

## SUICIDIO ADOLESCENTE SINOPSIS GENERAL

Por el Prof. Dr. Héctor Basile

Publicado en el Libro "Prevención Psicosocial del Suicidio Adolescente".  
Buenos Aires Argentina 2014. Edición del Autor



Adolescente por David Cheifetz.

Uno de los artistas estadounidenses más cotizados en la actualidad

### I - PRIMERA PARTE SUICIDIALIDAD

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,

nutriente, 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 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 y disminución de la actividad psicomotriz.

- A veces, y ésto es muy frecuente en niños y adolescentes, predominan la **irritabilidad y la conducta impulsiva**, enmascarando la depresión subyacente.

- Realizar el acto suicida puede ser:

**a**-el resultado de haberlo **pensado en forma prolongada, con premeditación y reflexivamente**;

**b**-otras veces, ocurre como una reacción rápida, **impulsiva, como un “cortocircuito”**, en un agudo marco emocional, sin poderlo sopesar 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.

## **DEFINICIONES**

▪ **El suicidio** puede ser definido como la voluntad y/o el deseo consciente y deliberado de darse muerte.

▪ **El intento de suicidio** caracteriza «**el fracaso**» de un suicidio, sea cual sea la causa de este fracaso.

▪ Se designan bajo los términos «**equivalente de suicidio**», «**conducta suicida**» o «**conducta de riesgo**» los comportamientos que por su naturaleza ponen en peligro la vida del sujeto o su integridad física sin que el deseo o la voluntad de darse muerte sea consciente.

▪ En determinadas ocasiones, **los equivalentes de suicidio pueden parecer intentos de suicidio.**

**TABLA: 3 A****SUICIDIO: DEFINICIONES, CLASIFICACION <sup>1</sup>****1- IDEACIÓN SUICIDA:**

Manifestación consciente sobre **pensar o desear morirse**.  
A veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo.

**2- AMENAZA SUICIDA o PARASUICIDIO:**

Expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos conciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado.

**3- PLAN SUICIDA:**

**Proyecto concreto**, que incluye: **Cómo?** (Con qué medio), **Cuándo?** y **Dónde?** realizarlo;  
**es un elemento de enorme peligrosidad.**

**3- CRISIS SUICIDA:**

**Crisis aguda** en la que se vivencia que la muerte, **lograda ahora**, es la única salida posible. Significa que **el suicidio ya está en curso.**

**5- INTENTO DE SUICIDIO:**

Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.

**6- ACTO SUICIDA:**

<sup>1</sup> Esta "Clasificación del Suicidio y sus Definiciones" refleja la experiencia del Autor.

•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, Nº 3, 1997.*

Comportamiento deliberado de quitarse la vida, **con éxito fatal.**

---

## **7- CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS:**

Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:

### **A- TENDENCIAS SUICIDAS:**

Actos violentos **reiterados y sistemáticos**, que colocan al adolescente en **situaciones de riesgo** como accidentes de moto, automóvil, etc., delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etc.

Algunos *embarazos en adolescentes* pertenecen a esta categoría.

### **B- SUICIDIO CRÓNICO:**

Descuido autodestructivo, lento pero continuado **de la propia persona:**

- \* **Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva** (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etc.)
  
- \* **Trastornos de la alimentación** como la **Anorexia Bulimia.**
- \* **Afecciones producidas o agravadas por el descuido de propio cuerpo:**
  - Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes,
  - Afecciones Psicosomáticas como asma, obesidad, etc.-

## **7- EPIDEMIA DE SUICIDIOS:**

Se observan con frecuencia entre los jóvenes.

Un suicidio en la escuela o en el barrio, o que recibe la atención de los medios de comunicación, tiende a **ser imitado** por sus allegados.

## **8- SUICIDIO GRUPAL:**

Varios integrantes de un grupo o secta cometen **suicidio colectivo.**

**TABLA: 3 B****EL SUICIDIO ES UN PROCESO O CONTINUUM**

que atraviesa diferentes etapas progresivas:

- *Ideación de muerte,*
- *Deseos de morir,*
- *Ideación suicida,*
- *Intenciones suicidas*
- *Plan Suicida,*
- *Síndrome Pre suicida*
- *Crisis suicida*
- *Acto deliberado de morir.*

## EL PROCESO SUICIDA

### DEPRESIÓN, IDEAS SUICIDAS, PLANES SUICIDAS E INTENTOS DE SUICIDIO

- *Conviene distinguir cuidadosamente los siguientes elementos:*

#### **A- PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE.**

- *Se expresan en pensamientos como: «qué triste que tengamos que morir un día», «sería mejor morir que seguir viviendo», «¿para qué sirve la vida?», etc.*

#### **B- IDEAS SUICIDAS.**

- *Se trata de **pensamientos directos de darse muerte**, ya no de morir simplemente.*

#### **C- INTENCIONES SUICIDAS.**

- *El sujeto **piensa en el modo concreto de matarse**: ingestión de medicamentos, defenestración, escarificación o herida por arma blanca, arma de fuego, ahorcamiento, etc.*

#### **D- PLANES SUICIDAS.**

- *El sujeto **comienza a preparar la acción concreta**: **acumulación de comprimidos, compra de una cuerda, paso reiterado por el lugar escogido para la defenestración, etc.***

- *Las ideas de suicidio aumentan el riesgo de proyecto de suicidio y el riesgo de intentarlo;*

- *La presencia de un **proyecto de suicidio** asociado a las ideas de suicidio aumenta más todavía el **riesgo de paso al acto suicida**, y*

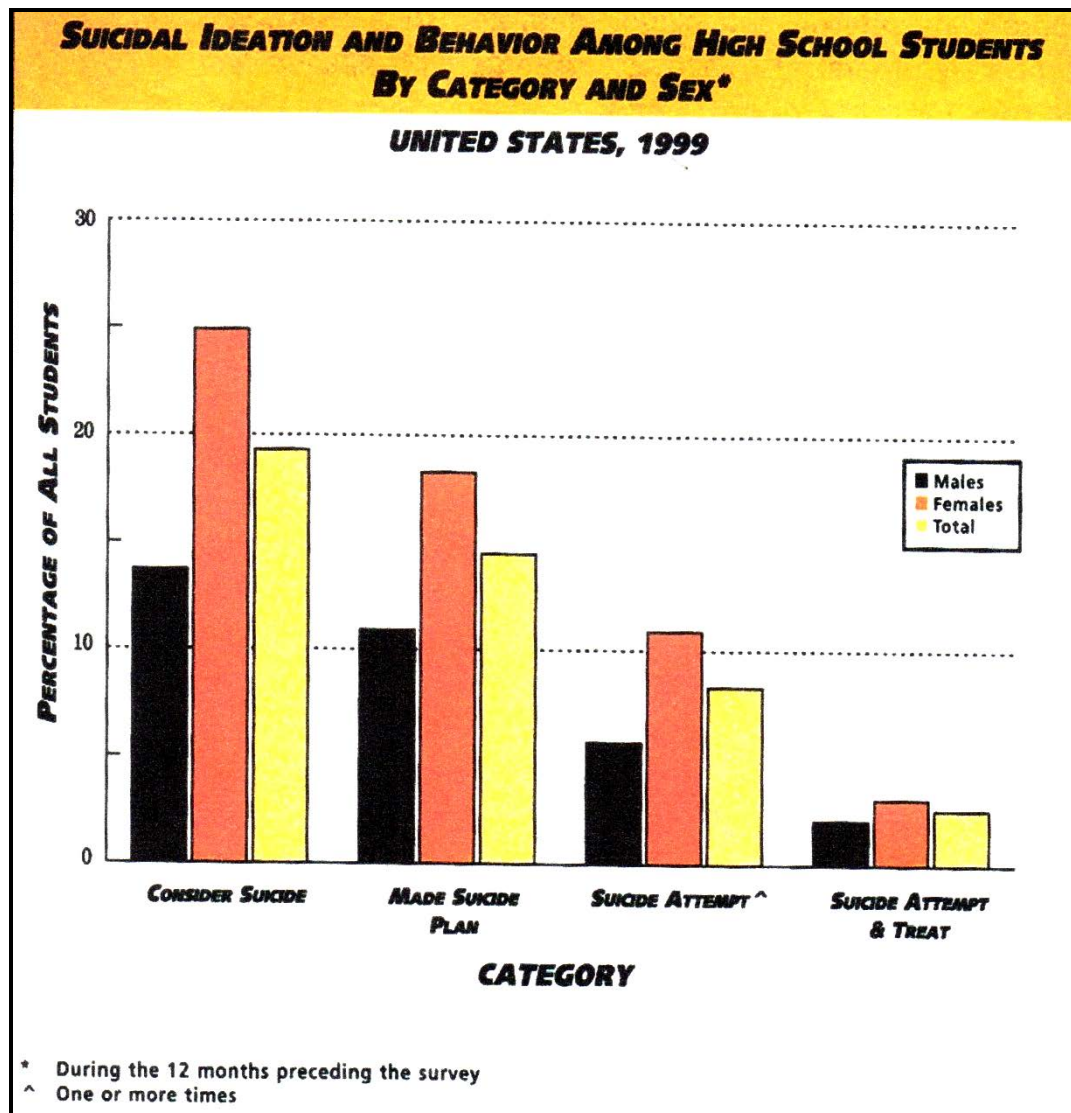
- *El hecho de tener un **proyecto de suicidio** aumenta igualmente la duración del período en el que el riesgo del intento de suicidio es mayor.*
- *Si no hay un **plan de suicidio**, los intentos de suicidio se llevarán a cabo **PRESUNTIVAMENTE en el año siguiente** a la aparición de las ideas suicidas.*
- *Las ideas suicidas son un factor de riesgo de intento de suicidio*
- *Los adolescentes con antecedentes que han intentado suicidarse, piensan más a menudo en la muerte en general y*
- *en su propia muerte, y*
- *preparan con más frecuencia otro paso al acto.*

### **LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO:**

- *Multiplica las ideas de muerte por cinco,*
- *las ideas de suicidio por siete y*
- *los proyectos suicidas por once.*

### **E-SÍNDROME PRESUICIDA**

- *En el que se asocian los siguientes elementos:*
  - *a) La opresión: impresión de estar cercado; esta impresión abarca tanto las relaciones humanas, como los valores que dan sentido a la vida;*
  - *b) Una inhibición de la agresividad, un sentimiento de rabia impotente que se vuelve contra Sí mismo, y*
  - *c) Fantasías o fantasmas suicidas que llevan a cabo una auténtica autointoxicación acompañada de una regresión imaginaria, que provoca el hábito y el auto condicionamiento de llevar a cabo la escena fantaseada.*

**II - SEGUNDA PARTE****MANIFESTACIONES CLINICAS DEL PROCESO SUICIDA****GRAFICO: 3 1****Ideación Suicida y Conducta Suicida durante la Escolaridad Secundaria.<sup>2</sup>**

Porcentaje sobre el total de estudiantes

Considera la posibilidad de suicidarse (Ideación Suicida), ha hecho un plan Suicida

Ha realizado un intento suicida, Ha tenido intento Intento seguido de Tratamiento

<sup>2</sup> Gráfico reproducido de: U. S Public Health Service. *Nacional Strategy of Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington D. S. Departemant of Health and Human Service. 2001.



## 1-IDEACIÓN SUICIDA

### Definición

La **ideación suicida** puede traducir desde una venganza o un sentimiento de desesperación fugaz causados por una experiencia determinada en un momento de cólera o de frustración o pérdida, en un joven que al ser descubierto por algún delito, teme una pena disciplinaria, pasando por la preocupación tranquila, silenciosa y planeada de un individuo deprimido que se siente desesperanzado por una rumiación que le consume constantemente,

El YRBS (*Youth Risk Behavior Survey*) constató que **la mayoría de sujetos con ideación suicida desarrollaban planes de suicidio cuando pensaban en el suicidio.**<sup>3</sup>

### Psicopatología asociada

Aunque la ideación suicida en adolescentes acostumbra a asociarse a la presencia de alteraciones psicopatológicas, aproximadamente un tercio de los 1.285 niños de 9 a 17 años de edad y seleccionados de manera aleatoria no presentaba psicopatología asociada. La ideación suicida era unas seis o siete veces más frecuente en los estudiantes de secundaria con trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. Estas diferencias fueron menos manifiestas para los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, fobia social, agorafobia y abuso de sustancias.

La ideación suicidase asociaba de manera más marcada con los adolescentes, y con el trastorno de comportamiento perturbador en el caso de los niños de menor edad.

---

<sup>3</sup> *Centres of Disease Control and Prevention: Youth Risk Behaviour Surveillance. Unites States 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 49:1-95, 2000.*

*Centres of Disease Control and Prevention: Youth Risk Behaviour Surveillance National Alternative High-School Youth Risk Behaviour Survey. Unites States 1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 48:12:1999*

Además de su relación con la psicopatología, la *ideación suicida* también es frecuente tanto en *alumnos intimidados* por sus compañeros como en *alumnos intimidadores*.

Asimismo, es significativamente más frecuente en *adolescentes homosexuales y bisexuales* que en heterosexuales. Las posibilidades de que los adolescentes homosexuales y bisexuales sean blanco de burlas o represalias en la escuela son superiores. Pero no está dilucidado si la relación entre la orientación sexual y la conducta suicida es una consecuencia directa de su *victimización* o se debe al hecho de que los jóvenes homosexuales y bisexuales también presentan *tasas más altas de consumo de drogas y alcohol y otros síntomas psiquiátricos*, como la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno disocial.

## 2-INTENTOS O TENTATIVAS DE SUICIDIO

### Definición y subtipos

#### Intento de suicidio:

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* ha definido el **intento de suicidio** como:

Un acto sin resultados fatales, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, *sin la intervención de otros*, podría causar autolesiones; o una sobreingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el *propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas*.

### Parasuicidio y Gesto Suicida

El término **parasuicida** se suele utilizar para describir las sobreingestas o cor-tes en la piel realizados con más frecuencia por chicas y, habitualmente, con desenlaces benignos. la mayoría de intentos evaluados en la clínica son protagonizados generalmente por chicas, y casi siempre con resultados no letales.

**El gesto suicida** implica que la conducta suicida se realiza sin intenciones letales, como una «demanda de ayuda o de atención».

■ *Los intentos de suicidio son una de las conductas más reveladoras de la adolescencia y sus características epidemiológicas la **diferencian claramente de los intentos de suicidio del niño y del adulto.***

■ *La impulsividad conductual que suele presidir la consumación de este tipo de acto plantea un problema fundamental vinculado con la fase de la adolescencia: la realización, **el paso al acto.***

■ *Al expresar **el deseo de matar las imágenes internas** representa, asimismo, la deformación del «proceso de duelo» que este mismo adolescente debe llevar a cabo y, debido al ambiente depresivo que suele rodearla, el intento de suicidio plantea el **problema de la depresión** en tanto que vivencia existencial propia de la adolescencia.*

■ *Por último, el intento de suicidio **es un medio de presión utilizado contra los demás** y, debido a que el adolescente espera una respuesta por parte del adulto, en especial de sus padres, debe ser concebido como **un modo de comunicación**, un gesto último y a veces desesperado, para mantener o restablecer una relación que hasta el momento había sido deficiente.*

## Acontecimientos Disruptivos Desencadenantes

Habitualmente, los intentos de suicidio son precedidos por algún acontecimiento disruptivo reciente que ha generado un estado de estrés en la víctima, (igual que en el suicidio consumado); con frecuencia se trata de dificultades de tipo legal, de un castigo o fracaso académico real o anticipado una ruptura sentimental, o alguna humillación, como por ejemplo, haber sido intimidado por otros alumnos.

Los acontecimientos disruptivos y especialmente el modo en que éstos son percibidos o exagerados, pueden ser resultado de un trastorno psiquiátrico que se encuentra subyacente en el adolescente.

## Trastorno psiquiátrico

La mayoría de los adolescentes que han intentado suicidarse presentan una historia de enfermedad psiquiátrica reciente; lo más habitual es que se trate de un trastorno del ánimo asociado, con frecuencia a un trastorno disocial, un trastorno de ansiedad o por abuso de sustancias y, de forma menos común a un trastorno de la conducta alimentaria.

Los intentos de suicidio también suelen relacionarse con episodios recurrentes de agresividad, cólera y **comportamiento impulsivo**.

Al igual que en los individuos con ideación suicida, en aproximadamente *una cuarta parte* de las personas jóvenes que han intentado el suicidio *no se observan alteraciones psicopatológicas evidentes*.

## Factores familiares

Es frecuente encontrar una proporción mayor de adolescentes que viven con sólo un progenitor en casa, mayores tasas de enfermedad psiquiátrica en los padres, conflicto matrimonial o entre padres e hijos, es probable que estos mismos adolescentes hayan sufrido abusos sexuales y/o físicos.

## 3-SUICIDIO CONSUMADO

### Acontecimientos Disruptivos Desencadenantes

La mayoría de suicidios consumados en adolescentes, así como los intentos de suicidio, parecen ser impulsivos y estar precedidos por un acontecimiento disruptivo desencadenante. Con mucha frecuencia, estos acontecimientos son crisis disciplinarias, como por ejemplo meterse en problemas en la escuela o con la ley. Otros desencadenantes habituales son una ruptura sentimental o una pelea entre amigos.

### Intentos previos

Entre un 25 y un 50 % de los adolescentes y jóvenes que consuman el suicidio (15) han realizado un intento previo conocido.

### III - TERCERA PARTE. CLINICA SUICIDOLOGICA

TABLA: 3 D

#### 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.*

#### 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.

#### 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** <sup>4</sup>.
- 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 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: 3 E

## 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**

<sup>4</sup> Durkheim, E.: *La división del trabajo social*. Ed. Planeta-Agostini, Barcelona, 1985. Libro Tercero. Cáp. I

*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 psicósomáticos 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
- 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 adoles-cente 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 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, llevará a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.

TABLA: 3 F

#### **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...*

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- **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.**

**IV - Cuarta Parte** **PSICOPATOLOGIA**  
**INTENTOS DE SUICIDIO Y DIAGNÓSTICO ASOCIADO (COMORBILIDAD)**

En la mayoría de casos, los estudios sobre la psicopatología del suicidio se realizan mediante entrevistas con personas que fueran significativas para el intentador o el suicida consumado; es lo que se conoce como autopsias psicológicas.

Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico en estos casos son:

**TABLA: 3 G**

**FACTORES CLÍNICOS DE RIESGO:**

*Los más importantes son:*

- *Trastorno depresivo mayor,*
- *Trastorno bipolar;*
- *Esquizofrenia,*
- *Abuso de sustancias,*
- *Ataques de pánico,*
- *Anhedonia severa,*
- *Experiencias de humillación recientes,*
- *Ideación suicida, e*
- *Historia de intentos previos.*

**• TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO:  
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

Es observado en aproximadamente dos terceras partes de todos los suicidios. En las chicas, este trastorno toma la forma de una ***depresión mayor no***



**complicada**, mientras que en los varones, éste acostumbra a **presentarse en comorbilidad con un trastorno disocial y/o abuso de sustancias** <sup>5</sup>.

### **FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES SUICIDAS**

**En una población de adolescentes suicidas:**

**En un 75% se diagnosticó depresión mayor y**

**En un 19,6% se diagnosticó estados distímicos.**

**▪a-Los sujetos con antecedentes de intento de suicidio y los sujetos con intentos de suicidio reiterados, manifiestan un grado de depresión más elevado** que

**▪b- los hospitalizados como consecuencia de un primer intento de suicidio;**

**▪Estos últimos presentan incluso un nivel de depresión más elevado que los que nunca habían intentado suicidarse.**

### **▪ LOS PRIMEROS INTENTOS DE SUICIDIO:**

**▪ Suelen estar más a menudo vinculados con trastornos adaptativos que los intentos de suicidio reiterados, por lo que presentarían un mejor pronóstico.**

**▪ el grado de depresión es similar entre los que muestran antecedentes de intento de suicidio y los que vuelven a intentar suicidarse**

### **TRASTORNOS DEL HUMOR**

**▪ Cuanto más grave es la «depresión», mayor será el riesgo de suicidio.**

<sup>5</sup> Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al: Psychiatric Diagnosis in child and adolescent suicide. Arch. Gen. Psychiatry 53:339-348, 1996.

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- **Entre los adolescentes con un episodio depresivo mayor :**
- **El 70% habrá efectuado un intento de suicidio en el transcurso de los 3 años siguientes;**
- **El 85% de los niños y adolescentes con un episodio depresivo mayor o distímico manifiesta ideas suicidas, y**
- **un 32% intentará suicidarse a lo largo de toda la vida.**
- **un 20% ha realizado varios intentos.**
- **La persistencia de la depresión de la adolescencia en la edad adulta, se acompaña de un riesgo de suicidio:**
- **los adultos depresivos manifiestan un mayor riesgo de llevar a cabo un intento de suicidio si han presentado ya una depresión en la infancia o en la adolescencia.**

#### • **TRASTORNO BIPOLAR:**

Los factores que frecuentemente predisponen al suicidio en este cuadro clínico son:

- *Historia Familiar de suicidio.*
- *Abuso de Alcohol. Estados Mixtos.*
- *Inicio de la enfermedad.*
- *Episodio Depresivo.*
- *Periodo de recuperación.*
- *Período posterior al alta de la internación.*
- *No adherencia al tratamiento farmacológico*
- **La tasa de suicidio en los TB es 20%; es mayor la proporción en TB II que en los TB I**

#### • **ABUSO DE SUSTANCIAS O DE ALCOHOL:**

Está presente hasta en dos tercios de los chicos de más edad y habitualmente complicado con problemas del **estado de ánimo y/o el comportamiento.**

## • TRASTORNO DE ANSIEDAD:

*Está presente entre un cuarto y un tercio de todos los suicidios, casi siempre asociado a un trastorno del estado de ánimo.*

*Son especialmente predominantes la ansiedad anticipatoria y de ejecución que, a veces, a ojos de los demás son consideradas signos de "perfeccionismo".*

▪ *Los trastornos más frecuentes son la **angustia por separación (en los más jóvenes) y los ataques de pánico.***

▪ *Se hallan **antecedentes de ataque de pánico en el 10% de los suicidas.***

▪ *Se destaca igualmente una **asociación significativa entre el intento de suicidio y el ataque de pánico.***

▪ *El **trastorno de pánico se asocia con frecuencia con un trastorno depresivo y***

▪ ***puede complicarse con un consumo de tóxicos de tipo ansiolítico, por lo que estos dos diagnósticos suponen en sí ya un factor de riesgo de intento de suicidio.***

## TRASTORNOS CONDUCTUALES

▪ *El 50% de los suicidas había presentado una alteración del comportamiento (según la definición del DSM-IV TR) y,*

▪ *el **46 % presenta trastornos de la conducta.***

▪ *En las poblaciones de **adolescentes suicidas se hallan cifras similares, con un 53,9%.***

- *Estos trastornos de la conducta aumentan, por la vía indirecta de la impulsividad, el riesgo de suicidio, incluso en ausencia de trastornos de humor.*
- *Los intentos de suicidio impulsivos, se acompañan de un grado de depresión menos elevado que los premeditados.*

### • **TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE O DISOCIAL**

Está presente en entre un tercio y la mitad de todos los suicidios (9) ; es más frecuente en chicos y en adolescentes de más edad y, en comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias.

### **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

- *Se trata con frecuencia de rasgos de personalidad psicopática (o antisocial), lo que nos lleva a reconsiderar la cuestión de los trastornos de la conducta citados con anterioridad o los de personalidad borderline,*
- *En la personalidad borderline resulta difícil discernir las tentativas de suicidio de las automutilaciones, ya que*
- *la personalidad borderline, pasa al acto de forma impulsiva para combatir la angustia y los afectos depresivos que amenazan con desbordarla.*

### **HOMOSEXUALIDAD Y TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL<sup>6</sup>**

#### **·FASE HOMOFÍLICA DEL DESARROLLO:**

- *Todo adolescente pasa en el transcurso de su desarrollo por una fase homófila, antes de escoger un objeto sexual, casi siempre del sexo opuesto, momento que determina el inicio de la vida genital adulta.*
- *La atracción homosexual transitoria puede suponer una fuente de angustia y vergüenza para el joven adolescente y contribuir a provocar un estado depresivo con autodesvalorización o paso al acto suicida.*

<sup>6</sup> Ver artículo "Adolescentes LGBT"

**.HOMOSEXUALIDAD «INSTAURADA»**

- *Hasta los 21 años se centra en el 2,8% de los sujetos que se declaraba homo-sexual o bisexual.*
- *Estos últimos presentaban un riesgo más elevado de tener ideas suicidas, o llevar a cabo un intento de suicidio que la población general.*
- *Este resultado puede interpretarse como mínimo de dos modos diferentes.*
  - *a- Se puede considerar que la elección homosexual favorece los intentos de suicidio al exponer al sujeto a las actitudes homófobas del entorno y al confrontarlo con acontecimientos vitales negativos o, por el contrario,*
  - *b- Cuestionarse si no es posible que los adolescentes que presentan una patología psiquiátrica (y, por tanto, con mayor riesgo de suicidio) tengan más trastornos de identidad sexual y, en consecuencia, un mayor riesgo de desarrollar homosexualidad.*

**• ESQUIZOFRENIA Y EPISODIOS PSICÓTICOS AGUDOS:**

Está presente en menos de un 10 % de los suicidios cometidos por niños y adolescentes. Así, aunque la tasa de suicidio se eleva de forma importante en la población esquizofrénica, dada su rareza tiene poco peso en el total de suicidios.

Los diagnósticos son similares en chicos y chicas, pero hay una marcada diferencia en su importancia relativa

- *El intento de suicidio puede tener lugar en un **contexto psicótico**,*
- *ya se trate de un acto impuesto (automatismo mental),*
- *un intento de escapar de una angustia intensa o*
- *de una exaltación delirante con sentimiento de invulnerabilidad.*

## FACTORES DE RIESGO ETIOLOGICO SUBYASCENTE

### **A-Antecedentes familiares**

Las probabilidades de que los adolescentes que han consumado el suicidio tengan un familiar de primer grado que también se suicidó es de dos hasta cuatro veces superior que para sujetos control (Shaffer y Brent).

### **B-Alteraciones serotoninérgicas**

Ásberg y cols.<sup>7</sup> observaron una relación entre niveles bajos en el líquido cefalorraquídeo de ácido S-hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito principal de la serotonina, e intentos previos de suicidio en un grupo de pacientes adultos con depresión melancólica.

### **C-Imitación y contagio**

Las pruebas indican que, al menos en los jóvenes con problemas psiquiátricos previos, la exposición a material relacionado con el suicidio en los medios de comunicación puede provocar intentos de suicidio o bien suicidios consumados<sup>8</sup>. En Estados Unidos, se estimó que hasta un 4 % de todos los adolescentes suicidas son de este último tipo.

### **D-Circunstancias familiares. Historia familiar y ambiente social**

- Antecedentes familiares de abuso de sustancias y
- Trastornos del humor
- Familias disfuncionales<sup>9</sup>;
- Divorcios o fallecimiento de los progenitores,
- Alta conflictividad familiar y estrés,
- Problemas legales de los progenitores,
- Violencia familiar y

---

<sup>7</sup> 2-Asberg M, Thoren P, Taskman L et al: Serotonin depression –a biochemical subgroup within affective disorders?. *Science* 191:478-480,1976

<sup>8</sup> Velting DM, Gould MS,: *Suicide contagion*, in *Annual Review of Suicidology*. Edited by Maris R, Canetto S, Silverman MN. New York Guilford, 1997, pp 96-136.

<sup>9</sup> Gould MS, Fisher P, Parides M et al: Psychosocial risk factors of child and adolescent completes suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 53:1155-1162, 1996.

- Abuso físico y/o sexual.

### ***E-Conducta suicida inducida por drogas***

Suicidios, Homicidios y Accidentes son la causa del 80% de las muertes de adolescentes, En la mitad de los casos intervienen el alcohol y las drogas.

Es habitual la asociación entre depresión, consumo de alcohol y/o drogas y suicidio. Frecuentemente el suicidio es *inducido y/o facilitado* por acción del alcohol o las drogas.

El alcohol y las drogas se asocian con una *escasa red de contención social*.

## **SIGNIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO**

### ***SIGNIFICACIÓN PSICOLÓGICA GENERAL DEL SUICIDIO.***

*Es la misma en todas las etapas de la vida pero, en función de la madurez del sujeto, pueden darse significaciones que parecen adaptarse mejor a unos períodos concretos de la vida.*

#### **■ SIGNIFICADOS POSIBLES:**

- 1. La fuga:** *es el «hecho de escapar, mediante el atentado contra la propia vida, de una situación percibida por el individuo como insoportable».*
- 2. El duelo:** *«para el sujeto es el hecho de atentar contra la propia vida como consecuencia de la pérdida de un elemento actual de su personalidad o de su sistema de vida».*
- 3. El castigo:** *es «el hecho de atentar contra la propia vida para expiar una falta real o imaginaria».*
- 4. El crimen:** *es «el hecho de atentar contra la propia vida arrastrando simultáneamente a otra persona a la muerte».*

**5. La venganza:** es «el hecho de atentar contra la propia vida para provocar el remordimiento de otra persona o infligirle el oprobio de la comunidad».

**6. La petición de socorro y el chantaje:** es el «hecho de atentar contra la propia vida para ejercer presión sobre otra persona».

**7. El sacrificio y la transición:** es el «hecho de atentar contra la propia vida para alcanzar un valor o un estado considerado superior».

**8. El juego de azar:** es «el hecho de arriesgar la propia vida para probarse a Sí mismo».

## **EL SENTIDO DE LA MUERTE EN LA ADOLESCENCIA**

*Muchos adolescentes, piensan en un momento u otro en la muerte, se plantean cuestiones existenciales sobre el sentido de la vida en general, de su vida en particular y, por supuesto, sobre el lugar que ocupa la muerte en el sentido de la vida mismo.*

*Sin embargo, aunque **pensar en la muerte** no implica necesariamente pensar en la propia muerte, creemos que en general ambos tipos de pensamientos están relacionados, a menos que un mecanismo de defensa «proteja» de esta toma de conciencia, como podría ser la creencia en la persistencia del sentimiento de omnipotencia de la infancia.*

*No hay adolescente que no aborde en su diario íntimo el tema de la muerte en su dimensión global: la finitud del ser humano, de manera más íntima la posibilidad de la muerte de los seres cercanos e incluso la propia muerte...*

*Las **conductas de riesgo en la adolescencia** van casi siempre asociadas al pensamiento fugaz de que la muerte podría encontrarse a la vuelta de la esquina, y a continuación se produce una sensación de alivio o de triunfo cuando al final de este tipo de conducta el adolescente no se ha roto nada...*



En determinadas culturas adolescentes se dan con frecuencia los juegos en torno a la muerte (grupos como los «**DARKS**», los «**PUNKS**» o los **EMO**) y los ritos satánicos atraen a un número no desdeñable de jóvenes.

La muerte adquiere a menudo un **carácter emblemático** para el adolescente, al que se adhiere para poder conjurarla mejor.

El aspecto intangible e impasible de la muerte se convierte en el único representante de una vida, en la que cualquier cambio resulta amenazador: **la muerte se convierte así en un ideal inmutable e intemporal.**

Para ciertos adolescentes, la muerte constituye la única forma de «**vivir**», y es el fantasma de una muerte posible, lo que hace tolerable para algunos individuos la idea de continuar vivo.

Esta **paradoja de la muerte** es un elemento central en el adolescente que se ve obligado a renunciar a su estatus de niño, sobre todo a renunciar a este lugar privilegiado en la «**escena primaria**» que se le había otorgado y del que él se había apropiado.

En el momento en que le resulta imposible llevar a cabo esta renuncia, siempre le queda la posibilidad de «**morir para vivir**», lo que no es más que una **forma activa de recuperar la omnipotencia** ya que, al no haber podido decidir su propia concepción (puede decirle a uno de los padres «**yo no te he pedido nacer**»), **pretende controlar su propia vida acabando con ella de forma activa.**

## **SIGNIFICACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL ACTO SUICIDA**

•**La depresión.**

•**La impulsividad.**

- *El gesto suicida comporta con frecuencia una dimensión de **impulsividad y ausencia de reflexión aparentes**, lo que parecen confirmar buen número de jóvenes al declarar que una hora antes de su gesto no sabían todavía que iban a «hacer eso».*
  
- *Con mucha frecuencia, en las semanas o días que precedían al gesto el joven suicida **había comunicado sus intenciones suicidas a personas cercanas**, a coetáneos o ya con menos frecuencia a adultos.*
  
- *Se trata de un acontecimiento que para el sujeto adquiere uno de estos significados concretos: disputa con uno de los padres, conflicto de familia y padres separados, ruptura sentimental, mudanza, pérdida de un amigo por accidente e incluso suicidio, fracaso escolar con ruptura de orientación escolar e incluso expulsión, etc.*
  
- ***La impulsividad** es, por tanto, sólo aparente, aunque el acto suicida en sí se produzca en un contexto de ruptura.*
  
- ***Esta ruptura externa parece ser superada por un “riesgo de ruptura interna”, que corresponde a la labilidad de las bases narcisistas del adolescente, deterioradas por este factor externo:***
  
- ***el fracaso hace tambalear la organización defensiva de la idealización,***
  
- ***la ruptura sentimental revela que la relación amorosa tenía una base de protección narcisista;***
  
- ***la separación de los padres «rompe» el mito de una pareja de padres unida, que protege contra una depresión o carencia infantil precoz,***
  
- ***la disputa con el padre está acompañada de palabras percibidas por el adoles-cente como menosprecio narcisista.***

**El propio cuerpo** es el objetivo que el adolescente pretende agredir, herir, dañar mediante su gesto,

**El joven considera lo que es la propiedad más íntima de cada uno, el propio cuerpo, como un objeto ajeno, objetivo de una violencia que no ha encontrado otra salida posible.**

**El acto suicida corresponde a un aumento repentino de la tensión y la excitación que el sujeto no puede resolver, ni elaborar, mediante la utilización de representaciones psíquicas, ya que la emergencia fantasmática tiene un efecto traumático.**

**Esta relativa intolerancia a la frustración, pero en mayor medida el incremento pulsional interno, se detectan en muchos suicidas y se describen como una «labilidad del Yo» que, a causa del deterioro de sus mecanismos de adaptación o de defensa, no puede hacerles frente, ni planear una estrategia flexible de desplazamiento, de regresión y sublimación, para asegurar la continuidad del funcionamiento psíquico.**

**La ruptura externa coincide con un estado de ruptura interna, y esta última refleja la vulnerabilidad psíquica que suele detectarse con frecuencia en los suicidas.**

**Esta vulnerabilidad se manifiesta mediante el grado de impulsividad que se observa con frecuencia (pero no siempre) en el adolescente suicida, y se identifica por la usual comorbilidad asociada con ésta.**

## **SIGNIFICACIÓN DE LAS INTERACCIONES ENTRE EL ADOLESCENTE SUICIDA Y SU ENTORNO.**

**1. En estas familias el adolescente es objeto de una excesiva proyección parental y sirve ante todo de receptáculo del malestar parental.**

- **La relación entre padre y adolescente** no posee un carácter de empatía comprensiva, sino **de identificación proyectiva** (con frecuencia de carácter agresivo), lo que explica en parte los deterioros precoces que se dan en el primer proceso de separación-individuación.
- El adolescente, **objeto de proyección del malestar familiar**, denuncia mediante su gesto suicida esta opresión familiar y exterioriza una «**llamada de socorro colectiva**».
- **2.** La barrera entre las generaciones no suele estar claramente delimitada en las familias.
- Las coaliciones entre los miembros pertenecientes a diferentes generaciones se suelen formar contra un tercero de la familia, transgrediendo la estructura generacional normal de la familia.
- Así, la madre se alía con el hijo contra el padre, la abuela y la madre contra la hija...
- La traducción epidemiológica de esta hipótesis se halla en la frecuencia de las estructuras familiares rotas o inhabituales.
- **3.** En los períodos previos al suicidio el adolescente se ve confrontado con una serie de acontecimientos cuya acumulación conduce a un desmoronamiento de sus capacidades de respuesta.
- De este modo, se observa con regularidad la degradación progresiva del entorno familiar y social del adolescente suicida:
  - deceso o partida de un miembro de la familia,
  - rechazo por parte del adolescente de su propia familia o viceversa,
  - ruptura afectiva,
  - ruptura en el grupo de amigos.

## **SÍNDROME PRESUICIDA**

- *En el que se asocian los siguientes elementos:*
  - *a) La opresión: impresión de estar cercado; esta impresión abarca tanto las relaciones humanas, como los valores que dan sentido a la vida;*
  - *b) Una inhibición de la agresividad, un sentimiento de rabia impotente que se vuelve contra Sí mismo, y*
  - *c) Fantasías o fantasmas suicidas que llevan a cabo una auténtica autointoxicación acompañada de una regresión imaginaria, que provoca el hábito y el autocondicionamiento de llevar a cabo la escena fantaseada.*

**V Parte PRONÓSTICO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO.  
REINTENTOS DE SUICIDIO.**

**SON FACTORES ESPECÍFICOS DE LA RECIDIVA  
(Reintento suicida):**

- *La existencia previa de un diagnóstico de psicosis o de personalidad patológica en el adolescente, sobre todo si se trata de un estado límite.*
- *Antecedentes familiares patológicos, sobre todo alcoholismo.*
- *Antecedentes de abuso sexual, factor cuya frecuencia parece estar relacionada con la repetición de un intento de suicidio.*
- *Una patología relacional familiar. El adolescente la exterioriza, ya sea por el hecho de que los padres no sientan amor por él, ya sea por el hecho de que considera que muestran una autoridad demasiado estricta o insuficiente.*
- *Tendencias depresivas (aburrimiento, inquietud, falta de dinamismo) y como consecuencia de un estado depresivo.*
- *La existencia de un intento de suicidio constituye por sí solo un factor de riesgo. uno de los factores de riesgo más importantes de intento de suicidio es la existencia de un intento anterior.*
- *Haberlo intentado anteriormente multiplica por 3,5 el riesgo durante el período de seguimiento de 2 años.*
- *La impresión del clínico es que **reintentarlo depende en gran parte de las reorganizaciones individuales y familiares,***
- *que puedan planearse y llevarse a cabo después del primer intento de suicidio, y*

- Estas dependen tanto de la capacidad del joven mismo de aceptar la terapia,
- como de la capacidad de la familia de reconocer ya desde el primer gesto suicida, la posible **gravedad de la situación** y la **necesidad de una relación terapéutica**.

### **INDIVIDUOS QUE PRESENTAN MÚLTIPLES RECIDIVAS:**

- Los representan una subcategoría que, a pesar de no ser muy numerosa, constituye un problema clínico especialmente difícil.
- Se trata de sujetos, más a menudo chicas que chicos, que han efectuado cinco o diez intentos de suicidio e incluso más...
- con frecuencia de **un modo idéntico** (varias flebotomías, ingestiones de fármacos reiteradas) y
- que presentan en general **trastornos graves de la personalidad** (mayor impulsividad, depresión grave de tipo narcisista o de abandono personalidad límite, retraso mental, etc.).
- Estos pacientes «**utilizan**» el intento de suicidio como una **modalidad relacional**, para **presionar sobre su entorno** y, así, **obtener lo que desean, mediante amenaza de volver a intentarlo**,
- o como **modo de resolución de todo tipo de tensión o conflicto psíquico**.
- Es una forma de paso al acto que alivia de inmediato esta tensión o que proporciona un distanciamiento con respecto al conflicto, pero que dificulta la posibilidad de una elaboración mental.
- Para este tipo de pacientes, los intentos repetidos adquieren un auténtico significado de autosabotaje, de manera que se alienan a las conductas de adicción y

▪ se indican tanto una posible reelaboración del conflicto como cualquier tutela terapéutica.

▪ **El suicidio sigue siendo un riesgo constante en este tipo de pacientes,**

▪ Los intentos de suicidio reiterados terminan por provocar, tanto en los terapeutas como en la familia, **fatiga y cierta indiferencia** frente a este tipo de comportamiento.

### **INDICADORES de la posibilidad de REINTENTO SUICIDA**

▪ En general hay **muy pocos indicadores externos concretos** (comportamentales, medioambientales, familiares, etc.) que puedan hacer sospechar que un adolescente que ya ha cometido este gesto una vez. **lo intentará de nuevo.**

▪ Sin embargo, y dada la frecuencia de los reintentos, sería muy útil poder aislar factores que pudieran anunciar su inminencia, sobre todo en el caso de los **adolescentes suicidas en tratamiento ambulatorio intermitente (con frecuencia el único control que aceptan) o en tratamiento psicoterapéutico.**

▪ La **trivialización del riesgo del reintento y la ausencia de todo tipo de proposición de reorganizaciones terapéuticas**, puede ser percibido por el adolescente como **indiferencia del terapeuta con respecto a sus problemas, o como actitud paradójicamente incitativa**, lo que podría favorecer el paso al acto (para hacerle comprender su sufrimiento y su sensación de acorralamiento).

▪ Para poder acabar con este tipo de contradicción o aclarar el malentendido es preciso que **el profesional o el terapeuta y el adolescente puedan hablar abiertamente sobre los riesgos que comportaría la repetición del paso al**



**acto, y que las consecuencias de esta eventualidad hayan sido planteadas con claridad en las entrevistas.**

### **FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO Y DE RECIDIVA:**

- **a) Presencia de una patología depresiva.** Se opone a la desesperanza del adolescente en que bloquea la operación de duelo con un «sentimiento de abandono catas-trófico».
- *En el ámbito sintomático se suele observar una disminución del rendimiento escolar a corto plazo, la presencia de quejas somáticas y la tendencia a tener accidentes reite-rados.*
- *Hay una correlación cada vez más evidente entre la gravedad de la depresión y la probabilidad de recidiva;*
- **b) El aumento de la angustia en los días y las horas previos al intento de suicidio** que los adolescentes expresan bajo el temor de «no aguantar», el “miedo a des-moronarse”, y
- **c) La acumulación de rupturas sociales, sobre todo de las rupturas recientes con la familia, el grupo de congéneres o ruptura sentimental.**
- *No hay que olvidar tampoco el riesgo inherente a la interrupción del tratamiento terapéutico (vacaciones o ausencia del terapeuta, cierre temporal del hospital de día, etc.). Se puede aminorar en parte este riesgo mediante el planteamiento de una terapia multicéntrica en la que intervengan un profesional entrevistador, un terapeuta individual y, si es preciso, un terapeuta familiar, etc.*

## EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

### ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

#### PROTOCOLO

#### TABLA: 3 H

- Se pueden *distinguir tres rangos de síntomas o factores:*
- 1- de **PRIMER RANGO** (la dimensión ansioso-depresiva),
- 2- de **SEGUNDO RANGO** (la dimensión impulsiva y la organización de la personalidad) y
- 3- de **TERCER RANGO** (el contexto medioambiental).

#### 1 - FACTORES DE PRIMER RANGO. DIMENSIÓN ANSIOSO-DEPRESIVA:

▪1-Comprobar la existencia de **maquinaciones suicidas** y distinguir, si es posible, entre las **ideas suicidas** (pensar en matarse), las **intenciones suicidas** (pensar en matarse de una manera ya concreta) y los **proyectos o planes suicidas** (planificar y procurarse el material necesario para llevar a cabo el proyecto: acumular los medicamentos y esconderlos, comprar una cuerda para ahorcarse y esconderla mientras se espera a que llegue el día convenido). Hay, sin duda, una gradación en la potencial gravedad.

▪2-Comprobar la existencia de **intentos de suicidio previos**.

▪3-Existencia de un **sentimiento de desesperación** ("todo esto no sirve para nada, todo es inútil, nadie puede ayudarme, sólo la muerte...»).

▪4-**Presencia de trastornos emocionales de ansiedad o depresión** (la probabilidad del intento de suicidio o de un nuevo intento parece encontrarse en correlación directa con la intensidad de estas manifestaciones sintomáticas).

## 2 - FACTORES DE SEGUNDO RANGO.

### DIMENSIÓN IMPULSIVA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

•1- **Comprobación de la existencia de conductas impulsivas:** fugas, peleas, conductas violentas frente a objetos o personas, pasos al acto diversos, accidentes reiterados, etc.

•2- **Comprobación de la existencia de consumo abusivo de tóxicos,** sobre todo si se realiza como automedicación, ya que éste define el uso arriesgado o nocivo (tabaco, alcohol, marihuana, fármacos auto-administrados)

•3- **Comprobación de la existencia de trastornos de la personalidad, en particular trastorno de identidad de género (homosexualidad).**

La presencia de factores de segundo rango hace sospechar **la posibilidad de un nuevo intento**, pero no tiene por qué ser precoz.

•El objetivo prioritario en este caso es intentar contener tanto la impulsividad del joven, como la que se produce a menudo en su contexto vital.

## 3 - FACTORES DE TERCER GRADO. FAMILIA, ENTORNO:

1- **Evaluar la calidad del funcionamiento familiar**, identificar sobre todo los factores de desorganización relacional o social: separación, divorcio, pero especialmente los **conflictos parentales** mayores y crónicos,

▪ Antecedentes de **violencia familiar** entre cónyuges o **maltrato físico** de los hijos: del sujeto mismo o de sus hermanos),

▪ Antecedentes de **abuso sexual**,

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- **Patología mental de los padres**, en especial trastorno depresivo, consumo abusivo y dependencia de sustancias,
- **antecedentes familiares de suicidio**, etc.

**2- Evaluar la calidad de las relaciones entre el adolescente y sus padres** (grado de tensión y satisfacción en estas relaciones).

**3- Evaluar la calidad del entorno y de las relaciones sociales** del joven: aislamiento social, repliegue en Sí mismo y dificultades relacionales o, por el contrario, relaciones frecuentes y múltiples con los coetáneos en detrimento de las relaciones con la familia.

#### **4 - FACTORES DE TERCER GRADO. ACONTECIMIENTOS VITALES:**

- **Un suicidio o un intento de suicidio** en la familia o entre los coetáneos.
- Es necesario comprobar la existencia de un suicidio o de un intento de suicidio reciente en el entorno y determinar el grado de intimidad del joven con respecto a esta persona (relación muy familiar, persona cercana o poco conocida);
- Comprobación de la existencia de un suicidio (o de un intento de suicidio) entre los coetáneos: la pareja, un compañero de clase, un vecino, un primo, etc.
- **Eventos Disruptivos:** conflicto entre los compañeros, ruptura sentimental, malos resultados escolares en un buen alumno que concede importancia a los estudios, castigo, examen importante, mudanza, etc.
- Ante la presencia de este tipo de acontecimientos vitales hay que ponderar **medidas de protección y una intervención «de crisis»**, especialmente si se presentan también factores de primer o segundo rango.

- *Las reorganizaciones de la vida transitorias o una hospitalización de corta duración pueden proteger y calmar a un adolescente en el que la tensión ansiosa amenaza con desbordarlo.*

### **REALIZAR UNA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA COMPLETA. IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS**

- *Determinar la presencia o ausencia de signos y síntomas asociados a diagnósticos psiquiátricos específicos.*
- *Identificar síntomas psiquiátricos específicos que puedan incidir en el riesgo de suicidio, **Incluyendo:***
  - *Agresividad,*
  - *Violencia hacia los demás,*
  - *Impulsividad,*
  - *Desesperanza,*
  - *Agitación,*
  - *Ansiedad psicótica,*
  - *Anhedonia,*
  - *Insomnio y*
  - *Ataques de pánico.*

### **EVALUACIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE CONDUCTAS SUICIDAS**

- *Obtener detalles sobre los factores precipitantes,*
- *Momento en el que se produjeron las conductas suicidas, intencionalidad y gravedad clínica para cada uno de los intentos.*
- *Verificar si hubo consumo de alcohol u otras sustancias antes del intento.*

- *Concretar los aspectos interpersonales del intento para entender los factores que lo promovieron (p. ej., personas presentes en el momento del intento o a las que se comunicó dicho intento).*
- *Determinar los pensamientos del paciente sobre el intento (p. ej., percepción de su letalidad potencial,*
- *Ambivalencia sobre la vida, visualización de la muerte, grado de premeditación, persistencia de la ideación suicida, y reacción ante el intento.*

### **REVISIÓN DE LA HISTORIA TERAPÉUTICA PREVIA**

- *Revisar la historia psiquiátrica (p. ej., diagnósticos comórbidos previos, hospitalizaciones u otros tratamientos previos, antecedentes de ideación suicida).*
- *Revisar los antecedentes de tratamiento médico (p. ej., identificar los intentos de suicidio con compromiso vital y los diagnósticos médicos actuales y pasados).*
- *Valorar la intensidad y estabilidad de las relaciones terapéuticas previas y actuales.*

### **IDENTIFICACIÓN DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES**

- *Explorar los antecedentes familiares de suicidio e intentos de suicidio, así como las hospitalizaciones psiquiátricas o enfermedades mentales, incluyendo el abuso de sustancias.*
- *Determinar las circunstancias de suicidio en los familiares de primer grado, incluyendo la implicación del paciente y la edad del paciente y los allegados en el momento del suicidio.*
- *Establecer el ámbito familiar actual y durante la infancia, teniendo en cuenta:*

*los conflictos familiares o separaciones,  
los problemas legales de los progenitores,  
el consumo de sustancias en el entorno familiar,  
la violencia doméstica y el abuso físico o sexual.*

## **IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN PSICOSOCIAL ACTUAL Y LA NATURALEZA DE LAS CRISIS**

- *Valorar las **crisis o eventos disruptivos agudos o los entornos disruptivos psicosociales crónicos** que puedan aumentar el riesgo de suicidio (p. ej., problemas económicos o legales; pérdidas o conflictos interpersonales; eventos disruptivos en jóvenes homosexuales o bisexuales; problemas de alojamiento; pérdida del trabajo familiar o personal; fracaso escolar).*

## **VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA DEL PACIENTE**

*Considerar hasta qué punto pueden afectar al riesgo de suicidio y a la formulación del plan terapéutico:*

- las estrategias de afrontamiento,*
- los rasgos de personalidad,*
- el estilo cognitivo, y*
- las necesidades de desarrollo y psicológicas.*

## **EVALUACIÓN CLÍNICA DEL SUICIDA**

- *Atención en urgencias o evaluación de las crisis.*
- *Evaluación de la ingestión de sustancias (tanto en caso de hospitalización como de atención ambulatoria).*

- *Antes de un cambio de régimen de tratamiento (p. ej., interrupción de la observación individualizada, finalización de la hospitalización)*
- *Cambios repentinos en la presentación clínica (tanto en los empeoramientos rápidos como en las mejorías súbitas).*
- *Si no hay mejoría o se produce un empeoramiento gradual a pesar de que el paciente sigue el tratamiento.*
- *Anticipación o experiencia de una pérdida interpersonal importante o de un estresor psicosocial (p. ej., divorcio, pérdidas económicas, problemas legales o situaciones vergonzantes o humillantes).*
- *Inicio de una enfermedad médica (especialmente si es terminal, genera deformidades o está asociada a dolor intenso o pérdida de funcionalidad).*

### **IDEACIÓN, PLANIFICACIÓN Y CONDUCTAS SUICIDAS PRESENCIA O AUSENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA.**

- *Identificar los sentimientos del paciente sobre la vida con preguntas como:  
¿Cómo valorarías tu vida hasta la fecha? o  
¿Has tenido alguna vez la sensación de que la vida no merece la pena? o  
¿Has deseado alguna vez dormirte y no volver a despertarte?.*
- *Centrarse en las características, frecuencia, duración y momento en el que aparece la ideación suicida, y considerar el contexto interpersonal, situacional y sintomático.*
- *Hablar con los familiares o amigos para determinar si han observado conductas (p. ej., compra reciente de un arma) o tienen conocimiento de pensamientos que sugieran la presencia de ideación suicida.*



- *Si cuando se realiza la entrevista inicial el paciente está intoxicado por el alcohol u otras sustancias deberá realizarse más adelante otra evaluación del riesgo de suicidio.*
  
- *Conseguir información detallada sobre la planificación del suicidio y cada uno de los pasos realizados para llevarlo a cabo.*
  
- *Determinar las creencias del paciente sobre la letalidad del método elegido, que puede ser tan importante como la letalidad real.*
  
- *Especificar las condiciones bajo las cuales el paciente se suicidaría (p. ej., divorcio, ir a la cárcel, pérdida del domicilio) y estimar la posibilidad de que lleve a cabo su plan en un futuro próximo.*
  
- *Preguntar por la presencia de armas de fuego en casa o en el lugar de trabajo.*
  
- *Si tuviera acceso a armas, explicar al paciente o a los allegados la importancia de restringir el acceso a éstas, encerrarlas o hacerlas desaparecer.*

## **PREGUNTAS ÚTILES SOBRE IDEACIÓN, PLANIFICACIÓN Y CONDUCTAS SUICIDAS**

### **1-EMPEZAR CON PREGUNTAS RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE ACERCA DE LA VIDA:**

- *¿Ha pensado alguna vez que no vale la pena vivir?*
- *¿Ha deseado alguna vez dormirse y no volver a despertarse?*

### **2-CONTINUAR CON PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE PENSAMIENTOS DE MUERTE, AUTOLESIÓN O SUICIDIO:**

- *¿Ha pensado recientemente en la muerte?*
- *¿Alguna vez los acontecimientos han llegado hasta tal punto que ha pensado en lastimarse a sí mismo?*

### **3-PREGUNTAR A LOS PACIENTES QUE TENGAN IDEAS SOBRE AUTOLESIONARSE O SUICIDARSE:**

- **¿Cuan a menudo ha tenido estos pensamientos?** (incluyendo la frecuencia, el grado de obsesividad y la controlabilidad)
- **¿Qué probabilidad cree que hay de actuar así en el futuro?**
- **¿Qué piensa que pasaría si se matara?** (p. ej., evitación, reunirse con seres queridos, renacer, reacciones de los demás)
- **¿Ha elaborado algún plan específico para dañarse o matarse?** (Si asiente, ¿qué plan tiene?)

### **4-PARA PACIENTES QUE HAN CONSUMADO UN INTENTO DE SUICIDIO O DE AUTOLESIÓN, DEBEN PLANTEARSE PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE LOS ANTERIORES INTENTOS.**

- **¿Puede describirme que sucedió?** (p. ej., circunstancias, precipitantes, visión de futuro, consumo de alcohol u otras sustancias, método, intencionalidad, lesiones importantes)
- **¿Qué pensó que pasaría?** (p. ej., se quedaría dormido, o se haría daño o se moriría, alguna persona reaccionaría de determinada forma)
- **¿Posteriormente recibió tratamiento?** (p. ej., tratamiento médico frente a psiquiátrico, admisión en urgencias u hospitalización o tratamiento ambulatorio)

### **PARA PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTOS SUICIDAS RECURRENTE PREGUNTAR:**

- **Aproximadamente, ¿con que frecuencia ha intentado lesionarse (o matarse)? ¿Cuándo fue la última vez?**
- **¿Puede describir sus pensamientos en el momento en que estaba pensando en suicidarse?**

### **PARA PACIENTES CON PSICOSIS,**

**PREGUNTAR ESPECÍFICAMENTE SOBRE ALUCINACIONES Y DELIRIOS:**

- *¿Qué hizo cuando oyó voces diciéndole que lo hiciera (¿Qué le llevó a obedecer las voces? ¿Qué dificultades surgieron cuando intentó resistirse a ellas?)*
- *¿Le han dicho esas voces alguna vez que se dañe o se mate? (¿Con qué frecuencia? ¿Qué pasó?)*
- *¿Tiene sentimientos de vergüenza o humillación por cosas que ha hecho?*

**EVALUAR LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE ADEMÁS DE A SÍ MISMO HIERA A LOS DEMÁS,:**

- *¿Hay otras personas que cree que pueden ser responsables de lo que está experimentando (p. ej., ideas persecutorias, experiencias de pasividad)?*
- *¿Ha pensado en algún momento en hacerles daño?*
- *¿Hay alguna otra persona que quiere que muera con usted?*
- *¿Cree que hay alguna persona que sería incapaz de continuar sin usted?*

**ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL.**

*Indicar todos los diagnósticos de los Ejes I y II actuales y pasados, incluyendo aquellos que en la actualidad puedan estar en remisión.*

- *Identificar las enfermedades médicas (Eje III), pues dichos diagnósticos pueden estar relacionados con un aumento de riesgo de suicidio.*
- *Registrar los estresores psicosociales (Eje IV), que pueden ser agudos o crónicos. Tomar en consideración la relevancia del acontecimiento vital percibida por el paciente.*
- *Evaluar los niveles de funcionamiento (Eje V) de referencia y actuales del paciente.*

## **ESTIMAR EL RIESGO DE SUICIDIO.**

### **IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE PUEDEN HACER AUMENTAR O DISMINUIR EL NIVEL DE RIESGO DEL PACIENTE.**

- *El factor de riesgo más importante es la presencia de un trastorno psiquiátrico.*
- *Se ha observado que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos incrementan el riesgo de suicidio*
- *Las enfermedades médicas también están asociadas a un aumento de la probabilidad de suicidio, una lista de las enfermedades médicas concretas que se han asociado a un aumento de riesgo.*
- *Existen factores adicionales que aumentan el riesgo de suicidio y factores con efectos protectores.*

## **FACTORES ASOCIADOS A UN AUMENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO**

### **A-IDEACIÓN Y CONDUCTAS SUICIDAS.**

- *Ideas de suicidio actuales o previas*
- *Planes de suicidio (actuales o previos)*
- *Intentos de suicidio (incluyendo los intentos abortados o interrumpidos)*
- *Letalidad de los planes o intentos de suicidio o intentos de suicidio*

### **B-DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

- *Trastorno depresivo mayor*

- *Trastorno bipolar (básicamente en los episodios depresivos o mixtos)*
- *Esquizofrenia*
- *Anorexia nerviosa*
- *Trastorno por consumo de alcohol*
- *Trastorno por consumo de sustancias*
- *Trastornos de lo personalidad del grupo B (sobre todo, trastorno límite de la personalidad)*
- *Cornorbilidad de los trastornos de los Ejes I y II*

### **C-ENFERMEDADES FÍSICAS**

- *Enfermedades del sistema nervioso*
  - Esclerosis múltiple*
  - Enfermedad de Huntington*
  - Lesiones cerebrales o medulares*
  - Trastornos epilépticos*
- *Neoplasias malignas*
- *VIH/SIDA*
- *Trastorno por úlceras pépticas*
- *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente en hombres*
- *Insuficiencia renal crónica tratada con hemodiálisis*
- *Lupus eritematoso sistémico*
- *Síndromes que cursan con dolor*
- *Alteraciones funcionales.*

### **D-FACTORES PSICOSOCIALES**

- *Pérdida reciente de apoyo social (incluyendo el hecho de vivir solo)*
- *Desempleo*
- *Pérdida de estatus socioeconómico*
- *Mala relación familiar*
- *Violencia conyugal*
- *Acontecimientos vitales estresantes recientes*

### **E-EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA**

- *Abuso sexual*
- *Abuso físico*
- *Abuso emocional*

## **F-ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GENÉTICA Y FAMILIARES**

- *Historia familiar de suicidio (sobretudo en los familiares de primer grado)*
- *Antecedentes familiares de enfermedad mental, incluyendo el trastorno por consumo de sustancias*

## **G-FACTORES PSICOLÓGICOS**

- *Desesperanza*
- *Dolor físico*
- *Ansiedad grave y sin remisiones*
- *Crisis de angustia*
- *Vergüenza o humillación*
- *Confusión psicológica*
- *Baja autoestima*
- *Vulnerabilidad narcisista extrema*
- *Características conductuales*
- *Impulsividad*
- *Agresividad, incluyendo violencia hacia los demás*
- *Agitación.*

## **H-FACTORES COGNITIVOS**

- *Pérdida de la función ejecutiva*
- *Rigidez cognitiva (visión en túnel)*
- *Pensamiento dicotómico*
- *Preocupación obsesiva.*

## **I-CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

- *Sexo masculino*
- *Estado civil de viudedad, divorcio o soltería,*
- *Sobretudo en hombres*
- *Ancianos (grupo de edad con mayor riesgo de suicidio)*
- *Adolescentes y adultos jóvenes (grupos de edad con mayor número de*

suicidios)

- *Orientación homosexual y bisexual*

## **CARACTERÍSTICAS ADICIONALES**

- *Acceso a armas de fuego*
- *Intoxicación por sustancias (en ausencia de un Diagnóstico formal de trastorno por consumo de sustancias)*
- *Relación terapéutica inestable o deficiente*

## **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.*

## **VI Parte**

### **MEDIDAS TERAPÉUTICAS INMEDIATAS ANTE UN INTENTO SUICIDA**

#### **1. HOSPITALIZACIÓN:**

- *Preconizar una estancia algo más larga, de 3 a 10 días.*
- *La hospitalización prolongada en un centro especializado hospitalización breve, para planificar los primeros pasos concretos para establecer una relación terapéutica.*

#### **2. LA ENTREVISTA DE URGENCIA, es esencial:**

- *Permite una primera evaluación del gesto, es necesaria para identificar un intento de suicidio sintomático de una afección mental crónica o, por el contrario, de un principio de la patología, y*
- *Tiene como objetivo preparar el terreno para una posible terapia relacional posterior, más allá del relato fáctico del episodio presente, relato en torno al cual se desarrolla esta primera entrevista.*

#### **3. EL ENCUENTRO CON LA FAMILIA:**

- *Siempre resulta fácil en este ambiente de urgencia, pero esta facilidad de encuentro con el grupo familiar y el consenso expresado por éste con respecto a las proposiciones terapéuticas, **no significa en absoluto que en el futuro todo vaya a resultar fácil.***
- *Es difícil obtener una movilización familiar que **no constituya sólo una crispación defensiva como consecuencia secundaria al intento de suicidio.***



▪La familia expresa con claridad una petición de ayuda solamente en un **25%** de los casos.

▪En un **33%** se muestra reticente, en un **20%** de los casos la familia muestra una total incomprensión al gesto del adolescente, en un **12%** de los casos la familia firma el alta del joven contra el consejo médico, y en un **10%** de los casos trivializa el acto suicida.

▪El comportamiento suicida del adolescente puede cesar únicamente cuando algo cambia en su vida. Este algo concierne tanto a la vida psíquica del adolescente, como a su entorno.

## **.ACTITUDES TERAPEUTICAS**

▪**1-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.**

▪Esto no significa en absoluto que al término de la evaluación todo intento de suicidio vaya a ser juzgado sistemáticamente como muy grave o susceptible de comprometer la salud mental del joven, ya que hay intentos de suicidio que pueden ser considerados como de gravedad mínima, pero esto se decidirá sólo después de la evaluación.


▪**2-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.



## **VII Parte      A-TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE LAS CONDUCTAS    SUICIDAS**

### **1. ESTABLECER Y MANTENER LA ALIANZA TERAPÉUTICA.**

- *La ideación y las conductas suicidas pueden explorarse y tratarse en el contexto de una relación de colaboración médico-paciente,*
  
- *con el objetivo final de reducir el riesgo de suicidio.*
  
- *No es lo mismo tener la responsabilidad de atender al paciente,*
  
- *que tener la responsabilidad de la vida del paciente.*

### **2. ESTABLECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

- *Para los pacientes en ámbitos de tratamiento de urgencias u hospitalizados, hay que tomar en consideración la posibilidad de realizar una observación individualizada o una monitorización continua (con un circuito cerrado de televisión)*
  
- *hasta que se pueda completar la valoración del riesgo de suicidio o cuando se estima que el paciente tiene un riesgo de suicidio elevado.*
  
- *Retirar los objetos potencialmente peligrosos de la habitación del paciente (si está hospitalizado), y poner en lugar seguro sus pertenencias.*
  
- *Considerar la posibilidad de revisar la posesión de objetos potencialmente peligrosos mediante registros a los pacientes o con detectores de metales.*

### **3. DETERMINAR EL ÁMBITO DE TRATAMIENTO.**

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- *Realizar el tratamiento en el ámbito que sea menos restrictivo y que proporcione el máximo de seguridad y eficacia*
  
- *Tener en cuenta la estimación del riesgo de suicidio y la peligrosidad potencial para los demás.*
  
- *Reevaluar el ámbito de tratamiento óptimo y la capacidad del paciente para beneficiarse de un nivel de atención distinto basándose en el curso del tratamiento.*

#### **4. DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO.**

*Analizar los beneficios potenciales y los efectos secundarios de cada opción teniendo en cuenta la información sobre las preferencias del paciente.*

- *Valorar la presencia de trastornos por consumo de sustancias.*
  
- *Proporcionar un seguimiento más intensivo en las etapas iniciales de tratamiento para proporcionar apoyo e instaurar un tratamiento de forma rápida.*
  
- *Revisar con los pacientes ambulatorios las directrices para abordar exacerbaciones de las tendencias suicidas u otros síntomas que puedan manifestarse entre una visita programada y la siguiente.*

#### **5. COORDINAR LA ASISTENCIA Y COLABORAR CON OTROS PROFESIONALES.**

**Establecer claramente:**

- *la definición de los roles,*
- *una comunicación habitual entre los miembros del equipo y*
- *un plan anticipado de gestión y tratamiento de las crisis.*
  
- **Establecer una buena comunicación** *con otras personas que asistan al paciente, incluyendo otros médicos que le traten por enfermedades*

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

médicas generales u otros psiquiatras o psicólogos que puedan administrarle terapia.

- **Establecer pautas de contacto** para el caso de que se produzcan cambios clínicos importantes.

## **6. PROMOVER LA ADHESIÓN AL PLAN DE TRATAMIENTO.**

- *Establecer una relación positiva médico-paciente.*
- *Crear una atmósfera en la que el paciente se sienta libre para discutir sobre los aspectos positivos y negativos del tratamiento.*

## **7. PROPORCIONAR EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA.**

### **VII Parte. B. REEVALUAR LA SEGURIDAD Y EL RIESGO DE SUICIDO.**

- **Debido a la naturaleza cambiante del suicida**, repetir las evaluaciones a lo largo del tiempo para información sobre ámbitos y circunstancias.
- *Repetir las evaluaciones del suicida en ámbitos hospitalarios en las fases críticas del tratamiento (p. ej., cambios en el nivel de privilegios, cambio repentino en el estado mental, y antes del alta).*
- *Reevaluar la posibilidad de suicidio si cuando se entrevistó inicialmente al paciente éste estaba intoxicado por el alcohol u otras sustancias.*

## VII Parte C

### MODALIDADES ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO

#### 1. TERAPIAS SOMÁTICAS

- *La fuerte asociación entre los trastornos depresivos y el suicidio apoya el uso de **antidepresivos**.*
  
- *El tratamiento a largo plazo con **sales de litio** en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor recurrentes se asocia con una reducción sustancial del riesgo tanto de suicidio como de intentos de suicidio.*
  
- *No hay pruebas suficientes que apoyen que se obtiene una reducción del riesgo de conducta suicida con ningún otro fármaco anticonvulsivo «estabilizador del estado de ánimo».*
  
- *En estudios específicos se ha informado de reducciones en la tasa de intentos de suicidio y de suicidio en pacientes esquizofrénicos tratados con **clozapina**. También se puede reducir el riesgo de suicidio con otros **fármacos antipsicóticos** de primera y segunda generación, sobre todo en pacientes **con niveles altos de agitación**.*
  
- *Debido a que la ansiedad es un factor de riesgo de suicidio importante y modificable, el uso de **ansiolíticos** puede ser útil para reducir ese riesgo. Sin embargo, las **benzodiazepinas** ocasionalmente **desinhiben las conductas agresivas o peligrosas, y aumentan la impulsividad, especialmente en pacientes con trastorno límite de la personalidad**.*
  
- *La TEC puede reducir la ideación suicida, al menos a corto plazo.*

## 2. PSICOTERAPIAS

- *El consenso clínico sugiere que:*
- *las Intervenciones Psicoterapéuticas específicas y*
- *las Intervenciones Psicosociales*
- **son sumamente beneficiosas.**

## 3. ELECTROTERAPIA

### **VII Parte D**

### **REGISTRO Y ABORDAJE DEL RIESGO DE SUICIDIO**

#### **REGISTRO DEL RIESGO EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO**

##### **■ COLABORACIÓN, COMUNICACIÓN Y ALIANZA TERAPÉUTICA ENTRE MÉDICO Y PACIENTE**

##### **■ REGISTRO DETALLADO Y AMPLIO, que incluya:**

###### **■ Evaluación del riesgo.**

- *Registro del proceso de toma de decisiones.*
- *Descripción de los cambios en el tratamiento.*
- *Registro del intercambio de información con otros médicos.*
- *Registro de las llamadas telefónicas del paciente y de los familiares.*
- *Recetas y copias de las prescripciones actuales.*
- *Si es posible, registros sobre tratamientos anteriores, especialmente de tratamientos relacionados con intentos de suicidio previos.*

#### **CAMBIOS Y SITUACIONES RELEVANTES QUE DEBEN DOCUMENTARSE:**

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- La evaluación psiquiátrica inicial o la admisión
- Cuando se dé cualquier conducta o ideación suicida
- Cualquier cambio clínico relevante
- En pacientes hospitalizados y de forma previa, cualquier mejora en los privilegios o concesión de permisos, y antes del alta

### **CONTROL DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA PARA OPTIMIZAR EL JUICIO CLÍNICO**

#### **ARMAS DE FUEGO:**

- Si el paciente tiene acceso a ellas, documentar las instrucciones dadas al paciente y a los familiares.
- Si no tiene acceso, documentar su ausencia

### **PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO**

#### **3. COMUNICACIÓN CON LOS ALLEGADOS**

- Si existe peligro de que el paciente se dañe a sí mismo
- o a los demás,
- o si es probable que se presente este peligro,
- Y el paciente no da su consentimiento para realizar las intervenciones necesarias para reducir este riesgo,
- queda justificado que el psiquiatra rompa la confidencialidad
- para lograr la seguridad del paciente y de otras personas.

#### **4. TRATAMIENTO DEL SUICIDIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

- Si el paciente muere en un intento de suicidio, hay que asegurarse de que su registro de seguimiento esté completo.



[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)

- *Las conversaciones con los familiares pueden ser apropiadas, hacer disminuir su dolor y animar a los familiares afligidos a buscar la ayuda necesaria.*
  
- **Cuando se habla con los familiares u otros afectados:**  
*no revelar información confidencial sobre el paciente, y*
  
- *hay que tener cuidado de no realizar afirmaciones de **autoincriminación** o de **autoexoneración**.*

**PARTE VIII. POSTVENCION  
INTERVENCIONES PSIQUIÁTRICAS PARA FAMILIARES Y  
AMIGOS TRAS UN SUICIDIO CONSUMADO**

- *Sugerir la posibilidad de recurrir a alguna intervención psiquiátrica para los familiares y amigos después de la defunción, con el objetivo de reducir el riesgo de trastornos psiquiátricos.*
  
- *Tomar en consideración la posibilidad de remitir a los familiares o amigos a un grupo de apoyo para familiares u otros afectados.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Teenage suicide Guidelines. Washington DC, Julio 2004.
  
- 2-Åsberg M, Thorén P, Taskman L et al: Serotonin depression –a biochemical subgroup within affective disorders?. Science 191:478-480,1976.
  
- 3-Asociación Médica Mundial. Proposición sobre el suicidio de los adolescentes. Malta. 1991.

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

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

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

9-Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al: Age- and sex - relate risk factors for adolescent suicide. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 38:1497-1505, 1999.

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

11-Centres of Disease Control and Prevention 2000.

12-Centres of Disease Control and Prevention: Youth Risk Behaviour Surveillance. Unites States 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 49:1-95, 2000.

13-Centres of Disease Control and Prevention: Youth Risk Behaviour Surveillance National Alternative High-School Youth Risk Behaviour Survey. Unites States 1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 48:12:1999.

14-Gould MS, Fisher P, Parides M et al: Psychosocial risk factors of child and adolescent completes suicide. Arch. Gen. Psychiatry 53:1155-1162, 1996.

15-Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom; et al: Young suicide attempters : a comparison between among childrens and adolescents completing suicide and age- and gener matched control. Suicide Life Threat. Behav. 27:250-263, 1997.

16-Lewinsohn PM, Rhode P, Seeley JR: Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3:25-46, 1996.

17-Orbach I. Suicidal behavior in adolescents. *Italian Journal of Suicidology*. Vol. VII N° 2. October 1997-98. 1997.

18-Pérez Barrero, Sergio Andrés. El Suicidio, comportamiento y prevención. *Rev. Cubana Gen. Integr.* 15(2):196-217, 1999.

19-Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en la adolescencia. *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N° 11(4) :318-25, 1996.

20-Pérez Barrero SA. "Actitud ante el suicidio en 27 estudiantes de 5to Año de Medicina." *Rev. Psiquiátrica Peruana* (3):40-46. 1996.

21-Pérez Barrero SA. "Significados del acto suicida en adolescentes y jóvenes sobrevivi--vientes." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, N° 336, vol 61:101-106, 1997.

22-Pérez Barrero SA. "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes." *Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil*. N° 2 abril-junio:102-106, 1997.

23-Pérez Barrero SA- La adolescencia y el comportamiento suicida. Edición del Autor. La Habana. Cuba. 2004

24-Quiroga, Susana E. *Patologías de la Autodestrucción*. Ed. Publicar. Buenos Aires. 1996.

25-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 2003.

26-Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al: Psychiatric Diagnosis in child and adolescent suicide. Arch. Gen. Psychiatry 53:339-348, 1996.

27-Shaffer C, Waslick BD. The Many Faces of Depression in Children and Adolescents. Review of Psychiatry (vol 2 nº 2). American Psychiatric Publishing Inc. Washington. 2002.

28-Spirito A, Brown L, Overholser J, et al: Attempted suicide in adolescent: a review and critique of the literature. Clin. Psychol. Rev. 9:335-363, 1989.

29-Toro Martínez, E, Rudelir M. Evaluación del Riesgo Suicida, Aspectos clínicos y Médico Legales de la peligrosidad para sí.. Vertex. XVI:196-205, 2005.

30-Tovilla M y Pomar M. Factores de riesgo suicida en los adolescentes. Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio Vol. 1 N<sup>o</sup> 1 octubre: 7-17, 2000.

31-Velting DM, Gould MS,: Suicide contagion, in Annual Review of Suicidology. Edited by Maris R, Canetto S, Silverman MN. New York Guilford, 1997, pp 96-136.

32-United Nations. WHO. Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of National Estrategies. New York, 1996

33-United Nations. Preventing suicide: a resource for teachers and others school staff. 2000.

34-U.S. Public Health Service. National Strategy for Suicide Prevention, Goals and Objectives for Action. Washington, D. C.: Department of Health and Human Services. 2001

34-American Psychiatric Association. Evaluación Y Tratamiento de las Conductas Suicidas Guía Rapada. 2005

[www.suicidioadolescente.com.ar](http://www.suicidioadolescente.com.ar)