

FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE



CLINICA DEL SUICIDIO ADOLESCENTE

PROF. DR. HÉCTOR BASILE ¹

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*

¹ Este artículo forma parte de la Tesis Doctoral de Héctor Basile "Impacto de la Crisis Socioeconómica Argentina de 2001 sobre el Suicidio Adolescente" Universidad del Salvador. Buenos Aires .2015

Cometido suicidio o que se hayan muerto.

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

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

- *Todas las encuestas refieren un porcentaje elevado de **familias disociadas y separadas entre la población de adolescentes en tratamiento por intentos suicidas (el 25-50%)***
- *frente al 8-10% en una población de adolescentes escogidos al azar).*
- *Asimismo, se observa con frecuencia la ausencia del padre o de toda figura de autoridad paterna.*
- **Los antecedentes patológicos familiares suelen ser frecuentes:**
 - *uno o los dos padres se encuentran en tratamiento psiquiátrico (el 31% de los casos) ;*
 - *presencia de alcoholismo (un 30%);*
 - *suicidio o intento de suicidio en la familia,*
con una frecuencia más acusada si afecta a uno de los padres.
- *Ciertos autores insisten también en la asiduidad de los casos de incesto o de la existencia de un ambiente incestuoso en las familias de los adolescentes suicidas.*
- *Por el contrario, el nivel sociocultural de la familia **no** es un elemento distintivo.*

«GRUPO DE RIESGO»

- *Constituido por los adolescentes que ya han intentado suicidarse.*
- *con respecto a la población general de la misma edad, estos adolescentes tienen mayores problemas de salud:*
 - *Fatiga,*

- Dolores de cabeza o dolores abdominales no específicos,
- Pesadillas, etc.,
- Patologías crónicas (asma, insuficiencia renal, etc.),
- Comportamientos agresivos y predelictivos (robo, chantaje),
- Fugas y
- Consumo de tóxicos (no sólo droga, sino también tabaco, alcohol, psicofármacos prescritos o automedicación).
- Muestran más a menudo pensamientos tristes,
- Una percepción de sí mismos negativa,
- Ideas de muerte e,
- Ideas de suicidio, etc.

FACTORES SOCIALES.

En esta tesis intento demostrar la influencia del “Conjunto Desocupación” laboral como un factor social importante del desencadenamiento de suicidios.

ANOMIA

- 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**, lo que se aproxima al **concepto de anomia de E. Durkheim**².
- Se define la anomia del modo siguiente: **«hay anomia cuando la persona no es capaz de establecer una jerarquía de prioridad entre los diferentes roles que debe desempeñar; es decir, cuando no posee criterios**

² Durkheim, E.: *La división del trabajo social*. Ed. Planeta-Agostini, Barcelona, 1985. Libro Tercero. Cap. I

de elección a la hora de cumplir las obligaciones resultantes de un rol u otro».

▪ El estado de anomia de una sociedad, es decir, **el estado de desintegración de las relaciones sociales y de la estructura social**, que experimentan los emigrantes, ha sido comparada con un estado de desintegración individual, o con los intentos de suicidio.

TABLA d:

2-RASGOS DE PERSONALIDAD QUE AUMENTAN EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES

- *Inestabilidad del ánimo.*
- *Conducta agresiva.*
- *Conducta disocial.*
- *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 genérica 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 rasgos 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 chicos suicidas presenta un perfil de mayor riesgo que el grupo de chicas suicidas.*

▪ *En los chicos se observa más a menudo el **fracaso escolar** que en las chicas 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, o una migración, familiar, grupal o desplazamientos sociales*
- *Crisis socioeconómicas, políticas o militares*
- *La partida de un miembro de la familia (no sólo de un padre, sino a veces de uno de los hermanos), en busca de ocupación laboral en períodos de crisis.*
- *La muerte de un ser querido,*
- *Cambios de colegio,*
- *Rupturas sentimentales o del grupo de amigos,*
- *Modificaciones en la vida familiar (desempleo, jubilación, enfermedad parental, etc.).*

▪ *El adolescente suicida difiere tanto del **adolescente deprimido** como del **adolescente seleccionado al azar**, en que **ha soportado durante la infancia (y sigue soportando en la actualidad) una mayor acumulación de acontecimientos vitales negativos**, sobre todo: **conflictos familiares, abusos***

sexuales, situaciones de inestabilidad social (profesional y familiar), mudanzas y repetición de curso.

SINDROME DE TENSION PRESUICIDA

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 preciben 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 se realizara una exploración detallada se reconocería que estos adolescentes suelen presentar:

- Una sintomatología depresiva,*
- Con una disminución e incluso un descenso importante del rendimiento escolar,*
- Un repliegue en sí mismo,*
- Trastornos de sueño, o*
- Una reiterada tendencia a los accidentes.*

Es aconsejable un diálogo conducido por el especialista, que contenga:

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 visitar de nuevo al adolescente 2 o 3 días después 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 perci-bir 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, llevará a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.

Tabla e:

**4-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.*

5-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,*
- *Hospitalización o acogida en un hogar*

• 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,*

www.suicidioadolescente.com.ar

- *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.***