actividades con otras personas puede mejorar el estado de animo disminuir la soledad, y animar para comprobar la realidad.

Las reacciones al suicidio de los supervivientes incluyen la distorsión de la realidad, relaciones tortuosas con objetos, culpabilidad, trastorno de auto concepto, furia impotente, identificación con el suicidio, depresión y auto destructividad, búsqueda de significados e lamentación continua. La culpabilidad es la emoción predominante entre los sobrevivientes. También pueden pensar que la persona suicida los puede culpar o castigar con su muerte. Los superviviente pueden sentirse culpables sobre cualquier transgresión que cometieran en algún momento con la persona muerta, exagerando su importancia o atribuyéndose la culpa a ellos mismos. En la búsqueda de significado los individuos pueden sobre generalizar a partir de acontecimientos individuales personalizar la responsabilidad Por ultimo los supervivientes pueden culparse por su reacción frente al suicidio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida. Masson. S.A [Barcelona España](#). 1997.
 2. Peña Galván LY, Casa Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Arencibia Gómez T, Gallardo Álvarez M, Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes Rev Cubana Med Milit 2002(3);182-7
 3. Disponible en URL: <http://www.salvador.edu.ar/ual-403.htm>. Adolescencia y prevención. Conducta de riesgo y resiliencia. (Revisado 11/11/2003)
 4. Martínez Jiménez A., Moracen Disotuar I., Madrigal Silveira M., Almenaga Aleaga M: Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev. Cub Med Gen Integr 1998;14(6)554-559
 5. Lafete Trebejo L.A: Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana itervención de [enfermería](#) en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer 2000;16(2):78-87
 6. Arlaes Nápoles L., Hernández Sorí G., Álvarez Concepción d., Cañizares García T., Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Integr 1998,14(2):122-6
 7. Sheidman E. Tratado de psiquiatría Suicidio. En fredman A. La Habana 1984;3:1954
 8. Arlaes Nápoles L., H'Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D. Cañizares García T.: Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Intergr 1998; 14(2):122-6
 9. Patricia M. Herrera Santí y Kenya Avilés Betancourt. Factores Familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Intergr 2000;16(2):134.
 10. García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal Hernández E., Barrientos del Llano G.: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el municipio Santo Domingo. Medicentro 2002
 11. Disponible en URL: <http://usuarios.lycos.es/igon3al/suicidio.htm>. El suicidio. (Revisado 2/11/2003)
 12. Disponible en URL: <http://svnp.es/documen/todoles>. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. (Revisado 9/10/2003)
 13. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015118.htm>. (Revisado 18/10/2003)
 14. Disponible en URL: www.sicologiapopular.com/adolescente.htm. Depresión en la adolescencia. (Revisado 15/10/2003)
- Dieste Sánchez, W., Alvarez González I., Carrillo Salomón R., Cabrera Cabrera A. Y Díaz Castillo: [Evaluación](#) de la [competencia](#) y el [desempeño](#). [Programa](#) de prevención de la Disponible en URL: <http://www.hiperactivo.com/suicidio.shtml.8k>. (Revisado 20/11/2003)
15. Disponible en URL: www.binass.sa.cr/adolescencia/466. [Desarrollo humano](#), trabajo y adolescencia. (Revisado 4/11/2003)

conducta suicida en [Cuba](#). Municipio Boyeros, 1995. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 16 (2):149-55

16. Disponible en URL:
17. www.cm.es/inf/fined/medicina.edu/pediatría/suicidio.htm. (Revisado 17/11/2003)
18. El suicidio en adolescentes. [Periodismo](#) de [Ciencia y tecnología](#). Abril 2002
19. Disponible en URL: www.grupoaula medica.com/monografía de psiquiatría. (Revisado 17/11/2003)
20. 21. Disponible en URL: www.hiperactivo. (Revisado 17/11/2000)
21. Wilfredo Guibert Reyes. Prevención de la conducta suicida en la APS (16): Rev Cubana Med Gen Integr 2002;18(2)
22. Disponible en URL: www.vnp.es. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. (Revisado 12/12/2003)
23. Disponible en URL: www.svnp.es Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia.
24. Disponible en URL: www.hiperactivo. Revisado(12/12/2003)

1. Asociación Médica Mundial. Proposición sobre el suicidio de los adolescentes. Malta. 1991.

2. Centres of Disease Control and Prevention 2000.

3. República Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente. Sistema Estadístico de Salud. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por División Política Territorial de Residencia, Edad y Sexo. Año 2006-2007.

4. Shaffer C, Waslick BD. The Many Faces of Depression in Children and Adolescents. Review of Psychiatry (vol 2 n° 2) . American Psychiatric Publishing Inc. Washington. 2006.

5. United Nations. WHO. Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of National Estrategies. New York, 2001.

6. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 211 a 231.

7. Sue David, Sue Derald, Sue Stanley
Comportamiento anormal, 4a. Edición, Mc Graw Hill, 1996,p.p 382-389.

8. Cuevas Gutierrez José Luis y colaboradores.
Antología para el curso de [psicología](#), Universidad de Guadalajara, SEMS, Escuela preparatoria No. 10, [México](#), Febrero de 2000, p.p 131-132.

9.Christmans Andrea

El suicidio de los adolescentes

<http://www.unam.mx/rompan/24/>

10González Forteza Catalina, Tello Granados Ana Ma., Facia Flores Dulce,
Medina Mora Icasa Ma. Elena.

Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes.

<http://www.insp.mx/salud/40/405-7.html>

[Salud pública](#), México 1998, vol 40 No. 5 p.p 430-437.

11.Vallejo Nájera Juan Antonio

Ante la depresión. Planeta. [España](#) 1997

12.El suicidio de los adolescentes en la Argentina. Profesor Dr Basile.

13-Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida . Freeman. Reinecke.

DATOS DE LA AUTORA

DRA ANDREA BARBERIS.

**Psiquiatra Infanto Juvenil Del Centro De Salud Mental y
Hospital De Dia Dr Pichon Riviere.**

LAS MALVINAS 7510

PCIA DE BS. AS.

TE 011 4842 3339

andreabarberis@arnet.com.ar

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

AUTORA: DRA ANDREA BARBERIS