

CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA EN EL ADOLESCENTE. SUICIDIO, SU PREVENCIÓN.

Josep Cornellà i Canals.

Doctor en Medicina. Pediatra y paidopsiquiatra.

Profesor en la Escuela EUSES – Garbí de la Universitat de Girona. Girona.

Tf. 972208670 – mail: cornella@comg.cat

El suicidio supone una solución permanente a un problema temporal. Siempre es un drama difícil de entender e imposible de simplificar. Siempre quedan muchos interrogantes abiertos. Y, en muchas ocasiones, se intenta ocultar el acto suicida como si de un accidente fortuito se tratara. Uno de los mejores indicadores de suicidio es la ideación suicida. En ella se engloban las conductas autodestructivas, como acto previo, con escasa intencionalidad de muerte, pero que no deja de ser una señal de alerta en esta gradación que puede llevar al suicidio consumado (Figura 1).

1. - LAS AUTOLESIONES, CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Las autolesiones constituyen un importante problema en la salud integral del adolescente. Existen pocas publicaciones, procedentes, en su mayor parte, de los servicios de urgencias de los hospitales. El sesgo es importante: vemos solamente la punta del iceberg de estas conductas. Pero no podemos simplificar estas conductas ni entenderlas, simplemente, como una demanda de atención.

La conducta autolesiva consiste en la provocación de un daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes; pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias. Suponen una manera de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo. Los adolescentes afrontan estos sentimientos de distinta manera, y eso lleva en ocasiones a conductas como pellizcarse la piel, realizar una ingesta medicamentosa o tirarse del pelo. En cualquier caso, se trata de un motivo de consulta frecuente en muchos servicios sanitarios.

PREVALENCIA

Parecía que estas conductas se habían estabilizado, pero últimamente están reapareciendo y aumentando su incidencia entre adolescentes (1). Los datos sobre prevalencia son dispares, oscilando entre el 1 % y el 6,5 %. Suelen ser más frecuentes en hombres que en mujeres. A menudo los padres ignoran estas autolesiones.

Las autolesiones aumentan en jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, especialmente en casos de depresión, trastorno bipolar, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad.

Actualmente, se hace imprescindible una correcta unificación de criterios para mejorar el diagnóstico y abordaje de este tipo de conductas, así como un mayor número de estudios que aporten información que sin duda sería útil para los clínicos que atienden habitualmente a estos jóvenes

FACTORES DE RIESGO

Están en función de las características personales y del entorno de los adolescentes:

1. **Características personales.** Especialmente, cuando existe escasa capacidad para la resolución de problemas, y elevados niveles de impulsividad, desesperanza, ira y hostilidad.
2. **Trastornos psiquiátricos.** Especialmente, depresión, trastorno de conducta, y patología dual, asociada al consumo de sustancias.
3. **Características familiares.** Desde la convivencia con un solo progenitor (50%) hasta otros problemas de convivencia entre los padres, o escasa calidez en las relaciones familiares.
4. **Los medios de comunicación.** La publicidad dada a través de los medios de comunicación sobre un caso de suicidio puede incrementar los suicidios. Existe un pacto de silencio en prensa y televisión sobre suicidios reales. Pero no existe tal pacto para las series televisivas en que aparecen suicidios ficticios. Estos programas televisivos tienen especial importancia en adolescentes de 14 años (2).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Para el diagnóstico es imprescindible la colaboración del psiquiatra infantojuvenil. La aproximación diagnóstica comprende la valoración más ajustada de cuál ha sido el acontecimiento que ha provocado esta conducta (acontecimientos vitales, motivos y circunstancias, posible abuso de alcohol y otras circunstancias del entorno que puedan hacer prever una ideación suicida) y la realización de una correcta y completa historia clínica: antecedentes familiares de depresión, alcoholismo, otro trastorno psiquiátrico o suicidio, conductas autolesivas previas, trastorno psiquiátrico previo (diagnóstico y tratamiento), evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa. El profesional competente realizará un examen del estado mental y se intentará llegar a un diagnóstico psiquiátrico o, cuanto menos, un diagnóstico funcional. Es importante evaluar cuidadosamente el riesgo suicida y la repetición de la conducta autolesiva.

El tratamiento estará en función del diagnóstico. Por lo que se refiere a la psicoterapia, habrá que actuar sobre la capacidad en solución de problemas, terapia cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, y autocontrol de la ira. Muy a menudo se necesitarán técnicas de terapia familiar.

2.- SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Forman parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia, cuando se intenta elucidar los problemas existenciales, y cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas.

No es de extrañar que el médico que atiende adolescentes encuentre en más de una ocasión con un adolescente que le manifiesta una intencionalidad suicida. Surgen siempre los interrogantes de hasta qué

punto aquel adolescente puede estar dispuesto a poner fin a su vida. Es evidente que los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos y, a veces, el médico es el principal interlocutor.

Los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando ven en la realización de estos pensamientos la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

Los adolescentes que han intentado, en alguna ocasión, el suicidio, suelen ser más autoexigentes, más introvertidos, y más vulnerables para la desesperanza. Suelen negar estas ideas y rehúyen hablar sobre las mismas. Su salud integral exige una vigilancia enorme, pues pueden acabar consiguiendo su objetivo.

En la ideación suicida el adolescente puede elaborar planes sobre el hecho suicida: tiempo, lugar y modo. Piensa, además, en el impacto que este acto causará en su entorno. La noticia sobre el suicidio de algún personaje mediático puede suponer el paso de la ideación al acto.

¿Suicidio o accidente? Es un tema poco estudiado y que merece especial atención. Se trata de adolescentes que, con una intención más o menos definida, se ponen en situación de riesgo (en el alfeizar de una ventana, cortar las venas,...). No buscan morir. Juegan con la muerte para conseguir alguna atención de los adultos. El problema está en la posibilidad de que el adolescente pierda el control en estas acciones, que, sin quererlo, pueden acabar en exitus debido a un accidente. Es el caso del adolescente que se cortó las venas sabiendo que sus padres no tardarían más de media hora en llegar. Pero el retraso fortuito de los padres convirtieron aquel acto de amenaza en un acto suicida involuntario. Siempre nos quedará la duda sobre cuál era el deseo de muerte y con que intensidad era percibida por el adolescente (Figura 2). Evidentemente, estas muertes accidentales “extrañas” pueden ser un sesgo importante a la hora de estudiar la incidencia del suicidio entre la población adolescente.

La conducta suicida no puede ser entendida como un acto aislado. Se trata, más bien, de un proceso largo, muy a menudo asociado a trastornos psiquiátricos que, en muchos casos, no son ni diagnosticados ni tratados (3). El inicio de la conducta suicida está en la ideación suicida, a la que sigue un plan que lleva al intento y, en función del umbral constitucional de cada persona, a la consumación del acto (Figura 3)

INCIDENCIA

No es fácil establecer la incidencia del suicidio en adolescentes. Existen pocos estudios y la mayoría se centran en los suicidios consumados, pues son los que se registran (y no todos). Las cifras actuales subestiman la prevalencia real. El suicidio consumado es más frecuente en varones (5,5:1), mientras que la ideación y el intento suicida es más frecuente en mujeres (3,5 – 1). Por cada adolescente que consuma un suicidio, 400 chicos y 4000 chicas realizan un intento. A pesar de la carencia de datos, se considera que el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 24 años.

El Instituto Nacional de Estadística (INE), siguiendo los estándares internacionales en la materia, ha suprimido los boletines del suicidio y, desde 2007, obtiene la información estadística a partir de la información que ofrece el mismo boletín sobre las causas de muerte.

Los datos que recoge el INE, en valores absolutos, se muestran en la figura 4. Se observa un notable incremento de suicidios consumados en varones entre 15 y 19 años.

De todas maneras, estos datos no son del todo fiables. En algunas (¿pocas o muchas?) circunstancias, el facultativo que firma el certificado de defunción, a petición de la familia, hará constar, como causa, un accidente letal. Siempre supone un relativo alivio para los padres el hecho de “creerse” (con más o menos convicción) que el hijo no ha puesto fin a su vida de manera voluntaria.

FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los adolescentes suicidas presentan diversos factores que aumentan individualmente su vulnerabilidad a la aflicción emocional y al sufrimiento; elementos que, de forma acumulada, pueden dar lugar a conductas suicidas reales. A mayor número de factores de riesgo y menor número de factores de protección, más aumenta el riesgo de conducta suicida.

Consideramos, en primer lugar, los **factores de riesgo fijos**, poco modificables a pesar de los tratamientos. Por ejemplo, suponen un riesgo importante el intento previo de suicidio y la ideación suicida del momento. También debe considerarse la orientación homosexual, que aumenta el riesgo al suicidio (4), debido a las persistentes actitudes homofóbicas de nuestra sociedad. No podemos olvidar los problemas derivados de un déficit de vinculación afectiva, que deja al adolescente muy desamparado. Se trata de una situación a tener en cuenta especialmente en niños procedentes de adopciones internacionales.

Y existen los **factores de riesgo modificables** (5), que incluyen las enfermedades mentales, la desesperanza, el acceso a métodos letales, la interrupción de un tratamiento psiquiátrico, el aislamiento social y la enfermedad crónica. Y en nuestro mundo tecnificado, no podemos olvidar el vacío espiritual que invade a nuestros adolescentes y la falta de autotranscendencia.

En cualquier caso, el deseo de morir asociado a la ideación suicida aumenta el riesgo de la conducta suicida.

FACTORES DE PROTECCIÓN.

En contraste a la abundancia de estudios sobre los factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes, existen muy pocos estudios sobre los factores de protección. Deben ser considerados para planificar la prevención. Los principales son:

1.- Factores individuales:

- a. buenas habilidades sociales.
- b. confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- c. búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
- d. búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.
- e. receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
- f. receptividad hacia conocimientos nuevos
- g. capacidad trascendente; espiritualidad.

2.- Factores familiares:

- a. buena relación con los miembros de la familia.
- b. apoyo de la familia.

3.- Factores culturales y sociodemográficos

- a. integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- b. buenas relaciones con sus compañeros.
- c. buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.
- d. apoyo de personas relevantes.

Estos factores de protección se basan en la idea de “Resiliencia” y en la capacidad para hacer frente a las situaciones frustrantes de cada día.

LO QUE LLEVA AL SUICIDIO

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presentes en todos los casos.

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones que se describen admiten una gran variedad en función de las situaciones sociales, culturales, políticas y económicas de cada grupo humano.

1.- Trastornos psiquiátricos

Detrás del 90 % de los suicidios se esconde una enfermedad mental. Entre ellos, el 60 % corresponde a depresión mayor y a trastorno bipolar. Siguen los trastornos psicóticos. Son menos habituales los síntomas independientes como ansiedad, agitación, alteración del sueño y trastornos psicósomáticos, así como los cambios de carácter y la labilidad afectiva e irritabilidad. El riesgo aumenta cuando a los trastornos psiquiátricos se asocia el abuso de sustancias.

Es importante considerar, en las enfermedades mentales, el umbral o diátesis que hace vulnerable al paciente para el suicidio: la impulsividad, el pesimismo, la inflexión cognitiva. Se ha relacionado con niveles bajos de serotonina.

Depresión La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes.(6). Casi las tres cuartas partes de los adolescentes con conductas suicidas han mostrado uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir un grave trastorno depresivo. Es importante que el médico que atiende adolescente sea capaz de identificar la sintomatología depresiva en el adolescente y pueda remitirlo al psiquiatra infantojuvenil. Deben valorarse siempre los síntomas psicósomáticos en el niño y en el adolescente. Mientras que la depresión mayor está altamente correlacionada con el suicidio en mujeres, en los varones, éste está más relacionado con un intento previo, consumo de alcohol, abuso de drogas y comportamientos impulsivos. Hay conductas que deben ser vigiladas especialmente, tales como: retraimiento, cambios de humor, disminución en el rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa y de la autoestima, llantos repentinos, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito y actividad motora disminuida. Pero, aunque los síntomas depresivos suelen ser comunes en adolescentes suicidas, la depresión no es concomitante con las conductas suicidas. Los adolescentes pueden suicidarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin ideación suicida.

Trastornos psicóticos y trastorno bipolar Entre los adolescentes afectados por trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastorno bipolar), el riesgo de suicidio es muy alto. Suele tratarse de pacientes en los que se pueden sumar varios factores de riesgo. No es rara en ellos la patología dual.

Trastornos de personalidad. Dentro de los trastornos de personalidad asociados al suicidio, el diagnosticado con más frecuencia es el Trastorno Límite de Personalidad (a veces confundido con el TDAH si no existe un buen diagnóstico diferencial). Otro grupo importante es el de pacientes con personalidad histriónica.

Trastornos de ansiedad Existe una asociación entre trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, siendo menos clara en mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente

independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. También los síntomas de ansiedad pueden manifestarse en forma de molestias psicósomáticas.

Abuso de alcohol y drogas El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los niños adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto.

Trastornos alimentarios Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general.

2.- Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. En este grupo deberíamos incluir los adolescentes procedentes de la inmigración.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Hay que prestar especial atención a los niños y jóvenes que carecen de raíces culturales, pues pueden desarrollar tienen marcados problemas **redacción** de identidad y, a menudo, carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

Hay que insistir, en este apartado, al riesgo que se incrementa en aquellas situaciones de inconformismo de género y de orientación sexual.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

3.- Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, especialmente si no pudieron superar el trauma.

Entre las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas tenemos:

- Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos, en particular emocionales.
- Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Escasez de cuidados por parte de los padres o cuidadores, escasa comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores, con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes, excesivos cambios de residencia.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los adolescentes; ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.

- Rigidez familiar
- Familias adoptivas o afines; siempre en función de los posibles trastornos del vínculo afectivo del niño y la situación emocional de los padres adoptivos.

Se trata de patrones familiares que, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los adolescentes que intentan o cometen suicidio. Muchos adolescentes que se suicidan provienen, a menudo, de familias con más de un problema, acumulándose los riesgos. En algunas ocasiones se trata de adolescentes que quieren ser leales a sus padres y no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, y que se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

4.- Estilo cognitivo y personalidad

Existen unos rasgos de personalidad que se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero que también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio consumado. Su utilidad es limitada, pero deben tenerse en cuenta, especialmente cuando hay acumulación de estos rasgos. Son:

- Humor inestable, enojo o agresividad.
- Comportamiento antisocial.
- Conductas irreales, representación de fantasías.
- Alta impulsividad.
- Irritabilidad.
- Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
- Escasa habilidad para solucionar problemas y afrontar dificultades.
- Inhabilidad para entender la realidad.
- Tendencia a vivir en un mundo ilusorio.
- Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización.
- Se defrauda fácilmente.
- Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
- Petulancia.
- Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres.
- Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.
- Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

Existen pocos estudios sobre el temperamento y el carácter de los jóvenes que cometen actos suicidas. Tampoco se ha investigado a fondo cuales son los rasgos más específicos de personalidad. La dificultad del abordaje familiar se impone en muchas ocasiones. Muchos adolescentes con conductas suicidas presentan un nivel de ejecución personal alto y perfeccionista, se sienten humillados ante el fracaso y presentan disminución del rendimiento escolar. Esto nos llevan a identificar como factores precipitantes de conductas suicidas la pérdida de prestigio entre los compañeros, rupturas amorosas, problemas escolares, duelo, separación y rechazo.

5.- Intentos previos de suicidio

Es muy importante considerar especialmente cualquier intento de suicidio, haya sido un episodio único o recurrente, asociado o no a trastorno psiquiátrico.

6.- Acontecimientos negativos de la vida cotidiana.

Cabe considerar estos acontecimientos vitales en adolescentes que se muestran vulnerables frente al estrés, junto al estilo cognitivo y a los rasgos de personalidad antes mencionados. El riesgo de suicidio aumenta cuando existen antecedentes de situaciones estresantes negativas experimentadas en edades muy tempranas de la vida. Se trata de adolescentes con dificultades para manejar los acontecimientos vitales negativos y, con frecuencia, el acto suicida va precedido de alguna situación de estrés, capaz de reactivar los sentimientos de desamparo, desesperanza y abandono. Entre estos acontecimientos vitales encontramos:

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio, a pesar de no serlo cuando se evalúan de manera objetiva. Son situaciones que pueden ser percibidas por el adolescente como una amenaza directa hacia su propia imagen, sufriendo un sentimiento de dignidad personal herida.
- Problemas familiares.
- Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc..
- Muerte de una persona querida u otra persona importante.
- Término de una relación amorosa.
- Conflictos interpersonales o pérdidas.
- Problemas legales o disciplinarios.
- Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos.
- Sometimiento y victimización.
- Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios.
- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes.
- Falta de empleo y problemas económicos.
- Embarazo no deseado, aborto.
- Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedad física grave.
- Desastres naturales.

Los estresores.

Para M Oquendo existen unos estresores que actúan como un gatillo que dispara la vulnerabilidad del individuo ante el suicidio. Existen estresores intrínsecos (el abuso de alcohol, la psicosis, la depresión) y unos estresores ambientales (problemas psicosociales, problemas de pareja, dificultades económicas y es importante considerar la posibilidad de "contagio" en adolescentes). Es importante identificar estos estresores y la vulnerabilidad de los adolescentes ante ellos (7).

SIGNOS DE ALARMA

Hay que prestar especial atención a unos signos que, en situación de vulnerabilidad, pueden preceder a un acto suicida (fallido o consumado). Son:

- Regalar los objetos más entrañables a los amigos y personas allegadas.

- Aislamiento.
- Disminución de participación en situaciones placenteras.
- Consumo de tóxicos.
- Tristeza y melancolía.
- Discusión sobre posibles planes de suicidio.

¿QUE HACER?

Ante un suicidio frustrado, posiblemente habrá que indicar la hospitalización y proceder a una orientación diagnóstica que permita empezar la acción terapéutica de la patología asociada al acto suicida.

El seguimiento deberá ser intensivo, y se deberán adoptar las medidas de restricción a nivel individual. Asimismo, deberá evaluarse la familia. Para la conducta ante un acto suicida (sea fallido o consumado) se ha seguido el protocolo sugerido por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA), debidamente adaptado para aquellos médicos que atienden adolescentes (8)

1.- EVALUACIÓN

Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida (protocolos)

La información debe obtenerse de diversas fuentes, que incluyen al propio paciente, padres o cuidadores, informes escolares y cualquier persona que tenga relación directa con el niño.

En adolescentes se considera importante también la información de los amigos y de la pareja.

Hay que prestar atención al método utilizado y a cuántas veces se ha intentado previamente. La repetición de intentos suicidas y el uso métodos inusuales que comprometan seriamente la vida del paciente son predictivos de riesgo real de suicidio consumado.

En caso de que la urgencia sea por ingestión de medicamentos u otras sustancias, el clínico debe evaluar si éstas son potencialmente letales y si fueron ingeridos como un acto impulsivo o por el contrario existía una planificación previa, de manera que pueda comprobarse si ésta implicaba realmente un intento suicida.

El clínico debe ser cuidadoso e identificar a aquellos pacientes que tienen un riesgo potencial de muerte que presentan un trastorno mental asociado (depresión, manía, psicosis), abuso de sustancias, agitación e irritabilidad. Además de estos deben considerarse también los factores ambientales y sociales, tales como aislamiento, estrés, la existencia en el entorno de patrones de imitación e historia familiar de psicopatología (comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso físico o sexual). Cuando se sospecha la existencia de abusos sexuales se recomienda investigar si han sido antes del intento o coinciden con la ideación o el intento suicida.

Es además importante evaluar los motivos que han llevado al acto suicida, por ejemplo el interés por llamar la atención, el intento de modificar algo en las relaciones personales, acompañar a algún familiar que ha muerto, evitar una situación intolerable o la venganza. Se considera que si estos motivos no han sido satisfechos en el momento de la evaluación, el riesgo suicida persiste.

En el suicidio consumado, es útil la **autopsia psicológica**, como técnica que permite identificar los factores de riesgo (9). Se trata de analizar y reconstruir, retrospectivamente, la situación que llevó a una persona a

consumar el acto suicida. Se analiza cuidadosa y sistemáticamente todo lo que pasó en la vida de esta persona antes del suicidio y cuales fueron, en apariencia, los motivos que desencadenaron el suicidio. En estas autopsias psicológicas se destaca, a menudo, la baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica en discordancia con la elevada frecuencia de patología psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos. La mayoría de los casos que estaban bajo consulta de salud mental no recibían tratamiento (10)

2.- ¿CÓMO EXPLORAR AL ADOLESCENTE QUE HA COMETIDO UN INTENTO DE SUICIDIO?

Esta es una situación en la que se puede encontrar al médico que atiende adolescentes y, por lo tanto, necesita saber cómo actuar, por encima de sus sentimientos y emociones.

El primer paso, fundamental, será la capacidad de establecer una relación positiva para así poder comprender el acto cometido. Esto supone interesarse por las razones probables y objetivos del intento (atención, venganza, muerte), el grado del intento de suicidio (letalidad, posibilidad de rescate, premeditación, grado de preparación), la valoración del riesgo actual, y la valoración de la problemática médica, así como de un posible diagnóstico psiquiátrico previo.

Deberá interesarse por la historia de intentos previos y su desenlace y por la exposición o contacto con conductas suicidas (en amigos o familiares).

También deberán valorarse los factores de riesgo (problemas con el alcohol, trastornos de conducta, incumplimiento de tratamientos previos, y el hecho de no vivir con familiares)

El médico que atiende adolescentes puede encontrarse en una situación óptima para esclarecer los problemas a los que se enfrenta el adolescente con sus padres, con los compañeros, con la pareja, con la escuela... Más allá, deberá investigar sobre problemas con las drogas, dificultades en la aceptación de su orientación sexual, los antecedentes familiares de enfermedad mental, los antecedentes personales de abuso o de victimización, así como la carencia de un hogar estable. A pesar de que pueda parecer difícil, es importante que se interese por los sentimientos de trascendencia y espiritualidad. Muchos adolescentes agradecen poder discutir con el profesional suficientemente formado estos aspectos de su intimidad.

En esta evaluación inicial deben identificarse las posibles personas de apoyo y hacer una valoración de la situación familiar.

TRATAMIENTO

El adolescente que ha realizado un intento suicida debe ser hospitalizado si su condición física es inestable y/o no es posible predecir si realizará otro acto suicida en un plazo corto de tiempo. Dentro de las indicaciones para la hospitalización deben incluirse: la incapacidad del paciente para establecer una adecuada alianza terapéutica con el clínico, cuadros psicóticos, intoxicación severa (drogas y/ o alcohol), varios intentos suicidas previos, trastorno depresivo mayor (sobre todo si se asocia a síntomas psicóticos), Trastorno Bipolar con ciclos rápidos (o con irritabilidad e impulsividad), psicosis con alucinaciones (sobre todo si son mandatorias) y abuso de alcohol o drogas. En cualquier caso, se hace indispensable la consulta con el psiquiatra infanto-juvenil para que establezca la indicación pertinente. Pero, en caso de tentativas de suicidio, deberá procederse al ingreso hospitalario en caso de cualquier duda.

De entrada, será importante la recuperación vital del paciente y evitar los daños de las lesiones producidas o posibles, así como la recidiva inmediata del daño y sus posibles secuelas. La conducta a seguir depende del tipo de lesión, el método utilizado, la clínica al momento del ingreso, la gravedad médica y el tiempo transcurrido desde el acto suicida hasta recibir la primera asistencia médica.

En caso de intoxicación medicamentosa (psicofármacos o analgésicos), se deberá proceder al lavado gástrico y demás medidas de protocolo en el servicio de urgencias.

Deberá establecerse consulta con el psiquiatra infantojuvenil cuando el adolescente ya no presente riesgo suicida evidente y su vida esté fuera de peligro.

Hay que evitar culpabilizar al paciente, pues necesita apoyo y respeto hacia su intimidad. Deben evitarse actitudes punitivas o denigrantes. Jamás debe adoptarse una actitud reduccionista o que minimice el acto suicida.

La valoración psiquiátrica seguirá su curso y establecerá una orientación diagnóstica, con el consecuente tratamiento a seguir. Éste incluirá, posiblemente, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El psiquiatra infantojuvenil será quien prescriba el tratamiento farmacológico adecuado, según la sintomatología y de acuerdo con un diagnóstico funcional. La psicoterapia es un componente muy importante en el tratamiento de los intentos suicidas asociados a trastornos mentales. La psicoterapia debe ajustarse a cada paciente. La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado como la más eficaz.

Se ha generado gran controversia con el uso de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento para la depresión en niños y adolescentes. Los ensayos clínicos realizados demuestran una evidente eficacia antidepresiva de los ISRS, así como una eficacia protectora "antidepresiva".(11)

El uso de medicación estimulante en el tratamiento de pacientes adolescentes suicidas y co-diagnóstico de TDAH no está contraindicado.

PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

El suicidio de un adolescente es un hecho dramático. Es importante centrar los esfuerzos en la prevención, que debería ser una cuestión prioritaria en nuestros programas de salud. Y en esta tarea deben concienciarse y participar todos los sectores de la sociedad. Es lamentable que se inviertan escasos recursos en el conocimiento de la realidad de la salud mental de los adolescentes (se habla mucho; se conoce poco) y en la prevención del suicidio. Proponemos el esquema sugerido por JJ Mann y colaboradores (12) y que se ilustra en la figura 5.

- Intervenciones eficaces para regular la capacidad de adaptación ante los acontecimientos vitales estresantes. Este aspecto es muy amplio y sugiere la necesidad de educar al niño en la comprensión de los límites, en la capacidad de reaccionar ante las situaciones frustrantes, y en la resiliencia. Es importante la intervención activa de los profesionales de atención primaria y de los educadores y docentes.
- La correcta detección de los trastornos psiquiátricos pasa por el obligado reconocimiento de los psiquiatras infantojuveniles y la necesidad de la psicofarmacología en el tratamiento de estos trastornos. Existe todavía una "psicofarmacofobia" en nuestra sociedad. **El 90 % de los casos de suicidio no han recibido tratamiento.** Se sabe, por otra parte, que en muchos pacientes que han consumado el suicidio, se encuentran niveles bajos de serotonina.

- Este punto va ligado con la intervención social para reducir la estigmatización de la enfermedad mental y del suicidio.
- Es importante que aquellos profesionales que tratan con adolescentes reciban la educación necesaria para detectar aquellos que presentan un riesgo de conducta suicida.
- Se ha defendido la posibilidad de un screening sistemático en alumnos de enseñanza secundaria. Serviría para detectar síntomas depresivos, reconocer la importancia de trastornos anímicos, y de riesgo de suicidio en atención primaria.
- Es importante acercar los servicios de salud al adolescente. El 83 % de los suicidas han contactado con el médico el mismo año, y el 66 % durante el mismo mes. ¿Estaba preparado el médico para sospechar el dolor anímico de su paciente?
- Entendemos como **“gatekeepers”** aquellas personas próximas al adolescente y que pueden hacer de intermediarios: maestros, técnicos de emergencias, policía, bomberos, personal de recursos humanos. Requieren formación específica (no basta la buena voluntad). Y esta formación incluye preparación teórica y emocional, y siempre dentro de una red de comunicación.
- Es importante reducir la posibilidad de acceso a los métodos letales: armas de fuego, pesticidas, fármacos... También, a nivel urbano, proteger los desniveles importantes y los accesos a las vías del ferrocarril.
- El control del impacto mediático es importante, pero de difícil control desde la aparición en internet de webs específicas de apoyo al suicidio.

Y, no por ser menos importante, dejo para el final el tema de la **espiritualidad** (13). En un mundo cada día más tecnificado, se olvidan, a menudo, los aspectos trascendentes de la persona. Se planifican las actividades docentes y las extraescolares para dar muchos contenidos al niño y al adolescente. Pero no se invierte suficiente tiempo en enseñar a pensar, en incrementar la posibilidad de buscar un sentido de trascendencia a la vida. El laicismo no está reñido con la espiritualidad. Y la espiritualidad se educa desde la lectura pausada, la escucha atenta de la música, el paseo sin prisas por el monte, la contemplación de un paisaje, etc. Se trata de actividades que pueden parecer inútiles pero que suponen una gran barrera protectora para el niño que deberá afrontar un mundo cada día más complicado.

Prevención secundaria:

Se trata de identificar y supervisar los adolescentes con riesgo de suicidio. Supone implementar los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, haciendo un seguimiento clínico intensivo.

Es importante identificar a los adolescentes en situación de riesgo debido a depresión y otros trastornos mentales, acontecimientos vitales estresantes, intentos previos de suicidio, antecedentes familiares de violencia y abuso, acceso fácil a métodos letales, prisión.

El uso y abuso de alcohol siempre supone un riesgo importante. A nivel de neurotransmisores, disminuyen los niveles de serotonina y de dopamina. Como consecuencia, aumenta la impulsividad, la sintomatología depresiva y la agresividad. Y facilita la conducta desinhibida.

Programas de prevención: SEYLE.

Existe un programa europeo para la prevención del suicidio: **“Saving and Empowering Young Lives in Europe”** (www.seyle.org). Se trata de un programa para desarrollar en las escuelas, a nivel de atención

primaria, aunque en España ha tenido escasa difusión. Los resultados preliminares (14), tras una aplicación en 11 países europeos, atestiguan su utilidad. Se basa en tres pilares:

- a) Programas para entrenar a los “gatekeepers” en la escuela o instituto.
- b) Programas para concienciar a los alumnos. Se basa en tres sesiones de role-play, con participación activa de los propios alumnos: el primero para conocer las posibles elecciones en la vida, el segundo para conocer los sentimientos y como manejar las situaciones de estrés, y el tercero para conocer la depresión y los pensamientos suicidas. El programa con los alumnos se trabaja a partir de seis posters: conocimiento de la salud mental, autoayuda, estrés y crisis, depresión y pensamientos suicidas, como ayudar a un amigo afligido, y como contactar con los servicios de emergencia.
- c) Screening por parte de profesionales para detectar situaciones de riesgo en las que se pueda actuar de manera eficaz. Se utilizan cuestionarios debidamente escogidos y validados.

Factores que aumentan el riesgo de repetir un intento de suicidio.

Entre los aspectos preventivos, conviene vigilar específicamente al adolescente que ha cometido un acto suicida fallido. El riesgo a que este acto suicida se pueda repetir se asocia al número de intentos previos, a las ideas suicidas persistentes, a las consecuencias médicas del intento suicida, al uso de un método poco habitual, al humor deprimido, maníaco o mixto, a la ansiedad intensa, a la agitación psicomotriz, a la irritabilidad y a la presencia de síntomas psicóticos.

Este riesgo aumenta especialmente en varones, en edades comprendidas entre los 16 y 19 años y que viven solos. (7)

LA FAMILIA DESPUÉS DEL SUICIDIO

A menudo el médico de atención primaria deberá atender a la familia del adolescente que ha cometido un acto suicida. Se trata de una experiencia dura cuando el fallecido era también su paciente. Pero se trata de una situación de duelo en que se puede dar un apoyo importante a un grupo familiar que vive una de las peores tragedias, pues se ha tratado de una muerte violenta, sin lugar para despedidas.

La familia tiene, a menudo, una sensación de abandono y traición, con enojo hacia el fallecido, donde pueden coincidir sentimientos contradictorios de tristeza y alivio de una situación dura. La familia suele hacerse un montón de preguntas sin respuesta, que traslada al médico. Hay miedo, hay temor al estigma social que representa un suicidio, existe sentimientos de culpa (la familia necesita auto-perdonarse) y distorsiones cognitivas (no hablar claro sobre el suicidio)... Todo ello puede llevar a un duelo patológico que requiera una intervención de un profesional de la salud mental.

EL ROL DEL MÉDICO QUE ATIENDE ADOLESCENTES

La identificación de aquellos adolescentes con un riesgo para cometer un acto suicida es, sin duda, el reto más importante para el médico que atiende a la salud integral de los adolescentes. Se trata de una labor a realizar en equipo con todos aquellos profesionales que, por una u otra circunstancia, están cerca del adolescente y pueden detectar las oscilaciones en su estado de ánimo (tabla I)

Debe ser considerado seriamente **cualquier cambio repentino** o dramático que afecta el desarrollo de la vida normal del adolescente, su asistencia al centro escolar, o su conducta.

Debe prestarse especial atención a la falta de interés hacia las actividades cotidianas, la inflexión marcada en el rendimiento académico, la conducta inadecuada en la clase, el absentismo escolar repetitivo y no justificado, el incremento en el consumo de sustancias y los incidentes que conducen a situaciones de violencia. Se comprende la necesaria colaboración entre los servicios de salud y los centros académicos, no siempre comprendida adecuadamente por la administración. La aflicción, en el adolescente, puede ser el primer indicador de riesgo hacia la conducta suicida.

El médico que atiende adolescentes deberá ser capaz de detectar la **sintomatología depresiva** en sus pacientes, para referirlos al profesional especialista adecuado (el psiquiatra infantojuvenil). La dificultad de constatar la depresión está relacionada con el hecho de que durante el desarrollo adolescente es frecuente que aparezcan algunos rasgos comunes con la depresión. La adolescencia es un estado normal y durante su curso son comunes algunos rasgos tales como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga, y problemas con el sueño. Son rasgos comunes con la depresión como enfermedad, pero no son causa de alarma hasta que aparezcan como persistentes y progresivos. Comparado con los adultos deprimidos, el joven tiende a actuar más, (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y dormir más (como forma de eludir o evadir).

Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales. La intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el cual surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos (por ejemplo su persistencia) son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.

El médico que atiende adolescentes no deberá infravalorar, nunca, un **intento de suicidio**, por irreal y fantástico que parezca. Puede ser la última oportunidad para salvar una vida.

Otra tarea importante para el médico que atiende adolescentes es la **identificación de situaciones ambientales y acontecimientos negativos** que puedan activar los pensamientos suicidas y aumentan el riesgo de suicidio. La colaboración entre los docentes y el equipo de salud mental puede ser fundamental.

Otro reto es la identificación de los trastornos de personalidad, lo que supone, en muchas ocasiones, el correcto diagnóstico diferencial no exento de sentido crítico, de aquellos adolescentes que nos llegan a la consulta con un supuesto TDAH.

Y, en **términos generales**, el médico que atiende adolescentes debe ser capaz de forjar lazos cercanos con los jóvenes, hablándoles y tratando de entender y ayudar, aliviar la aflicción mental, ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida (ya sea a través de afirmaciones verbales y/o cambios comportamentales), ayudar a los estudiantes menos diestros, desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y drogas. Y, sobre todo, ser capaz de remitir o acompañar a los pacientes con trastorno psiquiátrico a los oportunos servicios de salud mental infantojuvenil.

El médico que atiende adolescentes deberá colaborar eficazmente con los equipos docentes, pues, muchas veces, es en el aula donde se detectan los primeros indicadores del riesgo para el suicidio.

Y, finalmente, **deberá solicitar la ayuda y la colaboración del psiquiatra infantojuvenil** cuando evidencia sospecha de enfermedad de mental y, con carácter de urgencia, si existen los más mínimos indicadores de riesgo de conducta suicida. Esta interconsulta no siempre es vista como importante por parte de la familia,

por lo que deberá buscar argumentos de peso y explicar bien su rol de enlace con los profesionales de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. - Hawton, K., Fagg, J. Simkin, S., Bale, B. and Bond, A. "Deliberate selfharm in adolescents in Oxford, 1985-1995". *Journal of Adolescence*. 2000; 23, 47-55.
2. - Martin, G. "The influence of television suicide in a normal adolescent population". *Archives of Suicide Research*. 1996; 2, 103-17.
- 3.- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, Garfinkel R, Greenwald S: The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43(1):71-79.
4. - Remafedi G. Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *J Adolesc Health*. 2002; 3:305-10.
5. - Forster, PL, Wu, LH. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Re Psychiatry* 2002; 21: 75-113.
6. - Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
- 7.- Carballo Belloso JJ, Figueroa Quintana A, Oquendo MA, Soutullo Esperón C. Conducta suicida. Retención, evaluación y tratamiento. En Soutullo Esperón C y Mardomingo Sanz MJ (Ed) *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2003.
- 8.- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). *Protocolos clínicos*. Editorial Siglo S.L. Las Rozas (Madrid); 2010.
- 9.- García-Caballero A, Recimil MJ, Touriño R et al. Adaptation and Validation of the Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) in Spanish. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(6):332-9
- 10.- Rodríguez Almada H, García Maggi I, Ciriacos C. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Uruguay* 2005; 21: 141-150
- 11.- Toro Trallero J. *El adolescente en su mundo*. Ediciones Pirámide. Madrid; 2010.

- 12.- Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. JAMA. 2005; 294 (16): 2064 – 2074
- 13.- Cornellà J. Espiritualidad y suicidio en adolescencia y juventud, ¿factor protector o factor de riesgo? Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2010, 27 (4): 290 – 292.
- 14.- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. BMC Public Health 2010; 10:192 – 206

FIGURA 1
DE LAS AUTOLESIONES AL SUICIDIO

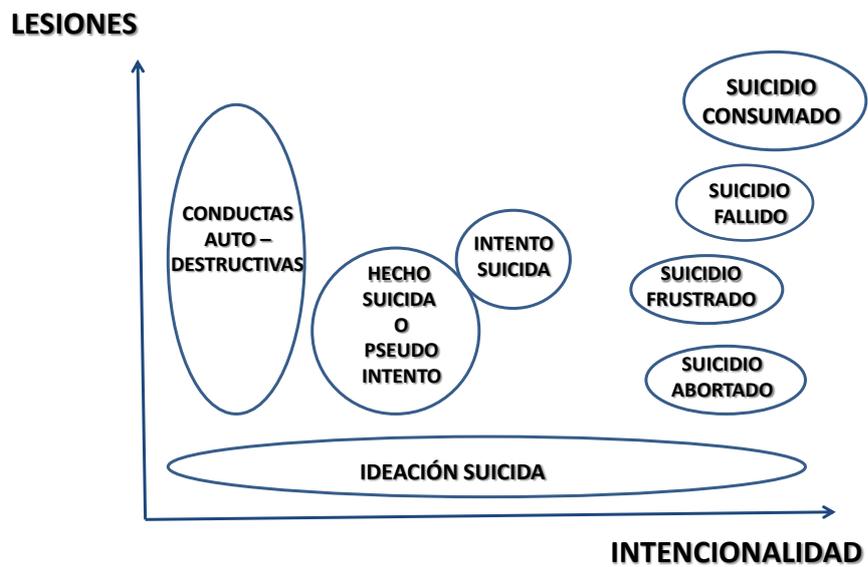


FIGURA 2

¿SUICIDIO O ACCIDENTE?

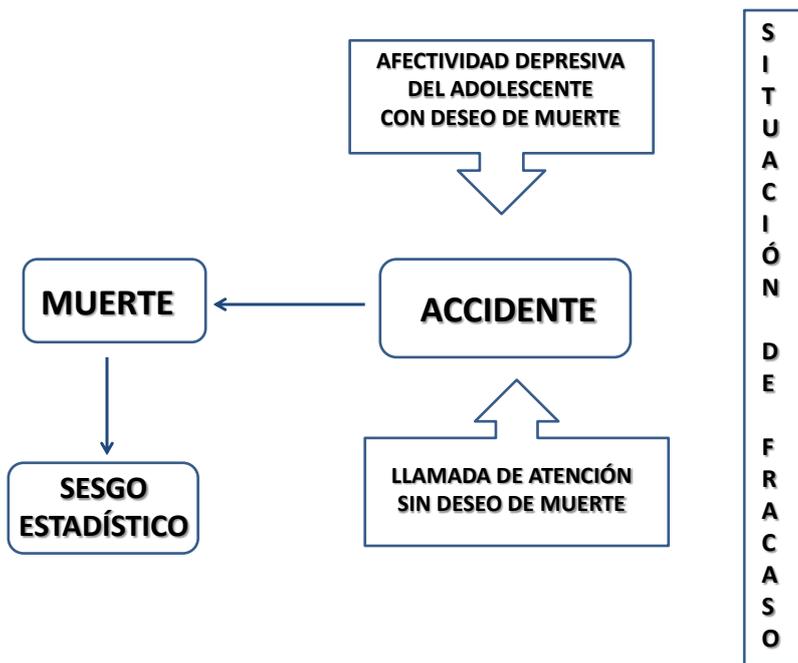


FIGURA 3

EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: PLAN Y UMBRAL DE VULNERABILIDAD

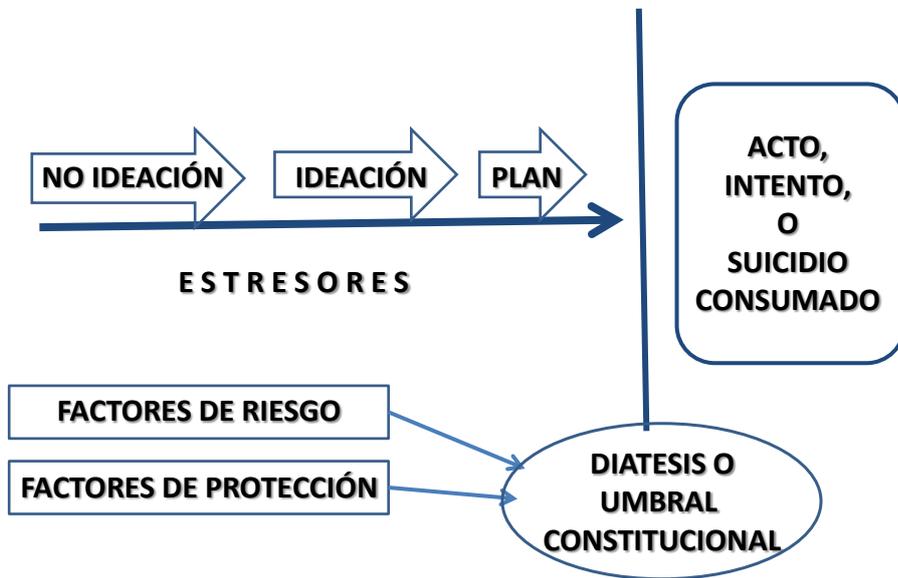


FIGURA 4

CIFRAS ABSOLUTAS DE SUICIDIOS EN ESPAÑA SEGÚN EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Suicidios en España

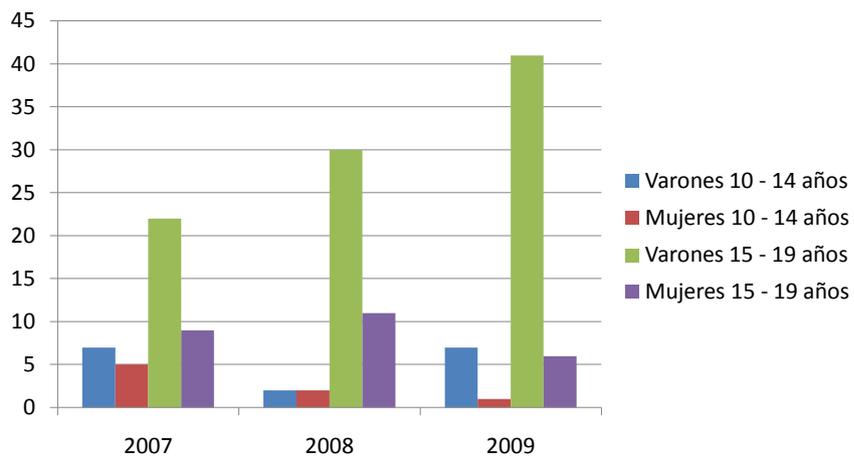
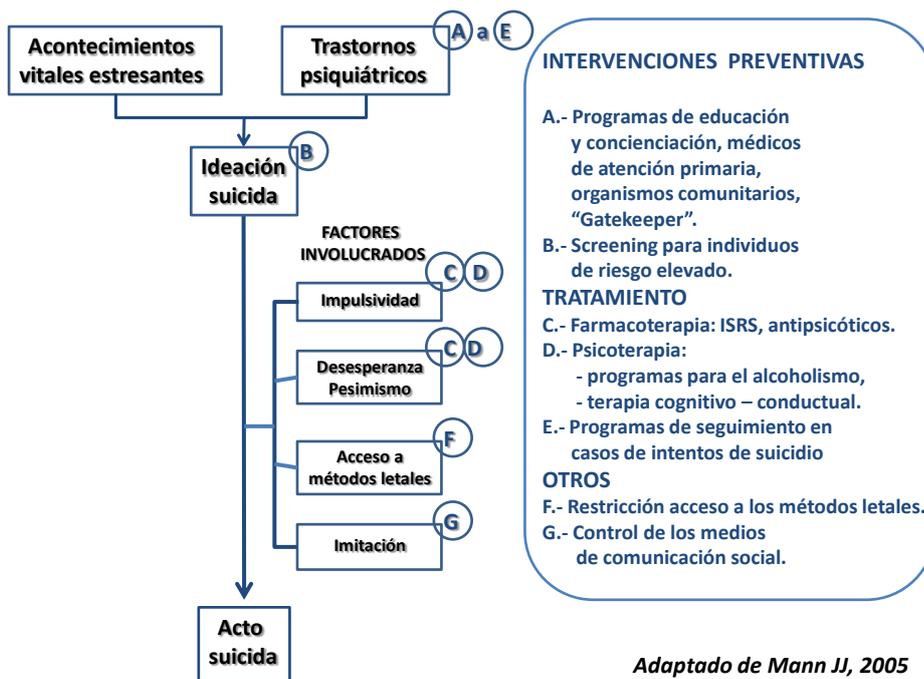


FIGURA 5

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UN MODELO



Adaptado de Mann JJ, 2005

TABLA I
VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RIESGO DE SUICIDIO

Intento de suicidio	Intentos pasados Intento actual: persistencia del deseo de muerte, intención, plan.
Clínica	Estado mental :capacidad de juicio, agitación, psicosis, drogas (abuso o abstinencia). Trastornos psiquiátricos: humor, ansiedad, abuso de sustancias, comportamiento, conducta alimentaria, esquizofrenia. Antecedentes de abuso. Antecedentes médicos.
Relaciones interpersonales	Colegio, instituto, trabajo, familia, amigos, pareja.
Ambiente	Antecedentes familiares psiquiátricos: conducta suicida, trastornos psiquiátricos, abuso de tóxicos. Acontecimientos vitales estresantes. Colegio/ Instituto/ Trabajo. Estatus socioeconómico Acceso a métodos de suicidio.
Características socio-demográficas	Sexo, edad, raza, lugar de residencia, estado civil.
Factores protectores	Espiritualidad y creencias religiosas, cultura, razones para vivir, apoyo familiar y social, alianza terapéutica, adherencia al tratamiento, habilidades sociales y de resolución de conflictos.
Valoración global	Bajo, moderado o alto.