

APROXIMACIÓN A LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES*

Ana Berta Jara Segura**, Fernando González Serrano***,
Paz San Miguel**** y Maite Urizar*****

Resumen: Revisión sobre las Tentativas de Suicidio en los adolescentes, factores epidemiológicos, contexto socio-familiar, funcionamiento mental, evaluación del riesgo y actitud ante un gesto suicida, la valoración de la necesidad de ingreso y propuestas de tratamiento.

Palabras clave: Suicidio en adolescentes, evaluación y actitud.

Summary: Revision of the suicide attempts in adolescents, epidemiologic factors, socio-family context, mental functioning, risk assesmeret and attitude before a suicide gesture, the assesment of the admission need and treatment proposals.

Keywords: Suicide in adolescents, assesment and attitude.

* * *

INTRODUCCIÓN

Los suicidios y las tentativas de suicidio en la adolescencia tienen un interés creciente, y suponen un importante desafío

* Trabajo resultante de un seminario de lectura y discusión sobre temas clínicos en el que participaron además de los autores Carmelo Malda, Dolores Codon, Mirian Aizpiri, Salvador Del Arco, Milagros Domingo, Xabier Tapia, y Helena Senra, a quienes mostramos nuestro más sincero agradecimiento por impulsarnos a la elaboración de esta reflexión y nos han enriquecido con sus aportaciones.

** Doctora en Psiquiatría por U.P.V. Correspondencia: Osakidetza C.S.M. Ercilla, c/ Ercilla, 4, 48009 Bilbao, Vizcaya. Teléfono: 944230049.

*** Médico Psiquiatra en el C.S.M. Uribe, OSAKIDETZA

**** Psicólogo Clínico en el C.S.M. Ercilla, OSAKIDETZA

***** Médico Psiquiatra en el C.S.M. Galdakao, OSAKIDETZA

para los profesionales de la salud mental y para todos aquellos que trabajan directa o indirectamente con adolescentes. Con esta revisión pretendemos aportar algunos puntos de reflexión sobre el funcionamiento mental de los jóvenes que están más predispuestos a pasar al acto, el contexto en que éste se produce y la necesidad de una adaptación del enfoque terapéutico. Teniendo en cuenta que en estos casos prever es la mejor forma de evitar una tentativa de suicidio, es de vital importancia conocer los factores de riesgo y protectores, así como tomar en consideración y evaluar cuidadosamente cualquier T.S. por vanal que ésta parezca; tomando así las medidas terapéuticas oportunas, sin olvidar la encrucijada vital en la que ésta se produce.

Hemos puesto el acento en los aspectos vitales interpersonales e intra psíquicos de las T.S. más que en los aspectos psicobiológicos, genéticos, etc. de indiscutible trascendencia y sobre los que existe numerosa literatura.

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

Las conductas suicidas (tentativas o suicidio consumado) suelen ser raras hasta el final de la latencia (10-12 años), aumentando progresivamente a lo largo de la pubertad y adolescencia. Las tasas de suicidio entre los 15 y los 19 años se acercan a las de los adultos: aproximadamente 11/100000 frente a 12-15/100000 de la población general^{1, 2}.

Actualmente se considera el suicidio como la 2.^a ó 3.^a causa de muerte en la adolescencia y juventud en los países desarrollados (incluso la 1.^a en algunos). Asimismo en los últimos años se ha podido constatar una elevada y creciente tasa de tentativas de suicidio (TS) en esta población. La TS es un comportamiento más frecuente que el suicidio consumado: se calcula que hay unos 8-10 intentos por cada suicidio en la población general y que esta proporción es aún mayor entre adolescentes y jóvenes^{2, 3}.

A raíz de la constatación del alza de las conductas suicidas surgen numerosos estudios epidemiológicos con objeto de investigar estrategias que puedan contrarrestar esta tendencia. El más importante en el ámbito europeo es el Estudio Multi-céntrico del Parasuicidio WHO-EURO llevado a cabo entre 1989 y 1992 en 13 países distintos⁴.

La OMS ha preferido utilizar el término de Parasuicidio con el fin de unificar la definición de la TS que era poco clara, dependiendo a menudo del clínico que investiga e incluso variando de un país a otro. Se define el Parasuicidio como “ un acto con final no fatal por el que un individuo emprende deliberadamente un comportamiento inhabitual que, sin la intervención de otros, causa daños autoinfringidos; o que ingiere deliberadamente una sustancia en cantidad superior a la prescrita, o a la dosis generalmente admitida, y que tiene por objetivo, debido a las consecuencias físicas reales o supuestas, provocar cambios que el sujeto desea”. Se excluye pues la referencia a la intencionalidad o la gravedad⁴.

Este estudio de la OMS da tasas de prevalencia de Parasuicidio de 106,9/100000 para varones y 291,8/100000 para mujeres de 15 a 19 años (168 y 283 respectivamente para la población entre 15 y 24).

Las tasas en la población general son de 136/100000 para varones y 186/100000 para mujeres. En la población española (Guipúzcoa) se da la tasa más baja de los 16 centros de investigación: 45/100000 en varones y 69/100000 en mujeres de todas las edades (la tasa oficial española se considera entre 50-90). En la franja de edad de 15 a 24 años las cifras oscilan entre 62/100000 para varones y 99/100000 para mujeres, la más baja del estudio⁴.

Hay que señalar que en esta investigación sólo se recoge la población que consulta en centros asistenciales. Se sabe que el número total de TS es mucho más alto (hasta 5 veces más) si tenemos en cuenta estudios con población general⁵. A pesar de los problemas metodológicos específicos de estos

dos modos de investigación, lo que sí se constata es que hay un gran número de adolescentes con conductas suicidas (la mayoría) que no solicitan ayuda ni son tratados como de riesgo.

La tasa de suicidio es mayor en varones, tanto en adolescentes y jóvenes como en población general. Las TS, por el contrario son mucho más frecuentes en la mujer durante la adolescencia para igualarse respecto al varón conforme aumenta la edad^{2, 6}.

En relación a la edad, las TS aumentan claramente a partir de los 17 años, manteniéndose su tasa estable hasta los 35 años para luego descender. Los suicidios consumados son algo menos frecuentes en la adolescencia, y es a partir de los 20 años cuando las tasas son similares a la población general.

El método utilizado con más frecuencia en nuestro medio es la intoxicación medicamentosa^{6, 7}. En el estudio de la OMS se citan a continuación otros tipos de envenenamiento voluntario y la flebotomía o corte de venas⁴.

Dos modos habituales de muerte violenta entre la población adolescente cuya diferenciación del gesto suicida es en ocasiones difícil de establecer son los accidentes de tráfico y las sobredosis de droga (heroína fundamentalmente).

Otros métodos como el ahorcamiento, defenestración, arma de fuego... son más raros (en USA el método más habitual es la muerte por arma de fuego)².

En un número significativo de adolescentes la ingestión abusiva de alcohol y, actualmente, también de otras sustancias (cocaína, drogas de diseño, psicoestimulantes) precede a la conducta suicida, sobre todo en los varones^{2, 7}.

Los estudios epidemiológicos con gran número de casos son útiles para conocer ciertas características socioculturales, familiares y médico-psiquiátricas de estos adolescentes, que pueden ayudar en la prevención: son los denominados factores de riesgo. No debe confundirse este concepto estadístico con las causas que siguen siendo desconocidas. Preceden a la TS pero su presencia no es condición suficiente⁷.

Subrayamos las siguientes:

Factores médico-psiquiátricos: hay un amplio consenso en considerar los intentos de suicidio previos como el predictor más importante para el suicidio. Un 18-20% de adolescentes con conductas suicidas en el estudio europeo de la OMS repitieron la TS al año. Asimismo se encuentran antecedentes de TS en un 45% de los casos de TS estudiados⁴.

Una parte muy importante de estudios (incluido el de la OMS) refieren uno o varios diagnósticos psiquiátricos en la mayoría de adolescentes y jóvenes que realizan TS aunque hay controversia a la hora de evaluar la psicopatología asociada a la TS.

Bastantes estudios hablan de tasas elevadas de Trastornos del Humor, siendo el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV) el que se realiza en más alta proporción^{2, 4, 8, 9, 10}. La asociación a Trastornos de Personalidad (límite o antisocial) y la importancia del abuso / dependencia de drogas y alcohol ocupan también lugar preferente^{2, 10}.

Los Trastornos Esquizofrénicos no parecen desempeñar un papel tan importante como en el adulto. La relación entre Trastornos del Humor y la TS es compleja: no todos los adolescentes depresivos realizan una tentativa de suicidio o un suicidio consumado.

En algunos estudios de TS no se llegó a ningún diagnóstico clínico en un porcentaje del 75% ó se halla una gran variabilidad si se evalúa desde el punto de vista del funcionamiento mental: "Esta aproximación cuantitativa no permite ir más allá de la constatación del carácter transnosográfico de la conducta suicida y captar características del funcionamiento mental susceptibles de ser operantes sobre organizaciones o estructuras psíquicas diferentes desde la neurosis a la psicosis pasando por todas las organizaciones intermedias"^{3, 11}.

El mal estado de salud, con quejas somáticas múltiples (cefaleas, dolores abdominales o dorsales, fatiga, problemas

de sueño,...) y la realización de consultas médicas se observa con mayor frecuencia en estos adolescentes. Estas características podrían relacionarse con aspectos depresivos subyacentes^{5, 7}.

Al igual que en el adulto, una cierta predisposición genética y la intervención de factores biológicos (fundamentalmente ligados al metabolismo de la serotonina) se unirían al resto de factores de un modo variable y complejo, bien directamente o por vía de los trastornos psíquicos citados, influyendo en riesgo suicida.

Factores familiares: las pérdidas parentales por fallecimiento, separación y abandono son más frecuentes. Los antecedentes familiares de enfermedad mental, abuso de alcohol y conductas suicidas aparecen también con mayor frecuencia. Lo mismo ocurre con las interacciones familiares conflictivas, ya sea entre la pareja parental o entre ésta y el adolescente^{3, 7}. Los antecedentes de abuso sexual parecen constituir asimismo un riesgo, especialmente en muchachas⁵.

Factores socioculturales: destaca la importancia de las dificultades escolares y de integración laboral en un número significativo de estos adolescentes. Así mismo se aprecia una escasa participación en grupos y actividades de ocio.

Se han hallado diferencias en la tasa de TS y suicidio entre diversos países: p.e. en Europa son significativamente más altas en Finlandia, Suiza y Austria, y bajas en Italia y España. Hasta el momento actual no se ha podido encontrar ningún factor ligado directamente a factores culturales que predisponga al suicidio, aunque si queda abierto un interesante campo de investigación acerca de posibles factores culturales potencialmente protectores o favorecedores de un riesgo suicida mayor en los adolescentes y jóvenes^{4, 5}.

En cuanto a la evolución de los adolescentes que han tenido TS hay consenso en considerar que son un grupo de riesgo de evolución desfavorable, tanto en mortalidad como en morbilidad somática y psiquiátrica, o de padecer dificultades

psicosociales como invalidez o desinserción, y este riesgo es aún mayor en el sexo masculino^{5, 9, 12, 13, 14}.

Es llamativo constatar que el grado de letalidad de la TS no parece tener influencia en la evolución posterior, lo que muestra la necesidad de tomar en consideración cualquier gesto suicida, incluso los que no comportan riesgo vital inmediato^{5, 12}.

CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO

Las características socioculturales y familiares halladas en los A.S. en diferentes estudios han dado lugar en alguno de ellos v.g. el de R. Diwo¹⁵ al “prudente avance” de algunas nociones útiles de cara a la comprensión y a la prevención de las T.S. en la adolescencia. Inspirándose en las ideas de Winnicott, quién subraya que “nadie es independiente del entorno, y hay condiciones del entorno que destruyen el sentimiento de libertad, incluso en aquellos que hubiesen podido gozar de él”, y tras la cuidadosa evaluación de los factores socio-culturales y familiares presentes en los A.S., plantean la noción de REALIDAD TRAUMÁTICA EXTERNA, y proponen el prestar atención al cúmulo de las excitaciones externas determinantes de una sobrecarga que puede conllevar, cualesquiera que sean las capacidades de elaboración mental, un fallo transitorio de su aparato mental y, debido a ello, la posibilidad de recurrir a la actuación.

Empleando la escala de ALCES de Yeaworth (Cuestionario de sucesos vitales para adolescentes) llegan a determinar el UMBRAL CRÍTICO DE SOBRECARGA que diferenciaría significativamente a los suicidas. Mas allá de ese umbral, los riesgos de recidiva serían mayores. El sobrepasar el umbral crítico sería más alarmante en el caso de los adolescentes considerados “vulnerables” (con un funcionamiento mental precario). El riesgo sería máximo si se sumasen los dos signos: Vulnerabilidad psíquica + Realidad externa traumática.

Son considerados como significativos los cambios en la composición de la familia, el fallecimiento de alguno de sus miembros, el desentendimiento entre los padres, el divorcio, accidentes o enfermedades graves, tentativa de suicidio de algún miembro de la familia, peleas con los hermanos y/o con los padres madre embarazada, problema de alcoholismo en casa, traslados, padre sin trabajo. A nivel escolar: acudir a un nuevo centro, problemas de disciplina, suspensos en una o varias asignaturas, repetición de curso, expulsión del centro. A nivel social: cambio de amigos, amigos con ideas de suicidio, amigos que hayan tenido una T.S., accidente o enfermedad grave de un amigo/a, arresto por la policía o escarceos con la ley. También fallecimiento de amigos y rupturas sentimentales; embarazos, interrupción voluntaria de embarazo, dificultades sexuales, vivir situaciones de violencia. Se tiene en cuenta los sucesos vividos, la fecha de los sucesos y si estos han sido vividos de forma particularmente estresante.

Además del establecimiento del umbral crítico, es interesante la constatación de que cuanto más precoces son los acontecimientos, más se deben tener en cuenta. La interpretación que dan a esto es que dejan entrever el sufrimiento y el desamparo pasados o actuales de los padres del adolescente, lo que ha podido causar una falta de disponibilidad para atender el sufrimiento del hijo.

El peso de las alteraciones en el contexto socio-familiar en el riesgo de las T.S. es algo generalmente admitido. A modo de ejemplo, en el estudio de B. Millet y O. Halfon¹⁶ se citan como factores de riesgo predominantes: los trastornos psiquiátricos, el medio familiar perturbado y las dificultades escolares. Resaltan trastornos psiquiátricos en la familia, especialmente en los padres: T.S., suicidios, alcoholismo... Padres separados o fallecidos. Familias caracterizadas por una gran violencia, en las que se privilegian más los actos que las palabras, o bien se evitan todas las tensiones relacionales. En el entorno escolar: repeticiones, cambios de orientación. Los adolescentes con

fracaso escolar deben efectuar precozmente elecciones de cara a la vida activa; confrontados muy pronto a las dificultades del paro y del trabajo, la proporción de los adolescentes trabajadores es más elevada entre la población suicida. Otros factores serían la emigración y el nivel socio-económico bajo.

Por último, refiriéndose a las características familiares de los adolescentes con T.S., Marcelli y Braconnier¹⁷ resaltan los conflictos familiares, especialmente separaciones con ausencia frecuente del padre o de toda figura de autoridad paterna. Factor que interviene con más peso cuanto más precoz es la separación. También desplazamiento y desajustes recientes, así como antecedentes familiares patológicos. Ni el nivel socioprofesional de los padres ni la presencia o ausencia de las madres en el hogar o el trabajo de la madre en el exterior les parecen estadísticamente significativos. En cuanto a los factores socio-culturales, el elevado porcentaje de adolescentes con T.S. entre la población inmigrada les lleva a considerar la noción de aculturación brusca y cambio repentino de los valores sociales, relacionado con el concepto de "anomia" de Durkheim: incapacidad de establecer una jerarquía de prioridad entre las diferentes funciones que debe desempeñar, no poseer criterio para cumplir las obligaciones de un papel o de otro. El estado de anomia de una sociedad: es decir el estado de desintegración de las relaciones sociales y de la estructura de la sociedad tal como la viven los emigrantes puede aproximarse al estado de desintegración a nivel del individuo, o en otros términos, a las tentativas de suicidio. Las rupturas en el entorno sociocultural del adolescente constituyen un factor de riesgo notable. En los antecedentes recientes de los adolescentes suicidas se encuentran con mucha frecuencia cambios de domicilio, partida de un miembro de la familia, cambios en los hábitos o formas de vida (colegio, trabajo) rupturas con el grupo de compañeros.

APROXIMACIÓN AL FUNCIONAMIENTO MENTAL DE LOS ADOLESCENTES CON TENTATIVAS DE SUICIDIO

¿Cómo saber qué ocurre en el interior de un adolescente que atenta contra su vida?

Los estudios revisados utilizan métodos de investigación diferentes.

M. Laufer¹⁸ y su equipo se valen de la investigación psicoanalítica de pacientes parasuicidas con el fin de adentrarse en el conocimiento del funcionamiento psíquico de estos adolescentes.

Para este autor el intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino e impredecible, más bien es el eslabón final de una cadena de acontecimientos psicológicos internos. Diferencian entre factores que predisponen a pensamientos suicidas y factores que precipitan el intento real del suicidio.

Describen tres factores predisponentes:

- El primero es que todos los adolescentes de su estudio sentían que eran sexualmente anormales. Inconscientemente, experimentaban su sexualidad en desarrollo y la posibilidad de relaciones sexuales, como una amenaza aterradora, en lugar de un desarrollo del self. Estos sentimientos de anomalía sexual eran una fuente importante de sentimientos muy dolorosos de fracaso o de vergüenza.
- El segundo factor predisponente es el miedo a ser invadido, que significa que las experiencias de dependencia e intimidad por más que sean anheladas, son vividas como una amenaza para el frágil sentido de la identidad de estos adolescentes. En esta línea cualquier separación tiende a ser experimentada como un rechazo. Unos miedos tan intensos de ser tragado y de abandono indican dificultades del desarrollo temprano en el proceso de separación e individuación de la madre.

- Como tercer factor predisponente es la intolerancia a los afectos dolorosos que resulten de las dificultades mencionadas arriba.

Factores precipitantes

Entre los **factores precipitantes**, destaca en primer lugar, la posibilidad de cambio en la vida del adolescente que presenta inconscientemente un movimiento hacia el funcionamiento independiente de los padres, ya sea cambio de colegio, comenzar un trabajo, o dejar la casa paterna.

El segundo factor precipitante y de particular significado es este grupo de edad es la emergencia de impulsos hostiles y la aterradora sensación de pérdida de control de su ira y agresión.

En este punto existe una diferencia entre las chicas que expresaban una hostilidad hacia sus madres con miedos asociados a la muerte de la madre y los chicos que dirigían su agresión a la figura paterna o sus equivalentes: profesionales, instituciones, etc.

Laufer insiste, en que a esta edad es de vital importancia el carácter persecutorio que adquiere el cuerpo sexuado, vivido como el lugar donde se alojan sus pensamientos y deseos anormales, que llevan al adolescente a odiarse a sí mismo y a su nuevo estado físico creyendo que su estado mental previo a la pubertad era más sereno y feliz.

El adolescente que pasa a la acción está más poseído por su necesidad de paz que por el hecho de la propia muerte. Así se siente obligado a hacerlo para liberarse de su situación de dolor.

Todos los adolescentes de su estudio habían contado sus sentimientos suicidas y sus intenciones antes de hacer el intento.

El mecanismo de negación de la realidad con una falta de conciencia de la irreversibilidad de la muerte predomina en los

momentos previos al acto suicida. Hay una retirada total de la libido objetal hacia la libido narcisista, viviendo el acto suicida como una acción inmensamente poderosa.

En el estudio multicéntrico realizado en Francia y dirigido por PH. JEAMET y E. BIROT³ con una población de 149 pacientes que habían realizado una T.S. con edades comprendidas entre los 13 y los 25 años, abordaron tanto la vertiente epidemiológica como las especificidades del funcionamiento mental. En este último aspecto los autores señalan tres características esenciales:

- La fragilidad de las bases narcisistas de la personalidad (la estima de sí mismo).
- La poca eficiencia de los mecanismos de contención psíquica o mecanismos defensivos más maduros (anulación, formación reactiva, racionalización, sublimación) frente a mecanismos dirigidos a la puesta en el exterior de los conflictos (proyección, defensas maníacas, escisión).
- El fracaso parcial de la organización edípica para jugar su rol estructurante de la identidad sexual y la diferencia de generaciones.

De estos tres ejes dominantes se desprenden varias consecuencias: en primer lugar la extrema sensibilidad de estas personas a las variaciones de la distancia con sus objetos de investimento, así como en relación a sus ideales y a los movimientos de idealización y desidealización. Esta sensibilidad individual a los cambios provoca una fragilidad de estos adolescentes ante las pérdidas y las decepciones, en este sentido los cambios familiares y sociales adquieren un peso desmesurado.

En opinión de estos autores, no se trata tanto de un perfil del suicida, sino más bien de una constelación de modalidades de funcionamiento mental, las cuales asociadas según los modos y las variables dominantes evocarían una vulnerabilidad en la respuesta suicidaria. Respuesta que es susceptible de ser reducida o ampliada, según diversos factores: individuales,

familiares, psicológicos o biológicos, a los cuales el sujeto será tanto más sensible cuando entren en resonancia entre ellos y con los antecedentes personales. Estos factores de vulnerabilidad sólo se pueden entender en el contexto de una comprensión dinámica de las capacidades defensivas del sujeto. En este sentido, señalar la escasa utilización de mecanismos de defensa de tipo neurótico.

Nos parece particularmente interesante el estudio comparado de R.Diwo¹⁵ con adolescentes de 13 a 19 años suicidas y no suicidas, en los que se investigó la vulnerabilidad psíquica y la sobrecarga externa.

Formularon tres hipótesis:

1. Hipótesis: La intensidad de la sobrecarga externa debería estar presente y ser más importante en el adolescente suicida.
2. Hipótesis: La fragilidad de la mentalización debería ser más importante en el adolescente suicida.
3. Hipótesis: La pobreza del espacio imaginario debería ser más frecuente y más amplia en el adolescente suicida.

Los resultados confirmaron las tres hipótesis.

En primer lugar los adolescentes suicidas tuvieron el doble de acontecimientos externos vividos de forma estresante que el grupo de control.

La capacidad de mentalización mostraba las siguientes características: Una menor utilización de formaciones reactivas contra la agresividad en los adolescentes suicidas, junto con una reactivación de afectos depresivos y una baja integración de la bisexualidad psíquica.

La utilización del espacio imaginario era más pobre en estos adolescentes.

Entre sus conclusiones Diwo plantea que llegado a un cierto nivel de sobrecarga externa, se produciría un fallo transitorio del aparato mental con empleo de otras vías de descarga como el actuar.

A modo de resumen enumeraremos los puntos de acuerdo entre los autores revisados:

- 1.º Dificultad en la organización mental de los conflictos
- 2.º El Conflicto se sitúa y se pretende resolver en lo corporal.
- 3.º El acto suicida sería la forma de salir de la pasividad, actuando sobre el cuerpo.
- 4.º Dificultades en la vivencia de la sexualidad.
- 5.º Dificultades precoces en el desarrollo, particularmente en el proceso de separación-individuación.
- 6.º Presencia de acontecimientos externos que sobrecargan las capacidades elaborativas de estos adolescentes.

EVALUACIÓN DEL RIESGO Y ACTITUD ANTE UNA TENTATIVA DE SUICIDIO

Se sabe que hay un gran número de adolescentes con conductas suicidas que no solicitan ayuda, ni son tratados como pacientes de riesgo, por lo tanto es un punto de gran interés en primer lugar poder Identificar los Grupos de Riesgo (Factores de Riesgo), así como la evaluación cuidadosa de la ideación suicida y Situación De Riesgo Individual en las entrevistas con adolescentes, principalmente si padecen un trastorno afectivo o han tenido tentativas previas.

1. Identificar la tentativa de suicidio como tal, lo cual no siempre es evidente⁵.
2. Solicitar / Realizar una evaluación semiológica cuidadosa que permita una aproximación diagnóstica clínica.
3. Investigar el funcionamiento mental, valorar los posibles fallos en la organización de la personalidad.
4. Evaluación del soporte socio-familiar.
5. Situación / estado presuicida, estado cognitivo y emocional del sujeto¹⁹.

- Situación de STRES: Situación de alto contenido emocional secundario a un acontecimiento vital de breve duración y limitadas consecuencias.
- Situación de CRISIS: Intensa alteración emocional prolongada (semanas o meses) reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan seriamente la homeostasis psicosocial del sujeto
- Situación SÍNTOMA: La acción ideación auto lítica tiene relación directa con un trastorno psiquiátrico, síndrome depresivo, bien único o en comorbilidad con otro trastorno.

En la situación de crisis o síntoma, el riesgo suicida continúa tras el acto o tentativa de suicidio.

Anamnesis y exploración de la ideación suicida

Diferentes autores insisten en la necesidad de explorar la ideación suicida en un adolescente planteando una aproximación por etapas (CALRK y FAWEETT, 1992)¹⁹ preguntando primero desde el malestar por ideas en torno a la muerte y en un segundo tiempo tratando de concretar si existen planes concretos, si son o no activos y si implican la participación de otras personas. También según estos autores debe preguntarse por actos suicidas anteriores y por la gravedad y consecuencias de los mismos.

La utilización de escalas de valoración del riesgo, de indiscutible valor en la investigación, no deben sustituir en ningún caso una entrevista psiquiátrica cuidadosa, preferentemente a solas con el paciente y disponiendo del tiempo necesario.

Finalmente, es necesario entrevistar a la familia, ya que puede aportar información muy valiosa con respecto al contexto en el que se producen y sobre conductas que pueden estar relacionadas con la situación de riesgo (fugas, consumo de tóxicos, etc).

Valoración de la necesidad de ingreso

Algunos autores (Ladame y cols.)⁵ consideran que un tiempo de hospitalización está formalmente indicado en todas las tentativas de suicidio, sobre todo para tomar en consideración el deseo de ruptura manifestado por el gesto suicida. Esta pausa permite emprender un primer trabajo de crisis de cara a un relanzamiento del funcionamiento psíquico paralizado por el paso al acto y su dimensión traumática, así como evita entrar en resonancia-complicidad con actitudes negadoras por parte del paciente y su familia, y se hace eco de la necesidad de tomar en serio cualquier gesto suicida, ya que según estos autores, como ya hemos mencionado anteriormente, el grado de letalidad de la tentativa de suicidio no tiene influencia sobre la evolución ulterior que se caracteriza por un riesgo elevado de evolución desfavorable.

En la práctica clínica es necesario valorar la necesidad de ingreso conforme a una serie de criterios entre los cuales se encuentran, además de los estrictamente clínicos, la valoración del riesgo/beneficio del internamiento frente al tratamiento ambulatorio, la disponibilidad de los recursos asistenciales; nunca hay camas para ingresar a todos los suicidas potenciales que acuden a los dispositivos asistenciales y en nuestro medio no disponemos de unidades de hospitalización específicas para adolescentes, (todo esto mediatiza la decisión de ingreso). Diferentes parámetros han sido propuestos por diversos autores para realizar la INDICACIÓN DE INGRESO TRAS UNA TENTATIVA DE SUICIDIO¹⁹:

1. Persistencia de intención letal.
2. Utilización de métodos violentos.
3. Realización de tentativa de suicidio premeditada o con difícil “rescate”,
4. La gravedad de la sicopatología y/o el alto nivel de ansiedad; trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante, sobre todo con impulsividad y agresividad, alcoholismo, drogadicción y psicosis.

5. La continuidad del estado presuicida de “Crisis”.
6. El soporte psicosocial bajo y disponibilidad de medios para suicidarse. El trastorno parental deteriorante, hostilidad, maltrato e incapacidad para proteger al adolescente requieren hospitalización.

TRATAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON T. S.

Tratamiento ambulatorio

No se dispone de tratamiento, fármacos, psicoterapia o intervención comunitaria específicos. De entrada, si la predisposición al suicidio es multifactorial el tratamiento debería ser multidisciplinario. Los controles realizados en salas de guardia detectan cifras desalentadoras que indican que sólo el 30-40% acude a la primera cita de control (Kaplan)²⁰.

Desgraciadamente, la dinámica familiar que no permite reconocer los problemas del adolescente también impide solicitar y mantener el tratamiento, pero tal vez haya que encontrar en el propio funcionamiento mental de los adolescentes suicidas las claves que nos permitan entender la dificultad para acceder al tratamiento, de manera que se puedan desarrollar estrategias psicoterapéuticas más adaptadas a las necesidades de este grupo de pacientes.

Según Ladame⁵, la experiencia demuestra que sin trabajo de “reanimación psíquica” tras los cuidados somáticos en una tentativa de suicidio, las propuestas de tratamiento ambulatorio a más largo plazo son ILUSORIAS en tanto que están desprovistas de sentido para la mayoría de los jóvenes y para sus padres. Es por ello de gran importancia la entrevista que se realiza en un primer momento tras la tentativa; muchas veces en la misma sala de urgencia, y que permite una primera evaluación del gesto, evaluación ésta necesaria para determinar la conveniencia de ingreso y la presencia de una patología mental fijada o en sus comienzos, y por otra parte, tiene como objeto preparar una terapia relacional posterior más allá del

relato fenomenológico del episodio presente alrededor del cual se desarrolla generalmente la entrevista.

Ningún enfoque terapéutico mantiene una psicoterapia individual específica para el suicidio. Desde distintos enfoques se prioriza la necesidad de establecer una estrecha relación terapeuta - paciente. Los objetivos prioritarios que se plantean son: aliviar el sufrimiento, construir apoyos realistas y ofrecer alternativas al acto suicida. En este contexto, las psicoterapias de orientación dinámica y de orientación cognitiva son las más utilizadas. Las psicoterapias de orientación dinámica recomiendan cambios de técnica específicos con los suicidas, en especial con los más agudos, consistentes en un seguimiento continuo de la intención suicida, abandonar la neutralidad terapéutica si fuera necesario y realizar una dirección activa a favor de la vida, el uso de recursos comunitarios, sociales y familiares, e incluso el cese del secreto médico o la hospitalización protectora.

La entrevista familiar

El reencuentro familiar suele ser fácil en esta situación de urgencia, pero esta facilidad y el acuerdo dado habitualmente a las proposiciones terapéuticas no determinan en nada la evolución ulterior (D. Marcelli - A. Braconier)¹⁷. El conjunto de autores (Morrison, Poivet, Ladame) está de acuerdo en reconocer la dificultad para obtener una movilización familiar que no sea una simple crispación defensiva secundaria a la tentativa de suicidio. Como señala Ladame: “el comportamiento suicida puede cesar solamente si alguna cosa cambia en su vida”. Esta “alguna cosa” concierne tanto a la vida psíquica interna del adolescente como a su entorno.

Los consentimientos dados y los eventuales compromisos terapéuticos adoptados por la familia ante la urgencia y en la atmósfera dramática de la hospitalización son frecuentemente vividas como resultado de una presión: el gesto suicida corre el riesgo de ser vivido como un medio de presión, es decir, de

“chantaje”. Es importante que el psiquiatra o psicólogo consultor sepa limitar su aproximación terapéutica a lo estrictamente necesario. De entrada, se puede proponer un modo de intervención definido: un número limitado de entrevistas familiares y/o individuales, al término de las cuales se propone una reevaluación diagnóstica y terapéutica, es la técnica del “contrato”. En efecto, parece ilusorio iniciar procesos terapéuticos a corto o a largo plazo (psicoterapia) cuando los riesgos de ruptura son muy grandes. Esta interrupción puede ser vivida como una ruptura suplementaria en un adolescente cuyo pasado está ya saturado de ellas. A veces, únicamente, la aparición de una reincidencia podrá permitir el establecimiento de un tratamiento terapéutico prolongado. Puede tratarse de una psicoterapia individual, de una terapia familiar o de ingreso en diversas instituciones (hospital de día, hogar, etc.).

Algunas propuestas asistenciales

Llegado a este punto, la pregunta que podemos plantearnos es cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes. Interrogante que se plantea no sólo para los adolescentes suicidas, sino para un grupo mucho más amplio. ¿Cómo ayudar más concretamente a los adolescentes que según su funcionamiento mental se describen como más temerosos a la intrusión y a la dependencia y con una marcada intolerancia a los afectos dolorosos que los hace más proclives al paso al acto?

1. O. HALFON²¹ propone en el servicio de Lausana una serie de “**arreglos**” para favorecer la asistencia a los adolescentes.

a) La creación de una estructura de acogida y de cuidados específicos para los adolescentes. “La acogida - consulta para jóvenes, se trata de un dispositivo ambulatorio con acogida rápida, con cita concertada previamente, pero también sin cita previa. Se trata de facilitar el acceso a los cuidados por parte de los adolescentes, extendiendo su impacto al entorno social,

entendiendo por éste a los padres, a las familias de acogida, a los hogares, a los enseñantes, a los médicos y a enfermeras escolares, a los representantes de las instancias judiciales, a los asistentes sociales, a los educadores de barrio, etc, que pueden recurrir a dicho centro.

b) El segundo “arreglo” atañe a las lagunas de la red asistencial: Según este autor, la idea de la dificultad de obtener adhesión de un joven a un tratamiento psiquiátrico estaba tan extendida, que con cierta frecuencia se tomaban decisiones operatorias impuestas a los jóvenes; ciertas colocaciones en hogares y sobre todo numerosos ingresos forzosos en hospitales psiquiátricos. Por supuesto, ciertas situaciones, entre las que se incluye el riesgo de suicidio, pueden necesitar de un ingreso involuntario; pero en muchos casos, era una puesta en evidencia de las incoherencias de las redes de cuidados psiquiátricos y sociales, de la coordinación insuficiente entre las diversas estructuras unida a la capacidad de los adolescentes de suscitar en los adultos reacciones contratransferenciales negativas. La norma de una discusión del médico responsable con la familia y los miembros de la red asistencial antes de la decisión de hospitalización y una cuidadosa evaluación clínica han permitido en numerosos casos la rápida transformación de una hospitalización forzosa en una hospitalización voluntaria.

c) La tercera medida propuesta es la creación de centros de acogida, orientación y tratamiento ambulatorio para los adolescentes en relación con la toxicoddependencia, permitiendo entre otras cosas a los adolescentes toxicómanos tener fácil acceso a la red de cuidados. Así mismo, se ha creado un centro educativo penitenciario para adolescentes, se trata de un establecimiento cerrado, que recibe a chicos/as enviados la mayoría de las veces por los tribunales de menores y por los servicios de protección de la juventud.

La vivencia en este centro, el sentido que pueda tener para el sujeto y sus consecuencias, tanto concretas como fantasmáticas, son, según los autores, primordiales para el porvenir

de estos jóvenes, que en su mayoría rechazan activamente cualquier tipo de ayuda. Se trata de recursos para adolescentes toxicómanos y/o delincuentes que tienen una comorbilidad psiquiátrica y que como sabemos, son un grupo de riesgo suicida importante. La drogadicción se relaciona con el 30-70% de los suicidios, intentos más graves y con los métodos más letales (Kaplan)²⁰.

2. Los Hospitales Universitarios de Ginebra asociados a la Fundación Children Action han creado en 1.996 una Unidad de “Estudio y Prevención del Suicidio” cuyos objetivos son:⁵

Dirigirse al entorno de los jóvenes suicidas (amigos, padres, enseñantes...) para ayudar a afrontar una crisis suicida: la experiencia clínica demuestra que la impotencia y la soledad sentidas por las personas confrontadas a un riesgo suicida juegan un papel importante en la negación del riesgo de muerte a pesar de la evidencia.

Dirigirse a grupos particularmente expuestos al riesgo suicida, todos los que han tenido que afrontar un suicidio o una tentativa de suicidio frecuentemente soportan un efecto traumático; en especial en los adolescentes parece jugar un papel importante el comportamiento suicida en el entorno cercano (amigos) que puede generar más gestos suicidas⁷. Tras un drama suicidario, organizar y animar grupos de discusión en la familia, entre los amigos y en los colegios, parece un medio eficaz de prevenir otras tentativas.

Dirigirse a los profesionales que trabajan con adolescentes: pediatras, médicos generales, educadores, trabajadores sociales y proponer formación sobre la prevención del suicidio en los jóvenes para mejorar el despistaje de los jóvenes de riesgo a través de un mejor conocimiento de los signos de alarma, básicamente la prevención se basa en la predicción. Mejorar el conocimiento mutuo de las personas que intervienen en la red natural de los adolescentes, facilitar el acceso a los servicios y la organización de tratamientos cuando sean necesarios.

3. El alarmante incremento de las tasas de suicidio en EE.UU. durante las últimas décadas ha llevado a un importante desarrollo de programas de prevención, la evolución más importante en cuanto a estrategias preventivas se ha realizado entre la población adolescente¹⁹.

Los programas llevados a cabo y denominados de primera generación incluyen:

- Programas de adiestramiento en centros escolares para educadores.
- Programas de entrenamiento comunitario dirigidos a sacerdotes, médicos, policías...
- Educación general sobre el suicidio a los escolares
- Programas de detección y derivación (Administración de cuestionarios o de instrumentos de cribado para problemas psicológicos que puedan relacionarse con el suicidio.
- Programas de apoyo entre compañeros, promoviendo las competencias sociales, las relaciones entre compañeros y la creación de redes de apoyo entre jóvenes en riesgo.
- Centros y líneas de crisis. Se tratan de centros y líneas telefónicas que permanecen abiertos día y noche.
- Restricción de medios (limitar el acceso a armas de fuego, etc.).
- Prevención de conductas imitativas.

No se ha podido demostrar la eficacia de estos programas, en parte porque presentan de importantes déficits en cuanto a la evaluación de resultados. En la actualidad se está desarrollando una segunda generación de estrategias preventivas que se ocuparán de redefinir y focalizar más selectivamente las actuaciones en grupos de alto riesgo dirigiendo primordialmente sus esfuerzos hacia la prevención primaria, incidiendo sobre situaciones previas al suicidio y fortaleciendo los factores protectores.

Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico de las conductas suicidas es, evidentemente, el de los trastornos psiquiátricos subyacentes: depresión, psicosis, trastornos de personalidad, drogadicción, etc. Es necesario añadir que existen tratamientos más específicos sobre la conducta suicida genérica, en tanto que ésta se trata de una manifestación caracterizada por:

- Dos fenómenos biológicos: elevación de la impulsividad y de la agresividad autodirigida, susceptibles de tratamiento psicofarmacológico
- Y dos fenómenos psicológicos: el sufrimiento y la desesperanza, susceptibles de tratamiento psicoterapéutico.

El sustrato neurobiológico de la impulsividad y de la agresividad se relaciona con los núcleos basales, que serían activados por sistemas de neurotransmisión dopaminérgicos, y probablemente noradrenérgicos; e inhibidos por sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos. Los datos más indicativos que implican una determinada disfunción cerebral con el suicidio, son los que vinculan dicha conducta con una hipofunción serotoninérgica; la reducción del 5 HIAA, metabolito de la serotonina (5-HT) en líquido cefaloraquídeo (LCR) permite distinguir entre pacientes esquizofrénicos o depresivos con tendencia suicida de los que no la tienen (Niran et al 1984, Edman et al 1985)¹⁹.

La utilización de los fármacos Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRS e ISRSN) supondría un menor riesgo de suicidio que los antiguos antidepresivos tricíclicos (Tollefson 1995)¹⁹, ya que no sólo disminuyen el estado depresivo, sino que disminuyen también la impulsividad y la agresividad, teniendo especial cuidado al inicio de la actividad antidepresiva, ya que es frecuente que la acción desinhibidora de la conducta aparezca antes que la acción antidepresiva propiamente dicha, sobre todo en las formas inhibidas, en las que la propia inhibición puede ser un freno a la conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D. Manual de psicopatología del niño. Masson 1982.
2. CARLSON, G; ABBOTT, S. *Trastornos del estado de ánimo y suicidio*. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Buenos Aires: Ed. Intermédica 1995: Vol 4; 2312-2318.
3. JEAMMET, P; BIROT, E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris: PUF, 1994.
4. SCHMIDTKE, A; BILLE-BRAHE, U; DELEO, D., et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.
5. LADAME, F; PERRET-CATIPOVIC. Tentative de suicide a l'adolescence. Encycl Med Chir (Elsevier-Paris), Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999, 6p.
6. DE LA GÁNDARA, J. El suicidio en niños y adolescentes. Psiquiatría 1995: Vol VII, 34-40.
7. FERNÁNDEZ RIVAS, A. Tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos: análisis descriptivo y estudio de los factores de riesgo. Tesis doctoral, Facultad de Medicina de la U.P.V., 1995.
8. MARCELLI, D. Adolescence y depression. Paris: Masson 1990.
9. LADAME, F. Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson 1987.
10. ANDREWS, J; LEWINSOHN, P. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992, 31: 655-662.
11. DAVIDSON F; Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude epidemiologique. Paris: Les Editions ISERM, 1986.
12. BEAUTRAIS, A; JOYCE, P; MULDER, R. Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998, 37: 504-511.
13. BILLE-BRAHE, U; KERKHOF, A; DE LEO, D, et al. A repetition -prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 81-86.

14. MARTTUNEN, M; ARO, H; LONNQVIST, J. Adolescent Suicide: Endpoint of Long-Term Difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 649-654.
15. DIWO, R., Événementss de vie et fragilité de la Mentalisation: Approche comparée chez l'adolescent suicidant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 1.999, 47 (4) 200-214.
16. MILLET, B.; HALFON, O.; LAGET J.; BARRIE, M-D. Tentatives de Suicide de l'adolescent. Indications d'une prise en charge institutionnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994, 42 (10) 704-710.
17. MARCELLI, D.; BRACONNIER, A., *Manual de Psicopatología del Adolescente*, MASSON, 1.986
18. LAUFER, M., *El adolescente suicida*, Psicoanálisis, Biblioteca Nueva, 1995
19. SAIZ RUIZ, J., *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*, Psiquiatría Médica, Masson 1997.
20. KAPLAN, H.; SADOCK, B., *Tratado de Psiquiatría Vol.4*, 1995, Ed. Inter Médica, Buenos Aires. 44, 2.312-2.319.
21. HALFON, O., ¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 26, 1998.