



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN:

**TANATOLOGÍA QUE
PRESENTAN:**

**GARDUÑO AMBRIZ ROSALÍA
GÓMEZ HERNÁNDEZ KRYSTIAM YESICA
PEÑA REYES ANGÉLICA JULIETA**



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN:

**TANATOLOGÍA QUE
PRESENTAN:**

**GARDUÑO AMBRIZ ROSALÍA
GÓMEZ HERNÁNDEZ KRYSTIAM YESICA
PEÑA REYES ANGÉLICA JULIETA**



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F a 17 de Enero del 2011.

Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentaron:

Garduño Ambriz Rosalía
Gómez Hernández Krystiam Yesica
Peña Reyes Angélica Julieta
Integrantes de la generación 2010-2011

EL NOMBRE DE LA TESINA ES:

“SUICIDIO EN ADOLESCENTES”

Atentamente
Dra. Galia G. Castro Campillo
Psiquiatra.

DEDICATORIAS

A mis muertos, allí donde estén

A mis padres, por los que tomé el diplomado

Krystiam.

A Dios, a mi familia, a los que ya se
fueron, pero que siguen estando y
a los que se quedan, pero que con su
dolor deciden transformar la vida.

Rosalía

A Dios, a mi madre por su ejemplo, a mis hijos por su impulso.

A mi familia y a la vida por mostrarme el camino.

Angélica.

ÍNDICE

• Justificación.....	6
• Capítulo I Adolescencia.....	8
- Características y Generalidades.....	8
• Capítulo II Suicidio.....	12
- Generalidades.....	12
- Medio ambiente y el adolescente suicida.....	15
- Factores bioquímicos del suicidio.....	16
- Factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes.....	17
• Capítulo III Estadísticas.....	20
•	
• Capítulo IV Características Clínicas.....	23
- Introducción.....	23
- Trastornos depresivos.....	24
- Esquizofrenia.....	27
• Capítulo V Detección del riesgo suicida.....	29
• Capítulo VI Terapias y Manejo en la crisis suicida.....	32
- ¿Cómo manejo una crisis suicida en un adolescente?.....	32
- Características y Terapia del sobreviviente.....	34
- Características comunes en los suicidios según Shneidman.....	36
• Capítulo VII Prevención.....	38
- Objetivos.....	38
- Propuestas.....	39
• Capítulo VIII Anexos.....	41
• Conclusiones.....	53
• Bibliografía.....	55

JUSTIFICACIÓN

Hablar sobre suicidio en la adolescencia resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y creer que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado y por considerar que es una tarea exclusiva de psiquiatras, psicólogos, médicos y suicidólogos, en el que no pueden intervenir otros sectores de la población.

Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio en la adolescencia. Aprender a cuidar la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia. Aprender a amarse racionalmente incrementa la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará nuestra calidad de vida.

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupa un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes en vehículos de motor y lo más grave es la tendencia a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Proporcionar a los adolescentes literatura científica que aborde el comportamiento suicida, incrementar programas de prevención, pueden ser de gran utilidad, pues contribuye a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo de compañeros y amigos que se encuentren en una situación de crisis suicida.

De la misma manera, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos a la

realización de un acto suicida y evitar que ocurra, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y que contrariamente a lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz, **del dolor de la desesperanza**.

Es muy importante que tomemos conciencia de ésta realidad que actualmente nos está sobrepasando, que actuemos oportunamente y apoyemos a nuestros jóvenes para que encuentren un sentido real de vida y aprendan a enfrentar los problemas que se les presenten de una manera efectiva.

Capítulo I

Adolescencia

Características y generalidades

La adolescencia, implica un proceso de cambio, de transición, entre lo que Freud llama latencia y adultez, en donde el aparato psíquico cobra un papel fundamental. Es una época de profundos cambios en todos los órdenes, que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con la familia, los compañeros y en el entorno social, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés. Pero a la vez, una época de encuentros amistosos, de búsqueda de verdades, de apoyo emocional, de aflojamiento de ligaduras familiares, de sueños del futuro y de nuevos valores, que favorecen la formación de la identidad.

Francoise Dolto dice: “El nacimiento es muerte; la muerte es nacimiento”, el adolescente enfrenta la muerte de su infancia y la considera como una fase de mutación, no hay una edad precisa que establezca la fecha de desarrollo del individuo, pues cada uno la vive según su relativa precocidad o, por el contrario, según sus retrasos. Al capricho de su propio ritmo, el adolescente se opone a todas las leyes, porque le parece que quien las representa no le permite ser, ni vivir y desde su fragilidad, se defiende contra los demás, por medio de la depresión o de un estado de negativismo que agrava su debilidad.

La adolescencia es un período de la vida en la que la confusión es el aspecto dominante. En ella se inician nuevas relaciones con los padres y también con el exterior, se produce una ruptura con el mundo infantil. Además los cambios fisiológicos

también tienen que integrarse en la vida de los adolescentes de manera que estos puedan adaptarse a su nueva imagen corporal.

El hecho que marca la ruptura con el estado de infancia, es la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la realidad; el sueño, de las relaciones reales. El adolescente de las grandes ciudades, psicológicamente se encuentra en una situación marginal que no le permite adaptarse, porque es demasiado grande para desempeñar el rol de niño y aún demasiado joven como para ser considerado adulto.

Aproximadamente dos años antes de la pubertad, comienza el período denominado pubescencia durante el cual se produce el desarrollo fisiológico que permite la maduración de las funciones reproductoras y que incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Según algunos autores esta etapa se inicia aproximadamente a los 12 ó 14 años y culmina con la madurez entre los 18 y 20 años. Algunos sociólogos toman en cuenta a los estudiantes prolongados o “adolescentes retrasados” que viven en casa de sus padres más allá de la mayoría de edad y otros psicólogos la reducen al camino final de la infancia.

Kurt Lewin, psicólogo de la primera escuela de la Gestalt de Alemania; estaba convencido que todos los fenómenos psicológicos, inclusive los que se producen por única vez, acontecen según ciertas leyes que se cumplen en términos de probabilidad. Un concepto clave de su teoría es que el comportamiento depende de esa persona y de su ambiente. Por lo tanto, un ambiente inestable durante la adolescencia puede producir inestabilidad en ese sujeto. Por esta razón, es necesario conocer los elementos del ambiente y personales en interacción de un niño, o sea su espacio vital, para comprender su conducta.

La característica del adolescente es el cambio acelerado de su espacio vital y su rol se le presenta confuso y difícil de distinguir, con barreras difíciles de superar, inseguro de qué conducta es la apropiada para acercarse o alejarse de sus objetivos, transformándose en un ser marginal. La falta de dirección en su entorno produce en él

una crisis que se manifiesta con aislamiento e inhibición y también con agresividad y extremismo.

No sólo el ambiente de un adolescente cambia en forma rápida sino que también su cuerpo sufre notables cambios que agravan su sentimiento de inadecuación y lo desequilibran emocionalmente.

Un adolescente suele ser tímido, pero agresivo, puede experimentar un conflicto interno con respecto a sus actitudes, valores, ideas o estilo de vida, tiende al extremismo y suele cambiar drásticamente su conducta.

La adolescencia, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal, aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos:
 - Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
 - Necesidad de independencia.

- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Se tornan más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Capítulo II

Suicidio

Generalidades

Suicidio es toda conducta consciente que íntegramente está encausada a la autodestrucción de la propia persona ya sea por omisión o por acción. La palabra suicidio se deriva del latín *sui* (a sí mismo) y de *caedere* (matar). Es una realidad humana, un escándalo, un tabú. Es una muerte violenta por lo inesperado, súbito, brutal, agresivo, corrosivo, que afecta no solo a la persona que lo lleva a cabo, sino a todo su entorno. Mata la tranquilidad de la familia y le deja un mensaje brutal.

El suicidio es una de las principales y más importantes causas de muerte en el mundo. Se datan de hasta un millón de muertes al año y es la segunda causa de muerte, después de los accidentes, en los jóvenes.

Durante la adolescencia, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión y que en ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio. Esta idea plantea el problema de la depresión como vivencia existencial. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente y puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás, es la pérdida de fe, es desesperanza. El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social.

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida y que puede ser una lesión auto producida, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de

morir no es consciente, de manera que la víctima se autodestruye lentamente. Personas que padecen una enfermedad provocada por estados emocionales o por sentimientos negativos que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como; drogas, alcohol y tabaco.

Según Schneiderman la conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

- 1.- La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que resulta de un estado depresivo. El adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- 2.- Una conducta suicida impulsiva que puede presentarse después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- 3.- Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida.
- 4.- El intento suicida como medio de comunicación, en el que el adolescente no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, existe un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que se exterioriza con llamadas de auxilio. Éste inicia con ideaciones suicidas y puede presentarse en forma verbal, a través de amenazas o fantasías, o de manera no verbal, en donde surgen verdaderos intentos de autodestrucción y comportamientos dañinos, menos inmediatos o bien verdaderos intentos de autodestrucción.

La adolescencia, es considerada como una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. La tentativa de suicidio es una conducta significativa en esta etapa y plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis.

Para Beachler el suicidio puede tener varios significados:

1. La huida; que es el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante, atentando contra la propia vida, ya que ésta se percibe como insoportable y que está fuera de control.
2. El duelo; después de una pérdida importante para la persona y que no ha podido manejarse adecuadamente.
3. El castigo; se presenta cuando el adolescente se siente responsable de un acto negativo y el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria.
4. El crimen; cuando el adolescente atenta contra su vida e intenta llevar a otro a la muerte.
5. La venganza; cuando se atenta contra la vida y se intenta provocar el remordimiento de otra persona.
6. El chantaje y la llamada de atención, con los que se intenta ejercer presión sobre el otro.
7. El sacrificio; en el que se atenta contra la vida para adquirir estima y valor considerado superior, es morir por una causa.
8. El juego; cuando se atenta contra la vida, para probarse a sí mismo o a los demás, que es valiente y forma parte del grupo.

Algunos autores consideran que la impulsividad propia de los adolescentes, explica en parte el acto suicida. Entre mayor sea la impulsividad del individuo, mayor es la posibilidad de autodestrucción. Peck; considera a la conducta autodestructiva como un mecanismo utilizado por los adolescentes para manejar el estrés y las situaciones difíciles de la vida. Encuentra una relación entre la incapacidad del joven para manejar situaciones angustiantes y el miedo al fracaso.

La conducta suicida del joven no puede considerarse como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir, el intento suicida involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.

El medio ambiente y el adolescente suicida

En toda conducta destructiva, existe una buena cantidad de agresión, que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas o dirigirse hacia afuera; por medio de actos delictivos o agresivos.

Cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede y quien recibe la agresión. Esta interacción puede darse en muchos niveles, de forma verbal o física. Cuando el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le causa sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos mismos sentimientos por diversos medios y la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma. Cuando el suicidio ocurre dentro de un contexto como éste, el comportamiento autodestructivo resulta ser la forma en que puede comunicar a los demás sus sentimientos, súplicas o demandas que no sabe expresar de otra manera.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Existen algunos factores que pueden fomentar el suicidio en los adolescentes, pero que no son decisivos para que éste suceda. Se puede contribuir a la confusión y la depresión del joven, pero es la conjunción de una diversidad de factores los que contribuyen para llegar al extremo de la autodestrucción.

Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma. Hay que atender las señales que el joven manifieste, pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo profesional para que aprenda a manejar efectivamente sus problemas.

La fuente principal de apoyo y aceptación tendría que ser la familia, pero en ocasiones la inexperiencia y las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de ésta.

Es importante descubrir el problema a tiempo para buscar soluciones reales y no centrarse únicamente en buscar culpables.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia no mencionada en nuestra sociedad, ya que es considerada como un tabú, un escándalo y por estar estigmatizada. De manera tradicional se ha evitado la idea de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa, que de forma consciente y deliberada se causan la muerte. En algunos casos puede ser más fácil llamar " accidente" a un suicidio. Las otras víctimas del suicidio son los parientes y amigos que tienen que enfrentar todo lo que implica este acto.

Elizabeth Kubler-Ross (1983), psiquiatra que ha investigado de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, nos habla de una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio: La primera etapa; se caracteriza por la conmoción y la negación. Se evita hablar al respecto, no se utiliza la palabra suicidio, el dolor es tan fuerte que se cierran a sus propios sentimientos.

En la segunda etapa; se empieza a manifestar el dolor, se trata de culpar a alguien o a sí mismo por lo que pasó y por último se expresa enojo hacia el suicida.

La tercera etapa; es aceptar el hecho, es dejar ir al ser querido o bien concluir con un asunto que estaba pendiente.

Factores bioquímicos del suicidio

Ni una perspectiva puramente sociológica o psicológica parece explicar adecuadamente las causas del suicidio. Es probable que estén implicados otros factores. Por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía, así como la depresión está relacionada con la bioquímica. Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el

cuerpo. Existe a evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados.

No se puede decir exactamente cuáles son los verdaderos motivos para que un adolescente decida suicidarse, ya que debido a el trastorno bipolar ha habido jóvenes que aparentemente lo tenían todo en la vida; salud, una familia estable, un círculo amplio de amistades, un buen nivel académico y que a pesar de ello lo han intentado y han logrado salvarse gracias a los avances de la ciencia, ya que se ha detectado a tiempo el trastorno bipolar y puesto en tratamiento médico.

Factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes

En un artículo publicado en la Revista chilena de Pediatría, se hace una recopilación basada en literatura científica, de los factores de riesgo asociados al intento suicida en niños y adolescentes, para delimitar los grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos.

- El género y la edad; los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son; trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 10 y 15 años se han ido incrementando, principalmente de los 15 y 25 años. Mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. Lo hombres utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

- Las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida, dichas circunstancias hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida. Algunos autores han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida. Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas.
- La depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa independiente a este riesgo. Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas.
- Problemas conductuales; múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio. Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia,

inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual. Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsivo, que vienen de familias que evidencian bajos niveles de cohesión. Ellos pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias. La conducta agresiva también se ha vinculado con la repetición del intento, la que a su vez se asocia con suicidio completado. Un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con solo 1% entre pacientes con un solo intento. Los altos niveles de agresión en pacientes severamente deprimidos pueden aumentar significativamente el riesgo de recidiva.

- La ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: algunos estudios muestran que los intentadores de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% vs 22%), aunque esta diferencia no fue significativa; otro estudio muestra que los ideadores suicidas deprimidos (de los cuales 39% tenían ya un intento de suicidio) manifestaron altos niveles de ansiedad (76,4%), pero estos niveles no fueron significativamente diferentes de adolescentes depresivos no suicidas; otros resultados muestran que los varones que expresaban pensamientos suicidas en ausencia de actos, eran más ansiosos que los intentadores de suicidio. Los autores interpretan estos hallazgos sugiriendo que el intento de suicidio en los varones reduce síntomas, disminuyendo de esta manera la ansiedad después del acto. Consistente con esto, Andrews y Lewinsohn (1992) encontraron una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombres, pero no en mujeres.

Capítulo III

Estadísticas

Los adolescentes representan en México el grupo más vulnerable. La depresión, ansiedad, daño neurológico en edad temprana, consumo de sustancias adictivas y la problemática económica y familiar potencializan la idea del suicidio. Los niños y los adolescentes, al igual que los adultos, sienten que hay dificultades que no pueden superar y en ocasiones, la idea de la muerte comienza a ser muy recurrente en su vida.

Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) indican que en México, los adolescentes representan el grupo de edad más vulnerable para el suicidio, a causa de situaciones o problemas, aunado a factores de depresión severa.

De acuerdo con información del INEGI las entidades con mayor incidencia de suicidio en los jóvenes son Tabasco, Guanajuato, Coahuila, Distrito Federal y Chihuahua.

Es importante mencionar que muchas muertes no se atribuyen al suicidio, sino a accidentes automovilísticos o a intoxicaciones pero “nadie nos asegura que estas personas no estaban pasando por un cuadro depresivo que los orilló a atentar contra su vida”.

De acuerdo a la investigación, el medio utilizado con mayor frecuencia para quitarse la vida es la ingesta de medicamentos y el uso de arma blanca. Entre las causas que originaron los intentos por quitarse la vida destacó el disgusto familiar con cuatro de cada diez casos y uno más de ellos por causa amorosa.

En los últimos años se ha observado un aumento de muertes por esta causa en mujeres de 11 a 20 años, grupo que ha triplicado su tasa de mortalidad de 1990 a la fecha. De acuerdo a la SSA, las muertes por suicidio en México representan aproximadamente el seis por ciento de los fallecimientos por causa externa.

Actualmente la tasa promedio de suicidios se ubica en 8% de cada mil habitantes, vinculándose el 60% a la causa de Trastorno Bipolar y reportando de entre el 60 y el 80% relacionado con episodios maníaco-depresivos.

Es importante subrayar que los registros de intento de suicidio no pueden ser confiables en su totalidad, de acuerdo a las limitaciones de la información oficial sobre este tema. De acuerdo a las estadísticas de suicidio en los estados unidos mexicanos en el año del 2008 reportan 3795 suicidios en estudiantes de primaria (1789), secundaria (1478), y preparatoria (528) asimismo se informa del número de suicidas de acuerdo a edad específica: de 10-14 años (191) y de 15-24 años (1323) quedando un total de (1514 suicidios registrados en adolescentes).

Cuadro I
SUICIDIO COMO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS
DE MUERTE, POR GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, 2007

Grupo de edad	n	% hombres	Tasa	Lugar entre las causas de mortalidad
< 15	138	60.9	0.43	5
15 a 19	522	73.2	4.98	3
20 a 24	687	80.5	7.13	3
25 a 29	587	84.0	6.60	4
30 a 34	551	85.3	6.52	5
35 a 39	419	85.9	5.41	7
40 a 44	345	82.3	5.09	10
45 a 49	278	82.0	4.90	16
50 a 54	213	82.6	4.76	22
55 a 59	130	88.5	3.76	30
60 a 64	115	87.0	4.27	32
65 a 69	124	92.7	6.02	33
70 a 74	104	90.4	6.91	41
75 a 79	69	84.1	6.71	43
80 a 84	45	100.0	7.04	44
85 y mas	36	91.7	6.59	49

Excluye suicidios con entidad federativa, edad o sexo no especificados.
Fuente: Referencia 7

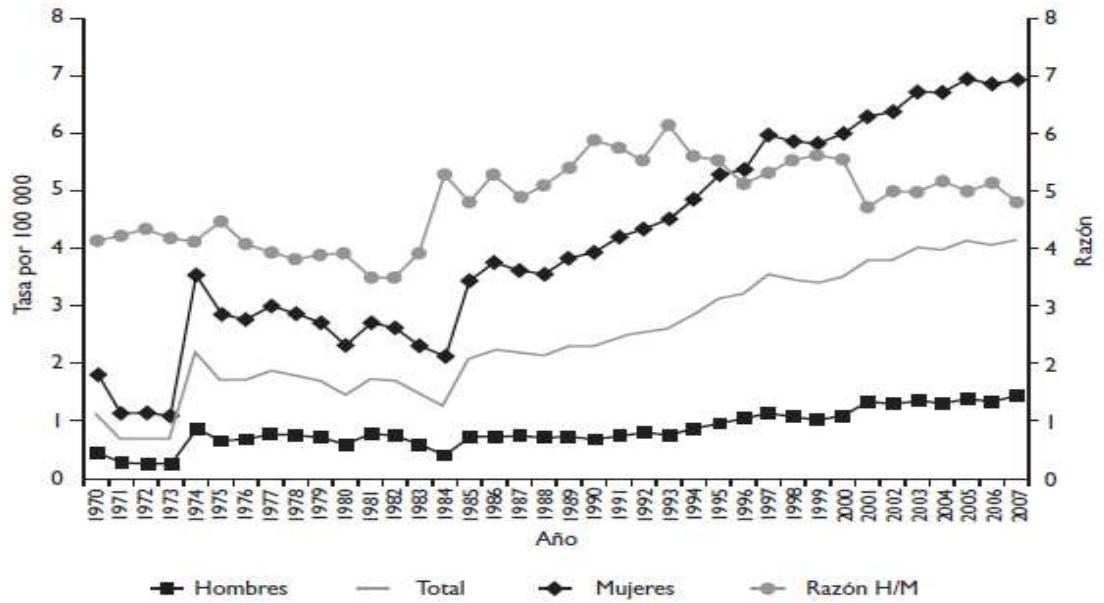


FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA REPÚBLICA MEXICANA POR SEXO, 1970-2007

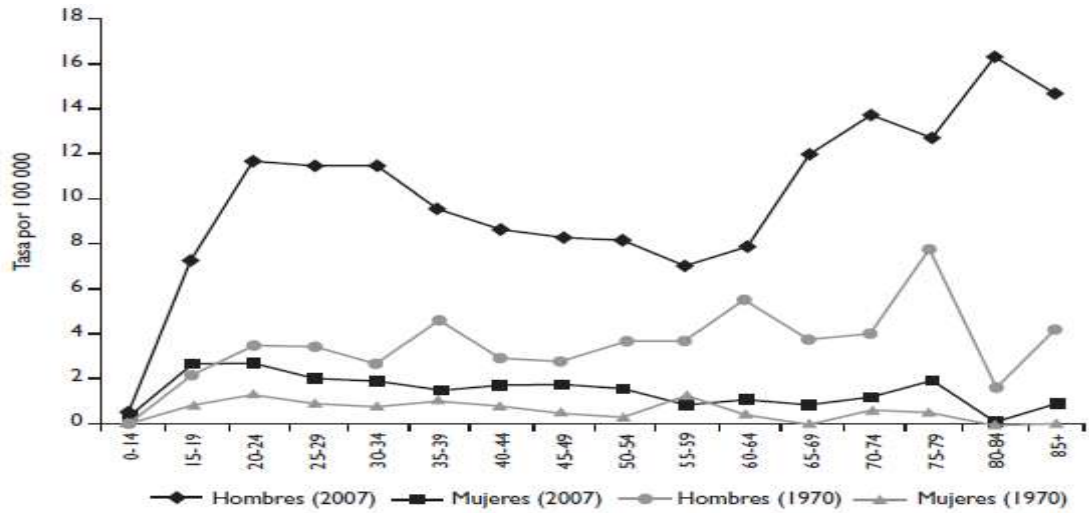


FIGURA 2. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. MÉXICO 1970 Y 2007

Capítulo IV

Características Clínicas

Introducción

Aprox. el 90% de los suicidios adolescentes suceden en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente. En la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente durante 2 años o más. Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico son:

- Alguna forma de trastorno del humor (en chicos a menudo es comórbido con TD o abuso de sustancias)
- Abuso de sustancias y/o abuso de alcohol (chicos > 15 años)
- La mayoría de los niños y adolescentes que cometieron suicidio eran muy irritables, impulsivos, volátiles y propensos a las explosiones de agresión.
- Sin embargo, este modelo de comportamiento no es universal.

Algunos de los factores psiquiátricos que podemos encontrar según el género son los siguientes:

- Chicas:
 - Presencia de depresión mayor (aumenta el riesgo de suicidio 20 veces)
 - Intento previo de suicidio (aumenta el riesgo)
- Chicos:
 - Un intento previo de suicidio: predictor más potente (aumenta la tasa mas de 30 veces)
 - Depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento disruptivo.
 - Los trastornos disruptivos son comunes en los que cometen suicidio.

Trastornos depresivos

De los factores implicados en el comportamiento suicida son los llamados trastornos depresivos, se consideran un problema de salud en casi todo el mundo; se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante. Es frecuente en jóvenes (particularmente en hombres), con tasas con prevalencia elevada que alcanzan el 8% y que aumentan significativamente desde la mitad de la adolescencia hasta la adolescencia tardía. Se considera que la depresión es la cuarta enfermedad más importante en la estimación de la carga de una enfermedad.

Un metanálisis sobre estimaciones de la prevalencia del trastorno depresivo (definido como trastorno depresivo, episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor) considera que 20% de los niños y adolescentes en el planeta sufre alguna enfermedad mental. En particular, los síntomas depresivos y la depresión durante la adolescencia se han convertido en problemas de una magnitud notoria, lo que genera una genuina preocupación en el sector salud dado su efecto presente y las consecuencias posteriores en la salud de los individuos.

Las principales características de los trastornos depresivos son similares en los niños, adolescentes y en los adultos. El DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) incluye cambios de criterios para los niños y adolescentes.

En los adolescentes, la presentación de un trastorno depresivo (32%) puede incluir el abuso de sustancias, un comportamiento antisocial, aislamiento social y fracaso académico con intentos e ideación suicida también frecuente. Entre los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia. La denominación de trastornos del estado del ánimo o del humor ha sustituido al término trastornos afectivos e incluye los depresivos y bipolares.

La reacción depresiva infantil puede no tener mayor importancia y sucede con frecuencia ante una situación de pérdida, manifestándose por un escaso rendimiento intelectual, hostilidad (generalmente referido contra los padres), inhibición déficit en la autoestima y disminución de su comportamiento social. En la actualidad, se admite que este cuadro sintomático puede proteger transitoriamente al adolescente contra sus sentimientos displacenteros ocasionados por la pérdida. Si la reacción depresiva no se resuelve en corto periodo de tiempo, entonces lo que inicialmente apenas si era algo

más que una reacción de desajuste puede devenir en un cuadro depresivo.

Depresiones enmascaradas

Edad	Síntomas Psíquicos	Síntomas Vegetativos
Mayores de 10 años	Apatía Distimias depresivas Sentimientos de vacío Sentimientos de culpa Sentimientos de inferioridad Sentimiento de despersonalización Pensamientos nihilistas Adicciones Fugas Conducta delictiva Predisposición a los accidentes Fobias Obsesiones Hipocondría Neurastenia Pasos al acto sexual	Trastorno del sueño Trastorno del apetito Anorexia nerviosa Síndrome de Klein-Levine Dolores abdominales Enuresis Astenia (matutina) Alopecia areata Cefalea Asma Alergia
Adolescencia	Dependencia y abuso Inmadurez Despersonalización Enfermedad obsesiva (Seudo) esquizofrenia (Seudo) psicopatía Dismorfofobia Anorexia nerviosa	Trastornos psicossomáticos (similar al del adulto)

Un episodio depresivo mayor está asociado con una alta mortalidad, ya que llegan al suicidio en un 15% y se define por un síndrome formado por al menos cinco de los síntomas que a continuación se relacionan:

1. Ánimo deprimido.
2. Disminución del interés o pérdida del placer por las actividades habituales.
3. Aumento o pérdida de peso (5 % en un período de un mes) o cambios en el apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi diarias.
5. Agitación psicomotora o lentitud.
6. Fatigabilidad o pérdida de energía.
7. Sentimientos inadecuados de culpa o inutilidad.
8. Disminución de la capacidad de concentración o indecisión.
9. Ideas de suicidio o de muerte.

Los síntomas se presentan al menos durante dos semanas. Si la depresión es de tipo melancólico, de mayor severidad se encontrarán al menos cinco de los siguientes síntomas.

1. Pérdida del interés o placer por la mayoría de las actividades habituales.
2. Falta de respuesta a estímulos agradables.
3. Mayor depresión en las mañanas.
4. Insomnio matutino (despertar 2 horas antes de lo habitual).
5. Lentitud o agitación psicomotora.
6. Anorexia significativa o pérdida de peso (más del 5 % del peso corporal en un mes).
7. Ausencia de trastornos previos de la personalidad.
8. Uno o más episodios depresivos mayores anteriores con remisión completa o casi completa.
9. Buena respuesta previa a un tratamiento somático antidepresivo adecuado (antidepresivos, sales de litio, electroshock).

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico, (en 15 – 25%) y consiste en un estado de ánimo deprimido o irritable, que se prolonga diariamente durante un año, se caracteriza por acompañarse de dos de los siguientes síntomas.

1. Descenso o aumento del apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Fatiga o pérdida de energía.
4. Disminución de la autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Generalmente comienza a los 21 años y la ausencia de sintomatología durante dos meses excluye el diagnóstico. En otras ocasiones, la depresión se manifiesta como abuso de drogas, dificultades de comunicación, escasa autoestima, mutismo, inusual mal carácter, aislamiento social, descuido personal, rebeldía con padres y maestros, problemas con la policía, etc.

Esquizofrenia

La esquizofrenia, otra enfermedad con elevado riesgo suicida, requiere para su diagnóstico de la presencia de síntomas psicóticos, cuya duración debe ser de un mes, y la no adquisición del nivel de desarrollo social correspondiente a la edad o el deterioro del nivel previo adquirido.

Dichos síntomas son:

1. Trastornos del contenido del pensamiento, especialmente ideas delirantes.
2. Desorden en el curso del pensamiento, sobre todo la pérdida de la capacidad asociativa.
3. Alucinaciones.
4. Afectividad aplanada o inadecuada.
5. Trastorno de la identidad personal con extrema perplejidad hacia uno mismo.
6. Dificultad para llevar adelante y concluir la actividad habitual.
7. Problema en las relaciones inter-personales y desorden en la psicomotricidad.

Otros autores consideran algunas características como las siguientes:

1. Trastornos evidentes y mantenidos de las relaciones emocionales, con marcada tendencia a la reserva y las conductas inapropiadas en el contacto interpersonal.
2. Falta de conciencia aparente de la identidad personal, que se traduce en posturas inadecuadas e investigación reiterativa de una parte del cuerpo (mirarse en el espejo durante horas).
3. Preocupación excesiva por determinados objetos que no guardan relación con el uso habitual.
4. Resistencia e intolerancia a los cambios en el ambiente con reacciones de mucha ansiedad o miedo intenso.
5. Respuestas excesivas, impredecibles o nulas a los estímulos sensoriales.
6. Asumir posturas extrañas, manierismos, estereotipias.
7. Deterioro del lenguaje adquirido.
8. Preocupaciones religiosas, sexuales, filosóficas, no usuales.

La adolescencia es la edad preferida para comenzar el trastorno esquizofrénico, aunque desde la infancia son frecuentes los síntomas de ansiedad, las preocupaciones excesivas, los miedos y la timidez. El inicio típico es la irrupción abrupta de los elementos antes descritos, con intensa agitación y agresividad, aunque también puede

darse el comienzo insidioso.

En no pocas ocasiones el suicidio es el primer síntoma evidenciable de una esquizofrenia, como una reacción de la parte aún sana de la personalidad ante la evidencia de la desintegración que se avecina con la enfermedad. Esto es muy peligroso los primeros días de ser admitido en un hospital psiquiátrico o inmediatamente después de ser egresado.

Capítulo V

DetECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos. La adolescencia se caracteriza normalmente por fantasías extrañas, amenazadoras y perturbadoras.

De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

1. Infancia problemática.

2. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).

3. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes. Al igual que en la infancia, la siguiente guía práctica puede contribuir a evaluar y tomar la conducta según la puntuación obtenida.

Puntos

1. Provenir de un hogar roto.....	1
2. Progenitores portadores de enfermedad mental	2
3. Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
4. Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar.....	2
5. Antecedentes personales de conducta de autodestrucción.....	4
6. Cambios evidentes en el comportamiento habitual.....	5
7. Amigos con conducta suicida.....	2
8. Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).....	5
9. Antecedentes personales de enfermedad mental.....	4

10. Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera)..... 2

Si la suma de la puntuación es mayor de 12, el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización y, de no ser posible, requerirá de una valoración inmediata por el especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.

Otra valoración que puede realizarse ante un adolescente potencialmente suicida, incluye la exploración de los siguientes aspectos:

1. Comportamiento suicida. Debe investigarse hasta la saciedad los deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, el método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etcétera.

2. Ámbito familiar. Relaciones disarmónicas con padres, hogar roto, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida. Deben explorarse las expresiones familiares que manejen la autodestrucción como una posibilidad de poner fin a la vida y la presencia de amistades con este comportamiento.

3. Cuadro clínico. Explorar signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente.

4. Estado psicológico. Precisar la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad.

5. Motivos. Pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de matarse, etcétera.

Un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad y cualquier motivo, por poco significativo que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo.

Se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el continuo de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida. Entre los estresores crónicos se encuentran la disfunción familiar, los fracasos escolares, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos

amorosos, reprimenda de los padres que, como se evidencia, pueden y de hecho forman parte de la rutina de la adolescencia, pero que en un joven con problemas emocionales pueden llevar al acto suicida.

En el capítulo VIII se agregan Escalas para la detección de riesgos suicidas.

Capítulo VI

Terapias y Manejo de la Crisis Suicida

¿Cómo manejar la crisis suicida en el adolescente?

Cuando un adolescente presenta una crisis suicida, siempre se debe tomar en serio, tratar con respeto, escucharlo, creer lo que nos manifiesta, permitir que exprese sus sentimientos con libertad, ayudarlo a que ubique sus emociones y cuestionarlo sobre su idea de muerte.

Es necesario establecer con el joven una relación amistosa, no autoritaria, nunca juzgar, saber imponer límites, tener una actitud flexible, ofrecer una esperanza real y alternativas para que deje de sufrir, fomentar una legítima independencia que le ayude a canalizar adecuadamente la agresividad y la hostilidad hacia formas no destructivas de comportamiento. La orientación al descanso para recuperar las energías perdidas, la diversión, la práctica de deportes y de ejercicios físicos, una alimentación adecuada, evitar el consumo perjudicial de alcohol, no utilizar drogas, tabaco, café y sustancias adictivas. Utilizar técnicas de relajación y otras similares que contribuyan a suprimir o atenuar los síntomas más molestos. El uso de psicofármacos cuando un profesional los considere necesarios ayudará a que el adolescente se sienta más seguro, aceptado, protegido, alentado y menos sólo. El cambio de medio cuando los factores ambientales son considerados muy estresantes para un adolescente vulnerable puede ser un magnífico recurso para evitar una conducta autodestructiva.

Cuando están jugando en el adolescente rasgos pasivos, dependencia y timidez, se puede emplear una técnica llamada entrenamiento asertivo, que tiene como objetivo que el joven se sienta valioso y evite ser manipulado por los demás. Para lograr este objetivo se sugiere:

- Alentar a que reconozca y verbalice las emociones que son sentidas espontáneamente.

- Aprender a discrepar y no fingir que se está de acuerdo con los demás.
- Enseñar al adolescente a utilizar el pronombre YO, para que se involucre en su conducta y aprenda a responder por las consecuencias de ésta.
- Aprender a exteriorizar sus emociones a través de su rostro, gestos y actitud corporal.
- Aprender a aceptar los elogios y a reconocer sus virtudes y aciertos de manera razonable, ya que le ayudan a reforzar el YO de manera positiva.
- Aprender a improvisar y responder espontáneamente a estímulos inmediatos, sin miedo a hacer al ridículo.

Es muy importante acompañar al joven a que revise sus metas para hacerlas más realistas de acuerdo a sus potencialidades y así disminuir las posibilidades de fracaso y frustración, enseñarles a desarrollar el autodominio, incrementar el repertorio de actividades para que existan mayores opciones de éxito.

Otra forma de abordar al adolescente en situación de crisis suicida es mediante la llamada Primera Ayuda Psicológica, que consta de cinco etapas:

1.- Establecimiento del contacto: es la etapa del acercamiento, en la que se debe escuchar detenidamente al adolescente, creer en lo que dice, no juzgarlo y permitirle que exprese sus pensamientos y sentimientos.

2.- Conocer la dimensión del problema: formular preguntas abiertas que permitan conocer lo que piensa el sujeto, facilitar la expresión de emociones y sentimientos. Explorar la presencia de pensamientos suicidas.

3.- Buscar posibles soluciones: abordar directamente los obstáculos para su consecución de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida y buscar otras alternativas realistas como forma de afrontar situaciones problemáticas.

4.- La acción concreta: tomar una medida a tiempo, involucrar a los familiares, realizar la hospitalización en caso necesario, canalizar a los lugares de salud mental, imponer

un tratamiento. Se debe confrontar la situación Y nunca dejar solo ni por un instante al sujeto con una crisis suicida.

5.- Seguimiento: es necesario hacer un seguimiento del caso para evaluar los progresos y retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida.

Características y terapia del sobreviviente

Se considera sobrevivientes a las personas vinculadas afectivamente a un sujeto que fallece por suicidio, entre los que se incluyen; los familiares, amigos, compañeros e incluso al médico o psiquiatra que lo asistía. Por lo que es necesario tener en cuenta algunas medidas para su manejo. No solo son sobrevivientes los que sobreviven a un suicidio, sino que lo son también aquellos que sobreviven a la muerte de un ser querido.

Ante la pérdida de un ser querido, se presentan diferentes reacciones en los seres humanos, "el duelo", constituido por las siguientes etapas:

1.- La negación; el sujeto no acepta la realidad tal cual es, la niega, El sobreviviente siente que la persona fallecida permanece con vida. La persona permanece aislada y evita las relaciones interpersonales.

2.- La rabia; los sobrevivientes experimentan diversas emociones desagradables como: la ira, el odio, la irritabilidad que puede llegar a la agresividad física o verbal, hacia otros familiares o al personal médico que estuvo en contacto con la persona que falleció. Esta hostilidad también puede ser dirigida hacia el suicida utilizando expresiones como: ¿Por qué se fue y me dejó?, ¿Por qué me abandonó? Estas expresiones desagradables son producto de un profundo dolor, por lo que se debe permitir al sobreviviente expresarlas. Comprender y aceptar estas emociones, puede ser la mejor terapia para superar esta etapa.

3.- El regateo; es un arreglo pactado de manera simbólica, entre el sobreviviente y el fallecido, entre un ser superior y el doliente, también puede ser expresado a través de determinados ritos religiosos.

4.- Depresión; es una etapa muy dolorosa, la persona siente una profunda tristeza, tiende a aislarse, tiene trastornos en el sueño, anorexia, sentimientos de culpa en los que el sobreviviente piensa que no se hizo todo lo que podía haberse hecho para evitar

el suceso. Si se detecta una depresión marcada, severa o extrema, es necesario canalizar inmediatamente con profesionales para que reciban a tiempo una atención adecuada y así evitar una nueva crisis suicida.

5.- La aceptación; el familiar incorpora la muerte del ser querido como un episodio irreversible y definitivo. La muerte es entendida como una parte inevitable de la vida. Los sobrevivientes pueden experimentar una sensación interna de paz, de tranquilidad, de haber cumplido con todo lo que estaba a su alcance, de no tener pendientes. Se recuerda al ser querido de manera realista.

El duelo en las muertes inesperadas como el suicidio, se asocia con manifestaciones depresivas intensas y duraderas y las personas que lo sufren están más expuestas al desarrollo de psicopatologías como los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés post-traumático y episodios depresivos mayores. Se pueden presentar también algunas conductas de riesgo para la salud como; el consumo excesivo de alcohol o de psicofármacos. Se presentan también intensos sentimientos de pérdida como; tristeza, rabia, ansiedad, estigmatización y sobre todo una fuerte carga de culpa. El miedo es otra emoción presente en la familia por la posible vulnerabilidad a cometer el mismo acto o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve. Es posible que se empiece a sobreproteger a los más jóvenes, con la esperanza de evitar que ellos también lleguen a cometer un acto suicida.

Los sobrevivientes también experimentan un fuerte sentimiento de culpa por no haber impedido la muerte del ser querido, por no haber detectado las señales que presagiaban lo que ocurría, por no atender a las llamadas de atención y por no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara sus ideas suicidas. O bien por no haber tomado las medidas a tiempo para evitar este acto. Se puede presentar también otro acto suicida en la familia para expiar esa culpa.

Otra manifestación del duelo por suicidio es la conjunción de emociones encontradas como la agresividad y el sentir alivio, este último por terminar con una vida problemática y por que el suicida ha cesado de soportar sus problemas emocionales. La muerte por suicidio conlleva mayor estigmatización, más sentimientos de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho.

Por lo tanto, para el mejor manejo del duelo por suicidio, hay que conocer todas estas manifestaciones, lo cual facilitará la evolución de sus diversas etapas y evitará el desarrollo de duelos patológicos.

Es importante explorar las ideas suicidas en los sobrevivientes, sobre todo en los hermanos de éste, si son niños o adolescentes con mayor razón. Evaluar el riesgo de suicidio y el grado de afectación psicológica, servirá para tomar a tiempo las medidas necesarias y así evitar un nuevo acto suicida.

Cuando el suicidio lo realiza uno de los padres, los hijos tienden a negar lo ocurrido, los niños se pueden mostrar llorones o irritables, pueden manifestar dificultades para dormir, cambios bruscos en el estado de ánimo, pérdida de apetito o manifestaciones de quererse reunir con la persona fallecida. Pueden también sentirse culpables por haber sido causantes de la muerte o sentir agresividad por el progenitor ausente. La familia debe decir la verdad al niño, con un lenguaje claro y sencillo y prestar un soporte emocional de parte de una figura sustitutiva y de un profesional cuando se considere necesario. Explicar la muerte por suicidio, sobre todo a un hijo adolescente, como un síntoma de una enfermedad mental grave, puede reducir el riesgo de la imitación, pues la enfermedad mental es rechazada por la mayoría de las personas.

Es importante el conocimiento del proceso de las etapas de duelo cuando se presenta una pérdida tan intensa como es el suicidio, de esta forma se podrá apoyar y comprender a los sobrevivientes de tan doloroso evento, ya que éste deja un mensaje brutal a la familia por lo súbito, inesperado, agresivo y corrosivo.

Características comunes en los suicidios según Shneidman

La primera característica es el insoportable dolor psicológico; es indispensable reducirlo, siendo un buen escucha y permitir que fluya el llanto o cualquier otra expresión emocional. que se convierta en una válvula de escape de ese dolor.

La segunda es la frustración de las necesidades psicológicas; aceptarlas como reales y ser imparcial.

La tercera es encontrar una solución; dar oportunidad al sujeto de que de que manifieste su situación y entender lo que para él es urgente. Invitarlo a pensar en otras alternativas y prestarle apoyo.

La cuarta es el cese de la conciencia; es necesario brindar apoyo emocional al sujeto, calor humano y valorar en que forma puede ser reducido el stress. Incluso puede incluir hospitalización o tratamiento farmacológico.

La quinta son los sentimientos de desesperanza; reconocer como reales estos sentimientos, en ocasiones pueden ser síntomas de depresiones severas.

La sexta es la ambivalencia; es imprescindible captarla y buscar en conjunto alternativas más positivas.

La séptima es la constrictión; que debe ser reconocida precozmente, explorar opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución.

La octava son los mensajes de la intención suicida; se debe estar pendiente de ellos. Es imprescindible interrogar sobre la presencia de un plan suicida.

La novena es la autoagresión; se debe escuchar y actuar rápidamente. Deben restringirse los métodos mediante los cuales el sujeto pueda dañarse.

La última es copiar patrones anteriores de conducta; se debe prestar atención al análisis de la vida del paciente, a sus rasgos de personalidad y en sus anteriores formas de reaccionar.

Capítulo VII

Prevención

Durante la adolescencia, etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas situaciones que les producen ansiedad y depresión, y, que pueden culminar en ocasiones, en ideación o intento suicida.

Desafortunadamente este problema se da más en individuos de los que imaginamos, ya que debemos saber que existe un sub-registro de casos.

Vale la pena conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acta y como prevenirlo.

Debemos estar conscientes de que en el acto suicida hay una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Por lo tanto si al observar el comportamiento, ya sea verbal o no, de un joven no revela que podría intentar suicidarse, existen señales que manifiestan la posibilidad y se puede buscar apoyo de profesionales que puedan guiarlo a cambiar la perspectiva de su problema o prevenir situaciones de emergencia.

Es precisamente esta posibilidad de ayudar a los jóvenes a decidir por su propia vida lo que motiva a realizar un proyecto con métodos prácticos que promuevan una adecuada prevención del suicidio, no esperando que los individuos se acerquen a los medios de salud para solicitar ayuda, lo cual no sucede, por lo consiguiente llevar la ayuda a los centros de estudio donde se concentran.

Objetivos

Generales:

- Educación sobre la problemática, dirigida tanto a adolescentes, a los padres de familia como a personal educativo. Riesgos, signos de alerta e intervenciones.
- Detección de adolescentes en riesgo.

- Ofrecer alternativas de ayuda tales como grupos de apoyo juvenil, centros especializados y líneas de crisis.

Específicos:

- Informar a los adolescentes y al personal educativo de la problemática acerca del suicidio juvenil, haciendo énfasis en los datos existentes.
- Dar a conocer las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que presenta un adolescente con idea o intención suicida.
- Promover en el joven habilidades para vivir y manejar de una mejor manera situaciones de su entorno para prevenir conductas de riesgo.
- Identificar jóvenes en riesgo de suicidio a través de Test de Tamizaje para adolescentes de la CCSS.
- Detectar a tiempo estados depresivos que pongan en peligro al joven con la realización del Test de Zung.
- Ofrecer atención profesional a los adolescentes con alto riesgo, refiriéndolos a medicina especializada como Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y proporcionar una atención integral.
- Brindar a los jóvenes alternativas de apoyo a través de servicios telefónicos de ayuda en crisis con personal especializado.
- Crear un proyecto en conjunto con Instituciones gubernamentales o no gubernamentales para crear un programa eficiente de prevención de suicidio a nivel escolar.

Propuestas

- Unificar la información precisa y completa sobre los intentos de suicidio y los suicidios en las Instituciones de salud y dependencias del gobierno encargadas de recolectar este tipo de información para movernos todos dentro de parámetros equivalentes.

- Reforzar la calidad educativa y la permanencia de programas que proporcionen a los alumnos, herramientas para resolver problemas de su vida propia y del contexto en que les toca vivir en el sistema de educación básica (preescolar, primaria y secundaria).
- Capacitar a maestros a detectar signos de alarma relativos a niños cercanos a una idea de suicidio.
- Intensificar el trabajo de Escuela para Padres en todas las instituciones educativas con la finalidad de mejorar la comunicación entre padres e hijos.
- Adoptar políticas y estrategias de prevención para evitar el uso indebido del alcohol, las drogas y otras sustancias adictivas entre los niños y los jóvenes.
- Desarrollar actividades que fomenten el sentimiento de identidad y pertenencia a la escuela y la comunidad.
- Que los medios masivos, a partir de su poder para influir en el pensamiento de la población, conlleven una gran responsabilidad social y se sumen al esfuerzo común para contar con una población informada y educada sobre el problema del suicidio.
- Recomendar e iniciar un plan de acción, ser directivo y actuar de forma inmediata.
- Detectar y atender a los estudiantes que presenten signos de alteración emocional, siendo necesario que cada escuela cuente con un Psicólogo de planta, que se dedique específicamente al asesoramiento y canalización de niños con problemas (médicos, de aprendizaje y/o psicológicos).

Finalmente es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares. Existen muchas interrogantes relacionadas con el comportamiento suicida y es imprescindible, si se desea prevenir esta conducta, que las preguntas que hagan, principalmente los adolescentes sean respondidas correctamente y se eviten mitos o creencias erróneas que conspiran contra la prevención del suicidio.

Capítulo VIII

Anexos

Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

Autores	A.T. Beck, A. Weissmann, D. Lester, L. Trexler.
Referencia	<i>The measurement of pessimism: The hopelessness scale.</i> J. Consult Clin Psychol 1947;42: 861-865.
Evalúa	Expectativas de la persona sobre su futuro
No. de ítems	20.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

Corrección e Interpretación

- Proporciona una puntuación total, y puntuación en tres factores diferentes:
 - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
 - Factor motivacional (perdida de motivación).
 - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
 - 0-3: ninguno o mínimo
 - 4-8: leve
 - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
 - 9-14: moderado
 - 15-20: alto

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Autores	A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissmann.
Referencia	<i>Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation.</i> J. Consult Clin Psychol 1979; 47: 343-352.
Evalúa	La gravedad de la ideación suicida
No. de ítems	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SSI es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas.
- La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos” (disuasores).

- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:
 - Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
 - Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
 - Características del intento planeado (ítems 12 a 15).
 - Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

Corrección e Interpretación

- Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

<p><u>1. Deseo de vivir</u> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno</p>
<p><u>2. Deseo de morir</u> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte</p>
<p><u>3. Razones para vivir/morir</u> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</p>
<p><u>4. Deseo de intentar activamente el suicidio</u> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte</p>
<p><u>5. Deseos pasivos de suicidio</u> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</p>
<p><u>6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</u> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo</p>
<p><u>7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</u> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo</p>
<p><u>8. Actitud hacia la ideación/deseo</u> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación</p>

<p><u>9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</u></p> <p>0. Tiene sentido del control</p> <p>1. Inseguro</p> <p>2. No tiene sentido del control</p>
<p><u>10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</u></p> <p>0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo</p> <p>1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo</p> <p>2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos</p>
<p><u>11. Razones para el intento contemplado</u></p> <p>0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse</p> <p>1. Combinación de 0 y 2</p> <p>2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta</p>
<p><u>12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</u></p> <p>0. No considerado</p> <p>1. Considerado, pero detalles no calculados</p> <p>2. Detalles calculados/bien formulados</p>
<p><u>13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</u></p> <p>0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad</p> <p>1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa</p> <p>2. Método y oportunidad accesibles</p> <p>2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto</p>
<p><u>14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</u></p> <p>0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente</p> <p>1. Inseguridad sobre su valor</p> <p>2. Seguros de su valor, capacidad</p>
<p><u>15. Expectativas/espera del intento actual</u></p> <p>0. No</p> <p>1. Incierto</p> <p>2. Sí</p>
<p><u>16. Preparación actual para el intento contemplado</u></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)</p> <p>2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)</p>
<p><u>17. Nota suicida</u></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada</p> <p>2. Nota terminada</p>
<p><u>18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</u></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos</p> <p>2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales</p>
<p><u>19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado</u></p> <p>0. Reveló las ideas abiertamente</p> <p>1. Frenó lo que estaba expresando</p> <p>2. Intentó engañar, ocultar, mentir</p>

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

Autores	A.T. Beck, D. Schuyler, I. Hermann.
Referencia	<i>Development of suicidal intent scales.</i> En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.
Evalúa	Expectativas de la persona sobre su futuro

No. de ítems	20.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
 - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
 - Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
 - Otros aspectos (ítems 16 a 20).

Corrección e Interpretación

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

I. Circunstancias objetivas
<u>1. Aislamiento</u> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
<u>2. Medición del tiempo</u> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
<u>3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</u> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)

<p><u>4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</u></p> <p>0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda</p> <p>1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado</p> <p>2. No contactó, ni avisó a nadie</p>
<p><u>5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</u></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa</p> <p>2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales</p>
<p><u>6. Preparación activa del intento</u></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Mínima o moderada</p> <p>2. Importante</p>
<p><u>7. Nota suicida</u></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla</p> <p>2. Presencia de nota</p>
<p><u>8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</u></p> <p>0. No comunicación verbal</p> <p>1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)</p> <p>2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)</p>
<p>II. Autoinforme</p>
<p><u>9. Propósito supuesto del intento</u></p> <p>0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas</p>
<p><u>10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte</u></p> <p>0. Pensó que era improbable</p> <p>1. Posible pero no probable</p> <p>2. Probable o cierta</p>
<p><u>11. Concepción de la letalidad del método</u></p> <p>0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal</p> <p>1. No estaba seguro si lo que hacía era letal</p> <p>2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal</p>
<p><u>12. Seriedad del intento</u></p> <p>0. No intentó seriamente poner fin a su vida</p> <p>1. Inseguro</p> <p>2. Intentó seriamente poner fin a su vida</p>
<p><u>13. Actitud hacia el vivir/morir</u></p> <p>0. No quería morir</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Quería morir</p>
<p><u>14. Concepción de la capacidad de salvamento médico</u></p> <p>0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica</p> <p>1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica</p> <p>2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica</p>
<p><u>15. Grado de premeditación</u></p> <p>0. Ninguno, impulsivo</p> <p>1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento</p> <p>2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento</p>
<p>III. Circunstancias subjetivas</p>

<p><u>16. Reacción frente al intento</u></p> <p>0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza</p> <p>1. Acepta tanto el intento como su fracaso</p> <p>2. Rechaza el fracaso del intento</p>
<p><u>17. Preconcepciones de la muerte</u></p> <p>0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos</p> <p>1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas</p> <p>2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte</p>
<p><u>18. Número de intentos de suicidio previos</u></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. 1 o 2</p> <p>2. 3 o más</p>
<p><u>19. Relación entre ingesta de alcohol e intento</u></p> <p>0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento</p>
<p><u>20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</u></p> <p>0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento</p>

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Autores	R. Plutchik, H. M. van Praag, H. R. Conte, S. Picard.
Referencia	<i>Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure.</i> Compr Psychiatry, 1989; 30: 296- 302.
Evalúa	Riesgo suicida.
No. de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder si o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Corrección e Interpretación

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 punto.

- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 al 15.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.
- En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 6.

Referencias complementarias

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchick en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-152.

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)

Autores	M.M. Linehan, J. L. Goodstein, S. L. Nielsen, J. A. Chiles.
Referencia	<i>Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory.</i> J. Consult Clin Psychol 1983;51:276-286.
Evalúa	Razones para vivir
No. de ítems	48.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.
- Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 subescalas diferentes:
 - Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2,3,4,8,10,12,13,14,17,19,20,22,24,25, 29,32,35-37,39,40,42,44 y 45).
 - Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1,7,9,16,30,47 y 48).
 - Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28).
 - Miedo al suicidio (7 ítems: 6,15,18,26,33,38 y 46).
 - Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43).
 - Objeciones morales (4 ítems: 5,23,27 y 34).
- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1, sin ninguna importancia; 2, de muy poca importancia; 3, de poca importancia; 4, de alguna importancia; 5, de mucha importancia; 6, de suma importancia).

Corrección e Interpretación

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
 - Supervivencia y afrontamiento: 4,94.
 - Responsabilidad con la familia: 4,17.
 - Preocupación por los hijos: 4,02.
 - Miedo al suicidio: 2,13.
 - Miedo a la desaprobación social: 2,44.
 - Objeciones morales: 3,22.

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes páginas, hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta.

A cada razón puede dársele importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6).

Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en lo absoluto)

2 = De muy poca importancia

3 = De poca importancia

4 = De alguna importancia

5 = De mucha importancia

6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted.

1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia

2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas

3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino

4. Deseo vivir

5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida

6. Le tengo miedo a la muerte

7. Mi familia podría pensar que no los quisiera

8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto

9. Mi familia depende de mí y me necesita

10. No quiero morir

11. Quiero ver a mis hijos crecer

12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada

13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo

14. Por mal que me sienta, sé que no durará

15. Le tengo miedo a lo desconocido

16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos

17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido que quisiera tener

18. Temo que mi método de matarme no funcionaría

19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo

20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin

21. No sería justo dejar mis hijos para que otros los cuiden

22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas

23. Tengo miedo de ir al infierno

24. Amo la vida

25. Soy demasiado estable para matarme

26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme

27. Mis creencias religiosas me lo prohíben

28. Podría tener un efecto perjudicial a mis hijos

29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro

30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir

31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí

32. Creo que las cosas salen como conviene

33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría

34. Lo considero inmoral

35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer

36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida

37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida

38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia)

39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada

40. Tengo la esperanza que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz
41. La gente pensaría que soy débil y egoísta
42. Tengo un impulso innato de sobrevivir
43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida
44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir
45. Para qué apresurar la muerte
46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría
47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después
48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde

Conclusiones

En el transcurso de la historia, la adolescencia ha sido una etapa difícil de afrontar, pero en la sociedad actual su situación es especialmente crítica. Se están produciendo profundos cambios sociales que hacen que las diferencias generacionales sean algo más que meras diferencias de desarrollo. Los adolescentes actuales no son iguales que los de hace unas décadas. Una diferencia importante entre los adolescentes actuales es el aumento del consumismo, porque busca erróneamente derivar hacia la adquisición de productos sus ansias de vivir y llenar su vacío existencial.

Por otro lado, la familia actual es cada día más inestable. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de esta; y en algunos casos han tenido que vivir con una madre sola o con un padre solo. La situación en que se desarrolla la vida de algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben muy compleja.

En esta tesina hemos querido llamar la atención con un tema tabú en la sociedad el: "SUICIDIO EN ADOLESCENTES", con la intención de que se pierda el temor a hablar del mismo, sin estigmatizarlo, ya que urge concientizar a la población, para aplicar medidas necesarias de prevención.

Los suicidios en menores de 15 años eran muy poco frecuentes hace 20 años y sin embargo en la actualidad este número se ha multiplicado por diez, resultando el suicidio como la segunda causa de muerte después de los accidentes entre el grupo de 15 –19 años. Por regla general, las prevalencias de la ideación y de los intentos suicidas son más elevadas en la población adolescente que en la adulta y dentro de un mismo estudio se reporta más ideación suicida que el intento de suicidio (como se esperaba).

Las causas son diversas y complejas, pero si suele haber una constante y es que esos chicos suelen tener poco apoyo emocional en la familia o sociedad. La desesperanza, la depresión y los problemas académicos junto con los familiares precipitan este comportamiento.

Que se suiciden los jóvenes es inquietante y produce malestar en familias, grupos e instituciones, porque este hecho cuestiona la propuesta de futuro de los adultos. Por lo que es necesario fomentar y desarrollar: La habilidad para resolver problemas, la capacidad para mantener amistades, capacidades cognitivas y capacidad de control.

“El suicida no desea morir, desea dejar de sufrir. Sufre el dolor más grande, el de la desesperanza, no tiene una razón para vivir.”

Dra. Galia Castro C.

“Quien tiene una razón para vivir, casi siempre encuentra como”

Nietzsche

Bibliografía

- Buendía J, Riquelme A, Ruiz J (2004). *El suicidio en adolescentes*, Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Bobes J, Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M (2004). *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 3ª. Edición, Barcelona, España: Psiquiatría Editores, S.L.
- Borges G, Orozco R, Benjet C, et al. (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México*, Salud Publica de México, 2010; **52(4)**.
- Cuevas, J. y colaboradores. (1996). *Comportamiento anormal*. México, Mc Graw Hill
- Dolto, F. (1997). *La causa de los adolescentes*. México, Paidós.
- Frances A, M.D., Pincus H, First M, et al. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (CIE – 10))*, 4ª. Edición, Barcelona España: Masson, S.A.
- Harvey, G. (2008). *Duelo para Dummies*. Bogotá: Norma
- Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M (2008). *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes*. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008;(2): 1-70.
- Larraguibe, M. González, P. Martínez, V. Valenzuela, R. (2000) *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Revista Chilena de Pediatría, 2000: **71(3)**.
- Martínez, A. Moracén, I. Madrigal, M. Almenarez, M. (1998). *Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil*. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999; **14(6)**: 554-9
- Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N (2008). *Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes*.

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008;(2): 1-115.

O'Connor, N. (1990). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas

Pérez Barrero S (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999;15(2):196-217.

Petrzelová, J. Chávez, N. Valdés, A. Elizondo, M. Carabaza J. Ewald, I. (2007). *¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza?* México. PYV

Polaino-Lorente A, Doménech E, García A, Ezpeleta L (1988). *Las depresiones infantiles*, Madrid, España: Ediciones Morata.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. México. Pax México.

Sánchez, R. Cáceres, H. Gómez, D. (2002). *Ideación suicida en adolescentes universitarios*. Biomédica (2002) -22:407-16

www.depression-guide.com/.../depression-teen-suicide-htm .2011, 12 ,13

www.adolesc.org.mx/litcien/boletin/bolnvo10/suicidio.pdf . 2010, 12,17

www.inegi.org.mx/prod_serv/.../suicidio/2008/suicidios_2008.pdf . 2011, 01, 04

www.psicologia-online.com/.../suicidio/preguntas.shtml. 2011, 01, 10