

¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?

Por Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero

Publicado en Revista Futuros No. 14, 2006 Vol. IV
<http://www.revistafuturos.info>

El doctor cubano. [Sergio A. Pérez Barrero](#) es un experto mundial en el tratamiento y prevención del suicidio. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Red Iberoamericana de Suicidiología. Es el presidente fundador de la [Red Mundial de Suicidólogos](#) que agrupa a través del correo electrónico a personas y organizaciones interesadas en la prevención del suicidio cuya sede permanente se encuentra en Bayamo, Cuba. Además de autor de varios libros sobre el tema, es asesor de la Organización Panamericana de la Salud en la prevención del suicidio en Las Américas.

La Organización Mundial de la Salud reconoce el suicidio o violencia autoinfligida como un problema mundial de salud pública. (Más información en "[Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud](#)").

Revista Futuros había presentado a sus lectores en la edición No. 9 del año 2005, la sección de Preguntas y Respuestas de este compacto y valioso ensayo. A petición de muchos lectores y con la autorización del Dr. Pérez Barrero ofrecemos hoy este estudio en su totalidad.

1.- Introducción

2.- Generalidades

3.- El comportamiento suicida

4.- Factores de riesgo suicida en la niñez

5.- Factores de riesgo suicida en la adolescencia

6.- Manejo de la crisis suicida del adolescente

7.- Factores protectores del comportamiento suicida

8.- El sobreviviente. Características y terapia

9.- Consejos a la familia

10.- Preguntas y respuestas

11.- Bibliografía

1. Introducción

Escribir un libro sobre el suicidio en la adolescencia destinado a un público general resulta harto difícil por varias razones: probablemente algunos pensarán que por qué no se escribe sobre otro tema menos trágico, que aporte más a este grupo de personas en vez de escribir un libro sobre suicidio en los adolescentes que pudiera incrementar el riesgo en ellos y al final un mayor número intente quitarse la vida. Otros considerarán que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues la adolescencia es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y el suicidio, cuando ocurre, debe ser un acto impulsivo, no bien pensado y por tanto, muy difícil de evitar, tarea esta que deben abordar los psiquiatras, psicólogos, suicidólogos, y médicos de la familia, no así otros sectores, que pudieran empeorar las cosas y demorar la asistencia especializada.

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 cuidarse la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia, pues si no se tiene vida no se puede llevar a cabo proyecto alguno. Aprender a amarse racionalmente incrementará 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.

A pesar nuestro, el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dotar a los adolescentes de la literatura científica que aborde el comportamiento suicida y su prevención pudiera ser de una utilidad no despreciable, pues les pondría en mejores condiciones de ayudarse ellos mismos y a sus iguales que se encuentren en una situación de crisis suicida. Similar provecho tendría para los padres, las madres, y otros familiares, maestros y profesores, que estarían más capacitados para detectar prematuramente 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.

En este libro aparecen un grupo de preguntas que han sido realizadas al autor por adolescentes que han participado en sus conferencias sobre el tema del suicidio y su prevención y expresiones erróneas que hemos escuchado a padres y madres y que se convierten en un problema para la crianza de los hijos. También se ofrecen algunos consejos a la familia para que puedan lograr relaciones interpersonales más armónicas entre sus miembros, todo lo cual contribuirá a mantener la salud mental de sus integrantes.

Ojalá sea leído con el mismo amor con que fue escrito.

2. Generalidades

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el 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, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.

- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- 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 que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:
 - 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.
 - Actividad social reivindicativa, tornándose 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.

No se pretende enumerar todas las características que definen esta etapa de la vida. Con las hasta aquí abordadas, el lector tendrá aquellas que constituyen las esenciales de la adolescencia. Pasemos a continuación a abordar los aspectos más generales relacionados con el comportamiento suicida, para en los siguientes capítulos, introducirnos en las especificidades del adolescente suicida.

3. El comportamiento suicida

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

4. Factores de Riesgo Suicida en la Niñez

El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para su prevención. Este principio es aplicable a la conducta suicida.

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Pasemos a enunciar los factores de riesgo suicida en la niñez que contribuyen a que se desarrolle la conducta suicida en la adolescencia.

Como es conocido, se considera que por debajo de los 5 ó 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte. En esta etapa la muerte se representa, personifica u objetiviza como una persona con buenas o malas intenciones, o un lugar desagradable o apacible. También a estas edades es común que la muerte se asocie a la vejez y a las enfermedades. Por encima de esta edad, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluyéndolo a él, tienen que morir.

Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto en la televisión, sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o comics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se

entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles.

Hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento "La Bella Durmiente".

En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, ancianos y ancianas.

Es frecuente que los progenitores padezcan alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, el alcoholismo paterno y la depresión materna. El alcoholismo paterno es sufrido por el resto de la familia, pues esta toxicomanía involucra a todos los integrantes, sea por los desórdenes conductuales, por la violencia, los actos suicidas, los problemas económicos o la incapacidad de cumplir con los roles asignados al alcohólico y que otros tienen que asumir.

La depresión materna, además del peligro suicida que conlleva se convierte en un estímulo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato por no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades emocionales y de cuidados del niño o la niña.

Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado, principalmente por las generaciones más jóvenes, lo cual ha dado origen al término "Efecto Werther", por los suicidios ocurridos entre los jóvenes que habían leído la novela de Goethe Las penas del joven Werther, cuyo protagonista termina su vida por suicidio con arma de fuego. En ocasiones este proceso no es plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a

la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado.

Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia.

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos.

Otras veces las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

Los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc.
- Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.

- Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
- Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
- Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.
- Para agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
- Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

Obviamente, una crisis suicida infantil surge de la relación del niño o la niña con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan, de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño, pudiendo mostrar inapetencia o por el contrario, un apetito inusual. En cuanto al hábito del sueño, los cambios pueden consistir en desvelos o insomnio, terrores nocturnos, en los cuales el niño o la niña despiertan, al parecer, pues realmente no lo están aún, con los ojos desmesuradamente abiertos, temerosos, sudorosos y quejándose de lo que están visualizando y que les ocasionan el terror que experimentan.

También sufren de pesadillas o malos sueños, así como enuresis, o lo que es lo mismo, orinarse en las ropas de cama mientras se está durmiendo. En otras ocasiones lo que pueden presentar es una somnolencia excesiva, que puede ser un síntoma depresivo a estas edades.

Durante la crisis suicida infantil son comunes los problemas relacionados con el rendimiento y comportamiento del niño o la niña en la escuela. Las dificultades académicas, las fugas de la escuela, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás niños y amigos, la repartición de posesiones valiosas, y hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida infantil.

Para el manejo de esta crisis suicida en la infancia es necesaria la participación de los padres y las madres en la terapia, lo cual no se logra en muchas ocasiones, pues el niño o la niña provienen de hogares rotos o con un clima emocional que impide tal procedimiento.

La atención psicoterapéutica a una crisis suicida infantil debe ir dirigida a la sensibilización de padres o tutores para que tomen conciencia de los cambios ocurridos en el niño o la niña, que presagian la ocurrencia de un acto suicida. Hay que insistir con ellos en el control de los métodos mediante los cuales el niño o la niña puedan autolesionarse y poner a buen recaudo sogas, cuchillos, armas de fuego, tabletas de cualquier tipo, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc.

Si el niño o la niña realizan una tentativa de suicidio hay que investigar qué intención perseguían con este acto, pues necesariamente no tiene que ser el deseo de morir el principal móvil, aunque sea el de mayor gravedad. Los deseos de llamar la atención, la petición de ayuda, la necesidad de mostrar a otros cuán grandes son sus problemas, pueden ser algunos de los mensajes enviados con un acto suicida. Se debe intentar realizar un diagnóstico correcto del cuadro clínico que está condicionando la crisis suicida, para descartar que este sea el debut de una enfermedad psiquiátrica mayor, como un trastorno del humor o una esquizofrenia, y en ello puede desempeñar un papel muy útil la observación de sus juegos y la entrevista médica, la cual debe correr a cargo de un especialista en psiquiatría del niño y el adolescente.

La actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible hay que evaluar la capacidad que tienen los padres y las madres para comprender y modificar los factores que han predispuesto o precipitado el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamientos psicológicos, psiquiátricos o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida.

Se debe evitar que los padres y las madres se ataquen mutuamente, para lo cual se le hace entender que ya la familia tiene un problema, que es el intento suicida del niño o la niña y no se debe sumar uno más, dado por los continuos ataques mutuos, que lo único que pueden conseguir es entorpecer el manejo de la crisis o provocar mayor malestar en el infante que puede sentirse culpable de estas reyertas. Se invitará a cada progenitor a meditar en lo que cada cual debe comenzar a hacer o dejar de hacer para que la situación del infante sea aliviada y se establecerán contratos terapéuticos con cada uno, a ser reevaluados en próximos encuentros. Si alguno de los progenitores presenta niveles importantes de psicopatología, se intentará persuadir para recibir la terapia correspondiente.

Nunca debe transmitirse a los miembros de la familia que este tipo de acto tiene intenciones de manipularlos y siempre se les debe alertar sobre aquellas conductas que presagian la realización de un nuevo acto de suicidio.

La hospitalización del niño o la niña que han intentado contra su vida puede ser una indicación válida si persisten las ideas suicidas, si el intento de suicidio es el debut de una enfermedad psiquiátrica grave, especialmente el consumo de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas, si los progenitores padecen de trastornos mentales de importancia o si el clima emocional familiar no constituye un medio idóneo para que la crisis suicida sea resuelta.

De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos.

- Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc.
- Recrudescimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc.
- Etapa previa al acto de suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos.

Una vez conocidos los factores de riesgo suicida infantil, pasemos a mencionar los que suelen aparecer en la adolescencia o recrudecerse en ella.

5. Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Intentaré desarrollar cada uno de estos aspectos por separado para que el lector pueda conocerlos en detalle.

Factores culturales y sociodemográficos

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de colonaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

Situación familiar y eventos vitales adversos

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.

- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. Es muy posible que usted pueda incrementar esta lista con experiencias conocidas.

Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Pasemos a describir dichos trastornos, lo cual facilitará el reconocimiento de los mismos por parte de los padres, las madres, los

abuelos y abuelas, maestros y maestras, amigos y cualquier otra persona que esté en contacto directo con los adolescentes, lo que les permitirá detectar precozmente los sutiles cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos.

Depresión. Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
- Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%).
- Insomnio o hipersomnia diarios.
- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía diariamente.
- Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

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.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:

- Se manifiestan con más frecuencia irritables que tristes.
- Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
- Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

Trastornos de Ansiedad. Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación

desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- Manifestaciones físicas que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- Manifestaciones psicológicas entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
- Manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

Ataques de Pánico. Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

Fobia simple. Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

Fobia social. Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

Ansiedad de separación. Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

- Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.
- Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
- No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
- No poder quedarse sólo en casa.
- No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
- Tener pesadillas recurrentes de secuestros. Accidentes, etc.
- Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

Fobia escolar. Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

Trastorno Obsesivo Compulsivo. Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

Trastorno de Estrés Postraumático. Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza,

actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos.

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias.

Abuso de Alcohol. La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:
 - Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o

la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).

- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos,

variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

Trastorno Disocial de la Personalidad. Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

- Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:
 - Agresión a personas y animales: con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.
 - Destrucción de la propiedad social: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
 - Fraudulencia o robo: ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos)
 - Violaciones graves de normas: a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica,

en la que la motivación más importante es la búsqueda de “placer artificial”.

Trastorno de la Alimentación. En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascarse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

- 1- Anorexia nerviosa en la que se presentan los siguientes síntomas:
 - Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.
 - Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.
 - Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.
- 2- Bulimia nerviosa que se caracteriza por:
 - Atracónes recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
 - Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.
 - Los atracónes y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

La autoevaluación está principalmente influida por el peso corporal del adolescente.

Trastorno esquizofrénico. Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente “aparentemente normal”.

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

- Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.
- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos.
- Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
- Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
- La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.

- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas.

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.

- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Ser víctima de desastres naturales.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
- Estar involucrado en una situación de trájín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

No se pretende agotar todas las situaciones que son de riesgo para que un adolescente intente contra su vida, pero sin lugar a dudas se han mencionado las más comunes.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.

6. Manejo de la Crisis Suicida en el Adolescente

Ante una crisis suicida en el adolescente es de suma utilidad observar los siguientes principios:

1. Tratarlo con respeto.
2. Tomarlo en serio.
3. Creer lo que nos manifiesta.
4. Escucharle con genuino interés.
5. Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto).

6. Preguntar sobre la idea suicida, para lo cual se sugiere las siguientes posibilidades:

Primera variante:	¿Cómo piensa usted resolver su actual situación?
Segunda variante:	Usted me ha dicho que apenas duerme y desearía saber ¿en qué piensa cuando está insomne?
Tercera variante:	¿Usted ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles?
Cuarta variante:	¿En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio? (Esperar respuesta). Y usted ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?
Quinta variante:	¿Usted ha pensado suicidarse?
Sexta variante:	¿Usted ha pensado en matarse?

Si el adolescente manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, lo que incrementa notablemente el peligro de suicidio. Esta secuencia es la siguiente:

- ¿Cómo ha pensado suicidarse?
- ¿Cuándo ha pensado suicidarse?
- ¿Dónde ha pensado suicidarse?
- ¿Por qué ha pensado suicidarse?
- ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Para poder obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa el adolescente se deben evitar las preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos, lo cual lo impediría.

7. Responsabilizar al adolescente con su propia vida, siempre que ello sea posible.
8. Trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida.
9. Establecer un pacto no suicida siempre que el estado del adolescente lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse durante la crisis.

10. Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amigos y cuantas personas sea necesario para apoyar al adolescente.
11. Garantizar varias opciones para contactar con la persona que presta la ayuda psicológica, sean los padres y las madres, los maestros, tutores, médicos, suicidólogos, etc.
12. No juzgarlo, comprometiéndonos a guardar secreto de todas las confesiones que haga el adolescente.
13. Ser directivo, con el suficiente tacto como para no parecerlo.

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio del adolescente. Si ello no se ha conseguido, le sugiero realizar la siguiente secuencia de preguntas sobre la idea suicida, que ya enunciamos con antelación pero que en esta oportunidad ampliamos:

Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

Pregunta: ¿Por qué ha pensado suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

Pregunta: ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

Hay que observar y neutralizar determinadas distorsiones cognitivas muy comunes entre los adolescentes suicidas como son las siguientes:

- ***Inferencia arbitraria*** mediante la cual el sujeto llega a conclusiones determinadas sin poseer pruebas evidentes para ellas, como por ejemplo pensar que en el futuro las cosas le saldrán mal, pues en el pasado eso fue lo que ocurrió. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.

- **Abstracción selectiva** en la que el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad como puede ocurrir en los adolescentes deprimidos que recuerdan principalmente sus fracasos cuando son sometidos a pruebas de ensayo y error.
- **Sobregeneralización** cuando el sujeto, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por ejemplo, considerar que es un "incompetente que está perdiendo facultades" por haber salido mal en una evaluación parcial de sus estudios.
- **Magnificación** mediante la cual el adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias. Es el caso de un sujeto que considera cualquier evento desagradable como "una tragedia", "una catástrofe", "lo peor que podía haberle ocurrido".
- **Minimización**, mecanismo inverso al anterior en el que el adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Es el caso del adolescente que ante un éxito frente a un examen difícil, que sólo él ha pasado, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.
- **Pensamiento polarizado** mediante el cual el adolescente evalúa la realidad en "blanco y negro", "todo o nada", "siempre o nunca", "bueno o malo", "perfecto o imperfecto", etc. Por tanto son frecuentes las frases siguientes: "Nada me sale bien", "todo me sale mal", "siempre fracaso", "nunca acierto" y otras similares, sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena, sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras, por solo citar un ejemplo.
- **Personalización** que es el mecanismo mediante el cual el adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Así, si no es saludado en la mañana por alguien conocido, puede pensar que eso ha ocurrido porque la persona está molesta con él o ella, o que no le han querido tener en cuenta, etc.

El manejo de las distorsiones cognitivas señaladas con anterioridad constituye un recurso válido para evitar que el adolescente se evalúe de forma anómala y ello le reste posibilidades de lograr una adaptación armónica al entorno.

Otras veces es de mucha utilidad fomentar una terapia de relación con el adolescente, lo cual disminuye la vulnerabilidad a las presiones externas. Este tipo de terapia contiene fuertes elementos de las terapias de apoyo y para algunos autores es una forma prolongada de estas. Así se trata de establecer con el adolescente en riesgo de suicidio una relación amistosa, no autoritaria, que aunque no juzga, se muestra firme e impone ciertas limitaciones, asume una actitud flexible y ofrece al adolescente nuevas opciones de ajuste para identificarse con una figura paterna sustitutiva diferente a la del progenitor biológico.

Si el riesgo suicida del adolescente no es elevado, la terapia de apoyo puede ser un valioso recurso. Una relación armónica, basada en una dirección cordial y enérgica, que gratifique las sanas necesidades de dependencia, que fomente una legítima independencia y sirva para canalizar adecuadamente la agresividad y la hostilidad hacia formas no destructivas del comportamiento, pueden ser una ayuda eficaz para cualquier adolescente, y más aún para aquellos que presentan factores de riesgo suicida. 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 pueden ser orientaciones beneficiosas para brindar apoyo. Utilizar técnicas de relajación y otras similares que contribuyan a suprimir o atenuar los síntomas más molestos, así como el uso de psicofármacos con similar propósito durante breves períodos de tiempo harán 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.

Si en la crisis suicida del adolescente están jugando un papel predominante los rasgos pasivos, dependientes y la timidez, una técnica que puede ser empleada en estos casos es el entrenamiento asertivo, que busca como objetivo cardinal, el hacerse valer, evitando ser manipulado por los demás. Para ello se sugieren seis modos de conducta los cuales se mencionan a continuación:

1. Se debe intentar exteriorizar los sentimientos mediante la verbalización de las emociones que son sentidas espontáneamente, lo cual se hace muy difícil en los adolescentes suicidas, los que presentan dificultades con la expresividad de estas últimas.

2. Debe aprender a discrepar, sin fingir que se está de acuerdo sin estarlo. Este aspecto tiene mucho valor si se tiene en consideración que el suicidio es una situación diádica en la que se involucran el adolescente y alguna otra persona significativa y muy vinculada emocionalmente con él, como la novia o el novio, la madre o el padre, el maestro o el amigo, etc., con la cual se han tenido recientes o acumulativas dificultades interpersonales.
3. Se le debe enseñar a utilizar el pronombre personal YO, de modo que el adolescente se involucre en su conducta y aprenda a responder por las consecuencias de la misma.
4. Debe aprender a mostrar las emociones con el rostro y los movimientos, lo cual le permitirá aprender a exteriorizar la afectividad y modularla según el contexto de la situación.
5. Debe ser capaz de estar de acuerdo cuando se le elogia y practicar el autoelogio de forma razonable, pues ambos aspectos refuerzan el YO de manera positiva.
6. Debe aprender a improvisar, a dar respuestas espontáneas a estímulos inmediatos, lo cual le facilitará otras opciones que no sean el miedo a hacer el ridículo o simplemente no saber qué hacer.

Otras posibilidades a utilizar con el adolescente potencialmente suicida es revisar sus metas y objetivos para hacerlos más realistas de acuerdo a las potencialidades del sujeto y por tanto, disminuir las posibilidades de fracasos y frustraciones, enseñarles a desarrollar el autodominio, el autocontrol, incrementando el repertorio general de actividades para que existan mayores opciones de éxito y adecuarlas a sus atribuciones reales (inteligencia, aptitudes para la actividad).

Otra forma de ayudar al adolescente que ya ha realizado una tentativa de suicidio es invitarle a que descubra las diversas dificultades que un acto de este tipo pudiera ocasionarle en su vida y en sus relaciones sociales. Sin asumir una postura moralista, se le invita a reflexionar sobre la opinión que él tendría de alguien conocido que intenta poner fin a su vida, si él considerase que es un sujeto que goza de una excelente salud mental o por el contrario si piensa que algo no está funcionando bien en el cerebro de esa persona (por lo general responden teniendo en cuenta esta última posibilidad. Una vez obtenida la referida respuesta se le asegura que probablemente eso

también sea lo que los demás piensan de él y hay que trabajar juntos para modificar esta realidad.

Se le pregunta también sobre los sentimientos que le provocaría un sujeto cualquiera que intente contra su vida (la compasión, la lástima, la rabia, la desconfianza o el miedo) y se le invita a reflexionar si son estas las emociones que él pretende despertar en sus relaciones con los demás, pues no son las que más aprecian los seres humanos.

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

Primera etapa. Establecimiento del contacto

Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, reflejar sentimientos, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle.

Lo que no se debe hacer es restarle importancia a lo que nos expresa el sujeto, ignorar los sentimientos, impedir que el individuo exprese sus sufrimientos y contar nuestra historia en situaciones conflictivas.

Segunda etapa. Conocer la dimensión del problema

Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas que permitan conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos. Explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas.

Lo que no se debe hacer es atenerse a realizar preguntas que sean respondidas con monosílabos (sí o no) o evaluar el discurso del adolescente a través de la experiencia propia, que no es válida para otros.

Tercera etapa. Posibles soluciones

Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobar la solución suicida como forma de afrontar situaciones problemáticas. Reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales.

Lo que no se debe hacer es permitir que el adolescente continúe sin ensanchar su visión en túnel que es la que únicamente le deja ver la

opción suicida. Tampoco deben dejar de explorarse los obstáculos de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida.

Cuarta etapa. Acción concreta

Lo que se debe hacer es tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de salud mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.) Se debe ser directivo y confrontar cuando la situación lo requiera. Nunca debe dejarse sólo a un sujeto en crisis suicida.

Lo que no se debe hacer es ser tímido, indeciso, no tomar una decisión a tiempo, dejar solo al adolescente en riesgo de cometer suicidio o retraerse de asumir responsabilidades.

Quinta etapa. Seguimiento

Lo que se debe hacer es realizar el recontacto para evaluar los progresos o retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida.

Lo que no se debe hacer es dejar la evaluación a otra persona que desconozca del caso y le sea imposible establecer una comparación con su estado inicial.

Este sencillo recurso puede ser utilizado por cualquier persona, siempre y cuando evite hacer lo que no se debe hacer e investigue la presencia de las ideas suicidas y si estas están presentes, nunca dejarlo sólo y acercarlo a las fuentes de salud mental como el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra y los servicios de urgencias médicas y psiquiátricas.

Hay quienes consideran que abordar a un adolescente en riesgo de suicidio sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, puede ser peligroso. Esto no es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios:

- Escuchar con atención.
- Facilitar el desahogo.
- Durante el diálogo con el adolescente se deben utilizar frases cortas que les sirvan para continuar exponiendo sus dificultades, como por ejemplo: "me imagino", "entiendo", "es lógico", "no es para menos", "claro está", "te comprendo". Estas frases además de facilitar la expresividad le hará sentir que le comprendemos y tomamos en serio.

- Reformular lo que nos ha dicho, haciendo breves resúmenes que le ratifiquen nuestra capacidad de escucha atenta y genuina de sus dificultades.
- Preguntar siempre sobre la presencia de ideas suicidas.
- Ayudar al adolescente a que él descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, sin confiar en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Por ejemplo: “voy a irme de la casa” (sin tener otro lugar adonde ir), “me voy a olvidar de él” (como si la memoria fuera una pizarra que se puede borrar en un momento y no dejar huellas de lo escrito).
- No dejar nunca a solas a la persona en crisis suicida y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud.

Si estas premisas son utilizadas por el llamado sentido común, un gran número de los adolescentes que hoy intentan el suicidio o se suicidan, no lo harían.

Otra probabilidad de abordaje del adolescente que ha realizado un intento de suicidio es preguntar: “¿Para qué usted intentó contra su vida?”, con lo cual se puede determinar el significado del acto suicida del adolescente y hacer una interpretación racional de dicho significado. En ocasiones, el intento de suicidio ha sido realizado para agredir a otros y en esos casos le invitamos a reflexionar sobre las ventajas que la agresividad tiene en determinadas situaciones, como por ejemplo, los deportistas de disciplinas de combate, como el judo, el pugilismo, la lucha en sus diversas modalidades, kárate, etc., pero no en otras, como lo son las relaciones familiares. Si se trata de una tentativa de suicidio por miedo, hay que analizar que esta emoción es muy normal ante situaciones específicas, que lo experimentan la mayor parte de los individuos, pero también puede ser una emoción muy personal, porque solamente lo manifiestan determinados sujetos ante situaciones que habitualmente no provocan temor en la mayoría de la población.

Si el intento suicida se realiza para morir, no es aconsejable reflexionar acerca de las supuestas bondades y ventajas que nos depara la vida, porque eso es, precisamente, lo que el adolescente no percibe. Este significado – el de morir– es el que entraña mayor peligro para la vida del adolescente, por lo cual se debe tratar de que sea evaluado, en el más breve tiempo posible, por un especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil.

Cualquiera de las técnicas para abordar el adolescente con riesgo de suicidio que se han ofrecido al lector, pueden tener similares

resultados, siempre que usted escoja aquellas que más se adapten a sus características personales, que le sea de más fácil aplicación y en la que usted se sienta más cómodo y auténtico.

Hasta aquí se han expuesto los factores de riesgo suicida del adolescente, las situaciones que incrementan dicho riesgo, las enfermedades que lo pueden conllevar y diversas técnicas para abordar la crisis suicida en esta etapa de la vida.

Pasemos a brindar los factores protectores de la conducta suicida, los que deben ser desarrollados desde la infancia y en la adolescencia por el padre, la madre, y otras figuras significativas en el hogar y por los maestros y profesores, así como todos los que tengan la responsabilidad de educarlos y conformarles una personalidad con características antisuicidales.

7. Factores Protectores del Comportamiento Suicida

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
2. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
3. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
4. Tener capacidad de autocontrol sobre su propio "des-tino", como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: "Tú eres el resultado de ti mismo".
5. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.

6. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
7. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
12. Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
13. Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
15. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
16. Lograr una auténtica identidad cultural.
17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
18. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
19. Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
20. Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.

21. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de la fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia los enfermos mentales evitando utilizar calificativos tales como "anormales", "tarados", "locos", y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una "cobardía", "una incapacidad", "una blandenguería" y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan.

8 . El Sobreviviente. Características y Terapia

Si a pesar de todos los esfuerzos realizados ocurre el suicidio de un adolescente, son necesarias determinadas medidas a tener en cuenta para el manejo de la familia y de los compañeros de estudio o amigos de la víctima. Los cuales se consideran sobrevivientes, término que designa aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía. El vocablo "survivor" proviene del inglés y su

traducción puede ser el de superviviente, que es el que sobrevive y es también sinónimo de sobreviviente, que significa vivir uno después de la muerte del otro. Aunque esta palabra es muy utilizada en la terminología suicidológica, no sólo son sobrevivientes o supervivientes los que sobreviven a un suicidio, sino que lo son también aquellos que sobreviven después de la muerte de un ser querido por una causa cualquiera, sea natural, por accidente u homicidio.

Son conocidas las reacciones que presentan los seres humanos ante la pérdida de seres queridos, las que reciben el nombre de duelo, y que está constituido por diversas etapas: la negación, rabia, regateo, depresión y aceptación como las etapas del duelo normal. A continuación serán descritas brevemente cada una de ellas.

La negación, como su nombre indica es aquella reacción mediante la cual el sujeto no acepta la realidad tal cual es, la niega, no la reconoce como que ha sucedido y son muy frecuentes las siguientes expresiones: "no puedo creerlo", "no puede ser", "no me digas que ha muerto", "es imposible" y otras similares. En esta etapa el sobreviviente siente que la persona fallecida aún permanece con vida, que lo ocurrido no es cierto.

Frecuentemente se acompaña de una tendencia al aislamiento, se evitan las relaciones interpersonales, prefiriendo el sujeto estar solo, aislado, a tener que dialogar o recibir visitas.

La rabia es la etapa que continúa a la negación y en ella los familiares del fallecido experimentan diversas emociones desagradables como son la ira, el odio, la rabia propiamente dicha, irritabilidad desmedida que puede llegar a la agresividad física o verbal hacia los otros familiares, el personal médico tratante, las enfermeras, al hospital, etc. En esta etapa se pueden establecer querellas en contra de los profesionales que atendieron el caso o contra la institución. También pueden suceder disputas entre los miembros de la propia familia y en no pocas ocasiones esta hostilidad puede ser dirigida hacia el fallecido mediante expresiones como: "por qué se fue y me dejó", "por qué me abandonas" y otras similares, llegando incluso a golpear el cadáver, sacudirlo, blasfemar contra el occiso, etc. Todas estas emociones desagradables son expresión de un profundo desconsuelo, de una pena insoportable y nunca deben ser personalizadas, pues esta rabia es parte integrante de la reacción normal de duelo y responder defensivamente o con hostilidad, además de no ser lo correcto, demostrará un total desconocimiento de este tipo de reacción y sólo

conseguirá incrementarla. Permitirla, aceptarla, comprenderla es el mejor tratamiento para esta etapa.

El regateo es la etapa que continúa en el duelo normal, la cual es breve y se trata, como su nombre indica, de un arreglo pactado, de manera simbólica, entre el superviviente o sobreviviente y el fallecido. El regateo se expresa mediante determinadas conductas, como puede ser la realización de determinados ritos religiosos para el descanso del fallecido y la paz de los familiares.

La depresión es una de las etapas más dolorosas del duelo, con mayor intensidad durante las dos primeras semanas, en las que las personas sienten una profunda tristeza, llanto, poco o ningún deseo de comunicarse con otras personas ajenas a los familiares más cercanos, trastornos del sueño, anorexia y sentimientos de culpa, los cuales se expresan por constantes cuestionamientos de la conducta seguida con el fallecido: "si lo hubiera ingresado en tal hospital en vez de en ese (la institución en la que falleció)", "si yo me hubiera dado cuenta antes, eso no hubiera ocurrido" y otros reproches similares. No es infrecuente que en esta etapa se piense que realmente no se hizo todo lo que se debía haber hecho.

La aceptación es la próxima y última etapa del duelo normal. Significa admitir responsable y libremente que la vida y la muerte son un par dialéctico inseparable y que el morir es consustancial a la vida. En la aceptación, el familiar incorpora la muerte del ser querido como un episodio necesario, irreversible, universal, definitivo y no un mero accidente. La muerte es entendida como una parte inevitable de la vida. Es por ello, que en esta etapa, el familiar experimenta una sensación interna de paz, de tranquilidad, de haber cumplido con el fallecido en vida, de no tener pendientes. Se recuerda al ser querido fallecido de manera realista, con sus virtudes y defectos, pero con indulgencia.

Estas fases del duelo normal no tienen una evolución similar en todos los tipos de fallecimientos. Se considera que las muertes inesperadas ocasionan mayores dificultades en la elaboración del duelo que aquellas muertes esperadas, anticipadas. El duelo en las muertes inesperadas se asocia con manifestaciones depresivas más intensas y duraderas, de enfermedades pre-existentes o el debut de nuevos padecimientos, así como la asunción de conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, cigarros o psicofármacos. Entre las muertes inesperadas se incluyen las provocadas por accidentes, homicidios, las muertes súbitas por infarto cardíaco o

hemorragia cerebral, así como el suicidio, aunque, mediante el método de las autopsias psicológicas se ha probado que una gran cantidad de suicidas mostraron manifestaciones depresivas, habían realizado amenazas y gestos suicidas o habían expresado sus deseos de terminar con sus vida. Por otra parte, muchos de los sobrevivientes reconocieron que ellos sabían el riesgo suicida de esas personas, por lo que no era una muerte súbita, inesperada, sino anunciada por el propio suicida desde mucho tiempo antes del desenlace fatal.

El duelo por un suicida presenta determinadas características que lo diferencia del resto de los duelos. Los sobrevivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras causas de muerte y están más expuestos al desarrollo de psicopatologías como los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés post-traumático y episodios depresivos mayores.

Es imposible presentar un cuadro clínico típico del sobreviviente de un suicidio, pero son comunes algunos de ellos como los intensos sentimientos de pérdida acompañados de pena y tristeza, rabia por hacerle responsable, en cierta medida de lo sucedido, sentimientos de distanciamiento, ansiedad, culpabilidad, estigmatización, etc.

También puede manifestarse el horror por el posible arrepentimiento tardío, cuando ya las fuerzas flaquearon lo suficiente para evitar la muerte y no poder evitarla deseándolo en esos últimos instantes. El miedo es una emoción presente en la casi totalidad de los familiares del suicida y está referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve. Este temor se extiende a los más jóvenes, a los que pueden comenzar a sobreprotegerse con la esperanza de evitar que ellos también cometan un acto suicida.

La culpabilidad es otra manifestación que frecuentemente se observa en los familiares del suicida y se explica por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría, por no atender las llamadas de atención del sujeto, las que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos suicidas previos, así como no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara sus ideas suicidas. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro de la salud mental que podían terminar en un acto de suicidio. Cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar también puede realizar un acto suicida para expiar dicha culpa.

Durante el primer año del duelo el sujeto es más vulnerable a padecer problemas somáticos y emocionales. Entre estos tenemos un conjunto de síntomas físicos como taquicardia, artritis, migraña, alergia, asma y tics. Entre los síntomas psicopatológicos se pueden observar sentimientos de soledad, desesperanza, pobre autoestima y rumiación obsesiva de la búsqueda del por qué.

La búsqueda del por qué, principalmente en los padres y entre ellos en la madre, persiste por varios años.

Otra manifestación del duelo por el suicidio presente en el sobreviviente es la conjunción de emociones encontradas como puede ser la agresividad y el alivio, este último experimentado como alivio personal al fallecer la persona cuyos problemas le afectaban y por el fallecido que ha cesado de soportar sus problemas emocionales. Terminar una vida problemática y difícil se percibe como un alivio para muchos familiares de suicidas.

Estas manifestaciones que acompañan al duelo por un suicida no son privativas de los parientes biológicos muy vinculados afectivamente con el occiso, sino que también se las puede encontrar y de hecho ocurre, en los amigos, compañeros de trabajo o escuela, maestros, otros pacientes en el caso de un suicidio en una institución, médicos, psicoterapeutas, enfermeras, consejeros, psiquiatras, psicólogos y toda persona que estuvo vinculada estrechamente con el suicida.

Hay investigadores que no han encontrado diferencias en la evolución de los duelos independientemente de la causa que haya provocado la muerte, otros por el contrario han encontrado diferencias entre las muertes por suicidio, por accidentes y las muertes naturales en cuanto a las reacciones de duelo en los sobrevivientes.

La muerte por suicidio conlleva mayor estigmatización que el resto, más sentimientos de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho. Las muertes por accidente conllevan más reacciones de aniversario, mayores comentarios de lo sucedido, mayor incapacidad de entender lo ocurrido entre los amigos y compañeros del accidentado y menos deseos de hablar con los demás.

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

No hay método universal para el tratamiento de esta contingencia, pues será diferente para los hijos del suicida, o su pareja, o sus padres, o sus hermanos.

Si se trata de un suicidio entre varios hermanos, estos pueden experimentar cambios en todos o casi todos los aspectos de sus vidas. Como todos tienen una infancia común con experiencias más o menos similares, una de las tareas que hay que enfrentar es evitar la identificación con el hermano suicida, proporcionando otras opciones para resolver problemas que no sean auto lesivas. En ocasiones los hermanos pueden referir que ven al hermano suicida en el domicilio, o que le escuchan hablar o que les llama. Estas manifestaciones no deben ser consideradas como una pérdida de la salud mental de carácter grave, sino, que en ese contexto, deben ser aceptadas dentro de los límites normales para estos casos, por lo que adoptar la postura de ignorar síntomas y actitudes de este tipo puede ser de gran beneficio.

Siempre deben explorarse las ideas suicidas en los sobrevivientes y en los hermanos de los suicidas niños o adolescentes, más aún, si se presentan en alguno de ellos, se impone la evaluación del riesgo de suicidio y el grado de afectación psicológica y tomar una medida a tiempo para evitar un acto suicida.

Si el suicidio lo ha realizado uno de los padres, los niños tienen una reacción típica consistente en negar lo ocurrido, mostrarse llorones e irritables, con cambios bruscos del estado anímico y dificultades con el sueño, pérdida del apetito e intentos suicidas cuya significación es reunirse con el fallecido, aunque también pueden existir deseos de morir. Presentan alteraciones perceptivas como escuchar voces dentro de la cabeza y ver el fantasma de la madre o el padre fallecido.

También pueden tener pensamientos de haber sido el causante de la muerte o sentir agresividad hacia el progenitor suicida por estar ausente definitivamente. En estos casos, la familia debe decir la verdad de lo sucedido al niño o niña, con un lenguaje claro y sencillo, accesible y comprensible por él o ella y prestar soporte emocional de parte de una figura sustitutiva, como puede ser un hermano mayor, un tío o tía según sea el caso. En ocasiones, sobre todo para los hijos adolescentes, explicar la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental grave puede disminuir el riesgo de la imitación, pues la enfermedad mental es rechazada por la inmensa mayoría de las personas.

Cuando el suicidio de un adolescente ocurre en la escuela se deben tomar las siguientes medidas:

- 1- Evitar las explicaciones simplistas del hecho ocurrido
- 2- Evitar que el suicidio sea presentado como un acto heroico, romántico, fascinante, o como una salida probable ante determinadas situaciones.
- 3- Identificar los problemas de la salud mental de la víctima y correlacionarlos con la conducta suicida, especialmente si era portador de una enfermedad reconocible.
- 4- Brindar ejemplos de otros estudiantes, que en similares situaciones, en peores condiciones y con motivos parecidos, buscaron otras soluciones no destructivas para adaptarse.
- 5- Lograr que los estudiantes identifiquen otras salidas ante los problemas que conllevaron el suicidio del compañero.
- 6- Lograr que identifiquen aquellos factores protectores que hubieran podido evitar el suicidio del compañero.

Los maestros y profesores, con un mínimo de entrenamiento en la prevención del suicidio, pueden prestar una valiosa ayuda en la disminución de esta causa de muerte entre sus estudiantes, principalmente erradicando en ellos y en los padres y madres de los estudiantes, los criterios erróneos relacionados con el comportamiento suicida:

I- Criterio erróneo. El que se quiere matar no lo dice

Criterio científico. De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus intenciones suicidas y la otra la dejó entrever.

II- Criterio erróneo. El que lo dice no lo hace

Criterio científico. Todo suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de su comportamiento, lo que habría de suceder.

III- Criterio erróneo. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde

Criterio científico. Aunque no siempre los que intentan el suicidio desean morir, es un grave error tildarlos de alardosos, pues son personas a las que les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas adecuadas de afrontamiento.

IV- Criterio erróneo. Todo el que intenta contra su vida morirá por suicidio

Criterio científico. Entre el 1% y 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de cometida la tentativa de autoeliminación, y entre el 10% y 20% se suicidarán en el resto de sus vidas.

V- Criterio erróneo. El suicidio se hereda

Criterio científico. Aún no ha sido demostrado el carácter genético del suicidio, aunque se puede encontrar en varios miembros de una familia este tipo de conducta autodestructiva, lo que se ha interpretado como una predisposición genética a padecer determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal.

VI - Criterio erróneo. Todo el que se suicida está deprimido

Criterio científico. La depresión puede ser una de las causas de suicidio pero no es la única ya que otras condiciones también lo pueden conllevar como las esquizofrenias y la dependencia de sustancias, principalmente alcohol y drogas (éxtasis, cocaína, barbitúricos).

VII - Criterio erróneo. El suicidio no puede ser evitado porque ocurre por impulso

Criterio científico. Toda persona antes de cometer suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción del intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías y representaciones suicidas, todo lo cual puede ser detectado y con ello evitar que la persona lleve a cabo sus intenciones suicidas.

VIII - Criterio erróneo. Si se le pregunta a una persona en riesgo suicida si ha pensado matarse, se le puede incitar a que lo ejecute

Criterio científico. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en lugar de incitarlo, provocarlo, inducirlo, o introducirle en su cabeza esa idea, se reduce el riesgo de cometerlo ya

que puede ser la única y última posibilidad que ofrezca el individuo para que conozcamos cómo pensaba.

IX- Criterio erróneo. Sólo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio

Criterio científico. Cualquier sujeto interesado en ayudar a evitar el suicidio de otra persona puede ser un valioso colaborador, porque la prevención del suicidio es tarea de quien se encuentre más cerca de la persona en crisis suicida y sepa qué hacer en ese momento.

X- Criterio erróneo. Usted no puede evitar que otra persona se suicide

Criterio científico. Si usted se ha interesado por leer este libro, ha dado su primer paso en la prevención del suicidio. Si lo que ha leído le permite evitar un suicidio, considere que ya es un colaborador.

9. Consejos a la Familia

A continuación analizaremos algunas expresiones erróneas que hemos escuchado a algunos padres y madres y que se convierten en un problema para la crianza de los hijos. También se ofrecen algunos consejos a la familia para que logren relaciones interpersonales más armónicas entre sus miembros.

“Mi hijo tiene un carácter fuerte”

Es una locución muy utilizada por aquellas madres que se quejan del comportamiento de sus hijos, calificados de poseer un carácter fuerte; fuertes, así a secas, por el hecho de ser impulsivos, dominantes, incapaces de posponer sus deseos o gratificaciones, caprichosos. Todo tiene que ser como ellos quieren en el momento que lo desean. Y por estos rasgos del carácter se les atribuye la supuesta fortaleza.

Y estas personas, evidentemente, no tienen un carácter fuerte, sino todo lo contrario, muy débil, pues son presas de sus emociones, de sus impulsos, de sus caprichos. El carácter débil es excitable, tornadizo, manipulable, con facilidad se le saca de sus casillas. También puede ser pasivo, dependiente, timorato, poco tolerante a las frustraciones, impresionable, sugestionable, emocionable, dubitativo, etc. El carácter fuerte, por el contrario, es aquel que cuenta con diversas posibilidades adaptativas, hace en cada momento lo debido,

es capaz de inhibir sus impulsos, si la situación lo requiere, es dueño de sí y no una víctima de sus emociones, no es violento en sus manifestaciones de ira, reconoce sus limitaciones y su fortaleza, y tiene en cuenta las opiniones de los demás aun cuando no muestren puntos de coincidencia con las suyas.

Las personas de carácter débil reaccionan desproporcionadamente a los estímulos. Si se les ofende, pueden tener crisis de llanto desconsolado, desmayarse, irles encima al ofensor, salir corriendo del lugar en que se encuentran, realizar un acto suicida. Las personas de carácter débil tratan de demostrar que no lo son mediante rasgos del carácter que esconden esa debilidad entre los que se puede encontrar el autoritarismo, la violencia. Ellos quieren tener autoridad pero no saben cómo obtenerla sin ser autoritarios, violentos, dominantes, caprichosos, tercos.

Las personas de carácter fuerte, frente a una ofensa no se dejan provocar, meditan sus posibles consecuencias, valoran las diversas respuestas a la misma y eligen la más adecuada, la que, por lo general, evita males mayores. Ellos no necesitan demostrar su autoridad la cual emana de su propio comportamiento, de su serenidad al enfrentar situaciones complejas, de su sabiduría; de su manera de dirigirse a los demás con respeto, independientemente de quien se trate; de sus actitudes ante el estudio, el trabajo, la familia y la sociedad.

Muchas veces se confunden las cosas y se dice que Fulano o Mengana tienen tremenda personalidad porque son personas vistosas, altas, fuertes, bien parecidas, bien vestidas y otra serie de aspectos exteriores. Eso no es tener personalidad, sino tener determinada figura. Por otra parte, el que es bajito, gordito y feo y no sabe vestirse, también tiene una personalidad, pues todos los seres humanos la tenemos, ya sea normal o con trastorno. Un sujeto puede ser alto, fuerte, buen mozo y vestirse muy bien y, sin embargo, ser portador de una personalidad histérica, paranoide, obsesiva o de otro tipo, todas clasificables como anómalas. Otro sujeto, gordito, feo, que no se sepa vestir adecuadamente, puede ser un brillante científico, amante esposo, buen padre, buen vecino y tener un ajuste psicosocial adecuado, en otras palabras, ser poseedor de una personalidad normal aunque su aspecto externo no sea atractivo como el del ejemplo precedente.

Luego, la manifestación que nos ocupa debiera ser, a partir de esta lectura: "Mi hijo tiene un carácter débil".

“Yo estoy así por la crianza que me dieron”

Una justificación muy socorrida por quienes, siendo adultos, pretenden responsabilizar a otros de su manera de comportarse, en este caso, a los padres.

Si bien es cierto que una niñez caótica puede influir en la formación del sujeto, no sólo es la familia la que contribuye a la conformación de la personalidad sino también el medio escolar, laboral y social. Pero de manera fundamental es el propio sujeto quien, consciente y deliberadamente puede contribuir a que su propia formación sea buena, regular o mala. Todos hemos estado rodeados de cosas que no nos pertenecen. La mayoría de las personas respeta la propiedad de otros, pero existe una minoría que se apropia de lo ajeno porque lo desea y no inhibe tales deseos.

Muchas adolescentes y jóvenes en cualquier parte del mundo tienen carencias materiales de todo tipo y lógicos deseos de poseer ropas, zapatos, cosméticos, perfumes, etc. La mayor parte de ellas trata de trabajar decorosamente para ir obteniendo poco a poco y muchas veces no en la medida de sus deseos, esas cosas materiales a las que hago referencia. Otras, por el contrario, se prostituyen para lograr esos mismos objetivos.

Como se evidencia, los seres humanos pueden tener igualdad de oportunidades para hacer las cosas bien hechas y para hacerlas mal. ¿Por qué un grupo de personas se inclina por esta última opción y después pretende culpar a otros de lo que ellos como adultos hacen?

Se puede tener una niñez muy infeliz con carencias de todo tipo y eso influir de manera negativa en la forma de ser. Pero, ¿eso es un fatalismo que debe arrastrar toda la vida? Pienso que no. La verdadera enfermedad mental grave que invalida al ser humano que la padece en sus proyecciones vitales, hasta hoy, no se considera causada por determinado tipo de crianza. Si usted tiene una predisposición a padecer una enfermedad mental grave, puede padecerla aunque se haya criado en un hogar armónico. Si usted no tiene esa predisposición, saldrá relativamente ileso tras haber pasado una infancia en un clima emocional familiar inadecuado.

Nadie le deseó una niñez infeliz ni le eligieron sus padres. Nadie tiene la culpa de esa niñez, usted tampoco. Y ya eso no tiene solución pues no lo podemos volver a criar como hubiera querido.

Lo importante es el presente y el futuro y lo que esté haciendo ahora que es un adulto por vivir de forma creativa.

“Mi esposo me maltrata, incluso me ha pegado”

Esto, por desgracia, no lo escuchamos tan poco como deseamos. La violencia doméstica existe en no pocos de nuestros hogares, sea verbal o física y es la mujer en la mayoría de las ocasiones la que lleva la peor parte.

Detrás de estas palabras hay diversas cuestiones que merecen ser analizadas. En primer lugar, una mujer que se respete difícilmente será objeto de maltrato alguno en las relaciones conyugales ni en ninguna otra situación cotidiana. Una mujer decidida a que se le respete, infunde, a mi juicio, más temor que cualquier hombre. En segundo lugar, ¿quién la maltrata? Le maltrata el hombre elegido con libertad y con el cual muchas veces continúa a pesar de ese referido maltrato. En tercer lugar, esta persona se queja diciendo que “incluso le ha pegado”. Amigo lector o amiga lectora, sepa usted que todo hombre que le pega a una mujer una vez, lo seguirá haciendo después, si se le tolera o perdona. Esto es una realidad. Y en la expresión analizada se deduce no sólo el maltrato, sino la recurrencia a otra forma mucho más peligrosa, degradante, inhumana y, más que todo, poco viril en su relación, la violencia física. Sin embargo, en este caso, esa relación continuó de forma anormal, la cual no sólo es dañina para los cónyuges, sino también para los hijos.

Si se trata de hijas, se les está enseñando a soportar vejaciones, insultos, golpes, y por el modelo de relación matrimonial, es posible que eviten el casamiento porque el ejemplo recibido es infeliz.

Si se trata de hijos, se pueden convertir, como su padre, en abusadores habituales de sus parejas, pues si el padre le pegaba a la madre y ella lo toleraba, “¿por qué no pegarle a mi pareja, si no es mejor que mi madre y ella lo permitía?” Y este razonamiento, además de convertirlos en sádicos, les ocasionará una inestabilidad matrimonial, sin dudas, porque no todas las mujeres soportan ni permiten que sus maridos las maltraten.

Luego, por el bien suyo, de su matrimonio y de sus hijos, en fin, de la familia, evite por todos los medios, pronunciar algo semejante en su vida.

“Todos los hijos se quieren igual”

Así dicen los padres y las madres para expresar que no tienen preferencia por hijo alguno. A primera vista, parece ser una manifestación justa y solidaria. Sin embargo, en ocasiones, es profundamente injusta y generadora de rivalidades y celos entre los hermanos.

El afecto de los padres y las madres es como un medicamento, cuya actividad beneficiosa está enmarcada en la llamada “ventana terapéutica”, por debajo de dicho umbral, el medicamento no ejerce efecto alguno y por encima, ocasiona efectos indeseables. El desamor paterno es dañino y el exceso de demostraciones de afecto también lo es. ¿Cómo se puede querer igual a hijos que son diferentes? ¿Cómo se puede querer igual a hijos que se comportan de manera desigual? En mi práctica profesional he visto a hijos delinquir para lograr de los padres las demostraciones de afecto y el apoyo dado a otro hijo que previamente lo había hecho. He tratado adolescentes cuya tentativa de suicidio fue para obtener de los padres lo que otro hijo obtuvo al intentar matarse. He escuchado a hijos valiosos lamentarse de no haber recibido de los padres las atenciones recibidas por su hermano, un alcoholico deteriorado.

Todos los hijos no debieran quererse por igual, sino según su comportamiento familiar y social. Si usted tiene un hijo bueno, afable, noble, cumplidor de sus obligaciones, respetuoso, en fin, con muy buenas condiciones humanas y tiene otro que es impulsivo, agresivo, tomador de bebidas alcohólicas, trasgresor del orden establecido, etc., ¿cuál de los dos merece mayores demostraciones de afecto? Evidentemente el primero, cuya conducta responsable le está dando a los padres una prueba suprema de amor. Y el tratamiento diferenciado pudiera contribuir a que el otro, si lo desea, modifique sus actitudes, pues con él se le está enviando el siguiente mensaje: “Si haces las cosas como se debe, recibirás más afecto”.

Sé que puede haber muchas personas que no coincidan con esta manera de pensar, pero no se trata de ponernos de acuerdo, sino de reflexionar sobre el afecto que merecen nuestros hijos y cómo ello puede influir en su bienestar.

“Yo vivo para mis hijos”

Esta declaración, escuchada a muchas personas, no cabe dudas de que es poco educativa.

Los hijos son una responsabilidad social contraída por los padres de manera voluntaria. Pero usted y yo sabemos que no siempre sucede así, pues existen hijos no deseados o deseados unilateralmente, no planificados y en ocasiones utilizados como punta de lanza o gancho para atacar o atraer al otro cónyuge.

En ciertas oportunidades los hijos se convierten en el centro de la vida de sus padres debido, no a las necesidades de aquellos, sino por las de estos últimos. Es decir, no es tanto lo que los hijos necesitan de los padres, sino lo que los padres necesitan de los hijos. Y es en esta situación cuando se puede escuchar con más frecuencia dicha expresión.

Quienes la pronuncian, la cumplen literalmente, al pie de la letra, subordinando cualquier interés personal a los hijos. Si a los padres les hace falta alguna prenda de vestir y los hijos desean que se les compre alguna cosa, por muy inútil que parezca, ellos tomarán la decisión de renunciar a su proyecto para satisfacer el de los hijos.

Si se trata de una madre soltera, con posibilidades de rehacer su vida, lograr su estabilidad emocional junto a un compañero idóneo, lo pospone "para no ponerle padrastro a los hijos" o porque ella no puede ser "más mujer que madre". Estas posturas constituyen un grave error, pues se le transmite a la descendencia un mensaje distorsionado, una enseñanza equivocada, al subordinar constantemente los intereses de los progenitores a los de los hijos, obligándolos a despreocuparse de sus propios intereses.

Si usted no se siente realizado como ser humano, es muy difícil que pueda hacer sentir realizados a los demás; si se olvida de sus necesidades, es paradójico querer enseñar a sus hijos que sean preocupados por ellos mismos.

Si les enseña a limitarse la vida, cuando ellos sean padres y madres, también lo harán.

Y lo peor es que habitualmente se cumple aquello de "los hijos crecen y se van". Si ha vivido para ellos, cuando eso suceda, ¿para quién seguirá viviendo?

Considero más adecuado sustituir la preposición "para" por "con" y el pronunciamiento quedaría así: "Yo vivo con mis hijos", lo cual reflejaría mejor la realidad y cada cual estaría en su debido lugar.

“Para no perder la autoridad con los hijos”

Una de las quejas más frecuentes de muchos padres que escucho en mi práctica profesional, es que los hijos no los respetan y comienzan las comparaciones con los tiempos pasados: antes la cosa era distinta, había que tratar a los padres de usted o decirle señor; antes había más respeto de los hijos hacia los padres, de los muchachos para con los adultos. Y en estas comparaciones la nueva generación sale muy mal plantada. Pienso que la pérdida de autoridad de los padres de antaño y los de ahora se debe a una misma causa: su mal uso.

Para tener autoridad ante los hijos no hay que pasar curso alguno, ni ser académico ni nada por el estilo.

Simplemente, se necesita hacer un uso adecuado de eso llamado “sentido común”. Y para ello lo primero es... no temer perderla. Cuando los padres temen perder su autoridad, comienzan a hacer una utilización irracional, desmedida, injustificada de ella, para que los hijos se den cuenta de que son ellos quienes la tienen. Pero de seguro ellos interpretarán ese desmedido autoritarismo como la evidencia más firme de que usted la está utilizando de una manera anómala, que ya no sabe mandar. Y he aquí el segundo consejo, para mantener la autoridad con los hijos haga un uso racional de ella.

En este aspecto, es necesario dejar vivir a nuestros hijos, pues ellos están realizando un proceso intransferible, que consiste en vivir su propia vida y nadie, incluidos los padres, puede variar esa realidad. Por tanto, cuídese de estar sentando pautas constantemente, dando orientaciones a cada minuto, advirtiéndole en cada momento cómo hacer cada cosa. Siempre que asiste alguien a mi consulta con una situación de este tipo le pongo el ejemplo de los entrenadores de boxeo, quienes entrenan a sus pupilos lo mejor que pueden, con todo el amor y la dedicación posibles, pero quien enfrenta al adversario no es el entrenador, no es quien entrena, sino el pupilo, el entrenado, quien recibió el entrenamiento. Y cada vez que termina un round o asalto, el entrenador le da nuevas instrucciones, le corrige supuestas fallas y vuelve el boxeador al combate, no el entrenador. Y en ocasiones, el entrenador dice o le grita alguna estrategia desde su esquina y el boxeador equivoca la táctica y pierde la pelea por puntos, por RSC o por nocaut. Y no la perdió el entrenador, la perdió el boxeador.

Y en la vida la función de los padres se semeja en buena medida a la de un entrenador. Debemos preparar a los hijos para que celebren su combate con la vida y salgan victoriosos ante ese difícil contrincante. Pero usted no puede vivir la vida por su hijo y el aspirar a hacerlo, es otra postura que atenta contra su autoridad. Dígale más o menos qué hacer y cómo, pero deje que él le ponga su sello personal y si desea buscar otras vías y formas, mucho mejor. Estimúlelo.

Otra manera de no mantener la autoridad con los hijos es exigirles un tributo por ser hijos nuestros, por la crianza dada, por la inversión hecha en ellos. Y no se alarme con esto que acaba de leer, pues he conocido un número no despreciable de padres que cobran esto a sus hijos y les reclaman dinero, que se ocupen de ellos, que les presten ayuda, que no los dejen solos, que les resuelvan sus problemas, etc. Y necesitan asumir esta actitud simplemente porque perdieron su autoridad y también el verdadero afecto de sus hijos debido a su propia mezquindad. Ellos, en la generalidad de los casos, les recuerdan que no les pidieron que los hicieran o parieran, con lo que tratan de evitar la manipulación de sus sentimientos.

Si usted no desea perder la autoridad ante sus hijos, no tema perderla, no sea autoritario, no la utilice mal, sea flexible, tenga en cuenta que cada día que pasa sus hijos lo necesitarán de una manera diferente, aunque parezca que ya no lo necesitan.

Para una buena comunicación con su hijo adolescente

La adolescencia es una etapa de la vida tildada de "edad difícil", "edad crítica", como si los únicos que hubieran pasado por ella fueran otros y no nosotros mismos, como si fuera una etapa sólo vivida por aquellos "adolescentes difíciles" y no por otros que la vivieron normalmente, según las características específicas que le dan el torrente hormonal, el crecimiento súbito, la necesidad de independencia, la definición sexual y la acentuación de los caracteres secundarios, la elección o inclinación vocacional, entre las más significativas.

Como cualquier período, la adolescencia se rige por determinados principios que no deben ser olvidados jamás, pues ello acarreará, en la mayoría de las ocasiones, serias dificultades en la comunicación paterno-filial. Para lograr una buena comunicación con nuestros adolescentes es prudente desterrar de nuestro vocabulario determinadas expresiones como las que a continuación se relacionan:

1. "Tú tienes que..." En este caso es preferible preguntar qué ha pensado hacer al respecto, antes de trazar pautas ajenas a él. El adolescente debe aprender a encontrar soluciones propias, a manejar el estrés, las relaciones difíciles, etc.
2. "Por qué tú no hiciste..." Lo que no se hizo no tiene solución pues pertenece al pasado. Es mucho mejor que el adolescente aprenda de los errores cometidos y sea capaz de volver a intentarlo, por lo que se le debe asegurar que él es capaz de hacerlo, que él puede lograrlo.
3. "Muchos de tu edad..." Esta desafortunada comparación no debe ser pronunciada jamás. Lo importante es aceptar al adolescente tal y cual es, y solidarizarnos con sus decisiones, las que por lo general, son adecuadas a sus intereses.
4. "Cuando yo tenía tu edad..." Otra comparación peor que la anterior, pues provocará una rivalidad entre padres e hijos. Cuando usted tenía su edad las cosas eran muy diferentes a como son en estos momentos. Es más inteligente invitarlo a dialogar sobre el tema que consideramos problemático, o el que posiblemente necesite alguna orientación, pero nunca ponernos como modelo que no somos.
5. "Yo en tu lugar haría..." Otro error en la comunicación, pues estamos cometiendo fraude, con el inconveniente de que nuestra opinión pudo haber sido válida para nosotros, mediatizada por nuestra experiencia pasada que no la tiene el adolescente y por nuestros juicios de valor que no son los de él. Es mucho más sensato aproximarnos a él preguntándole qué piensa hacer ante la situación que tiene y de esa manera conoceremos cuán acertadas o no son sus decisiones. Si son correctas deben ser estimuladas y si no lo son se le debe incitar a manejar otras opciones más productivas.

Estas orientaciones persiguen proveer al adolescente de relaciones afectivas y efectivas, que le sirvan de soporte ante las nuevas exigencias que esta etapa le plantea, fundamentalmente, una apropiada interacción social con sus semejantes. Esta manera adecuada de comunicarse con el adolescente le permitirá contar con usted cuando le sea necesario a él, no cuando usted lo desee. En este sentido, no trate de ser el mejor amigo de su hijo para que él le mantenga al tanto de cuanto hace, lo cual es un atentado a su individualidad e intimidad. Lo inteligente es lograr que el adolescente

tenga su vida privada, sus secretos y sólo nos comunique aquello que le es confuso, extraño, hostil, teniendo en cuenta que ellos tienen que vivir sus vidas y nosotros las nuestras.

Mensaje a los padres y las madres

I. Sobre las drogas y el alcohol

Las drogas se han convertido en un flagelo para la humanidad, principalmente entre los adolescentes y jóvenes de casi todas las latitudes. La cafeína, la nicotina, el alcohol y la marihuana ocupan los primeros lugares entre las más utilizadas, pero hay otras que constituyen un grupo muy peligroso y cada vez en aumento, la cocaína en sus diversas formas, los inhalantes y los psicofármacos. Aunque cada una de ellas tiene un cuadro clínico diferente, la conducta adictiva es el denominador común a todas. Y sobre este particular trata el consejo que brindamos a continuación.

La conducta adictiva o de dependencia se caracteriza por la incapacidad de desprendimiento de algo (o alguien), lo cual limita la libertad del sujeto en relación con ese algo y cuya ausencia provoca diversos malestares físicos y psicológicos, de variable gravedad y duración, los que pueden ser revertidos por el adicto o dependiente. Por tanto, cualquier conducta con estos requisitos mínimos, puede predisponer al sujeto para el desarrollo de una drogodependencia. Claro está, en ocasiones esta conducta es normal en parte de la vida del niño, como por ejemplo, su dependencia de la madre como fuente de protección y nutrición, o en el adolescente, su dependencia al grupo de iguales o a un determinado compañero, el clásico compinche o amigo preferido. No es a estos rasgos normales a los que hacemos referencia.

Más bien se trata de otras evidencias nocivas en la actitud del adolescente, en apariencia naturales. Por ejemplo, cuando consume su tiempo en actividades poco importantes como el juego en cualquiera de sus formas: billar, máquinas computarizadas, carreras y peleas de animales, dados, barajas, etc., en detrimento de otras de mayor utilidad: el estudio, la sana recreación, la familia, etc. Este tipo de entretenimiento se convierte en adictivo cuando se gasta dinero y tiempo en mayor cantidad de lo que se propone el sujeto, o cuando se repite a pesar de los trastornos ocasionados, como pueden ser ausencias a clases por el juego, deudas, conflictos ante la imposibilidad de pagarlas o hurtos de dinero a los familiares para saldarlas. Cuando todo esto ocurre estamos ante el llamado "juego

patológico", porque ya existe dependencia de él, es una enfermedad del control de los impulsos.

En estos individuos hay mayores posibilidades para la instalación de otras dependencias que en quienes no presentan estos problemas.

Los padres deben dosificar este tipo de actividad y evitar por todos los medios la realización de apuestas, que pueden actuar como reforzadoras de esa conducta, tanto cuando se obtiene éxito y se juega para continuar lográndolo, como cuando se pierde y se trata de recuperar lo perdido.

Otra manifestación de conducta adictiva es la utilización de la televisión como vía evasiva, cuando el adolescente se mantiene durante muchas horas inmerso en semejante mundo, ajeno a la realidad, que le impide, aunque sea temporalmente, pensar o reflexionar sobre sus propios problemas. Igual dependencia se observa en muchos relacionados con la música, sobre todo con el hard rock o rock duro, por la cual tienen predilección los suicidas. En estos casos es prudente que el adolescente desarrolle diversos intereses, que tenga varios amigos y el apoyo familiar, condiciones necesarias para evitar dichos comportamientos anormales.

También pueden hacer suponer una adicción en nuestros adolescentes, los cambios en la conducta, por ejemplo el hábito de fumar, cuando nunca antes lo había realizado, el consumo de bebidas alcohólicas con frecuencia creciente, señales de pinchazos en antebrazos o la cara anterior de los muslos, ulceraciones o sangramientos nasales por aspiración de cocaína, demanda progresiva de dinero para pagar deudas, hurto o robo de sumas importantes de dinero a los familiares, cambio de amigos, sustituyéndolos por otros que también consumen drogas, empleo del lenguaje marginal de estos grupos, o la jerga propia de la sustancia que consumen diferente para cada cultura. Frente a cualquiera de estas manifestaciones lo más aconsejable, antes de asumir una actitud punitiva, es pedir ayuda especializada, pues la drogadicción, en tanto trastorno grave de la conducta, es también una enfermedad de causa múltiple, que requiere tratamiento médico.

II. Las limitaciones de los adolescentes y la responsabilidad de los padres.

La condición de adultos nos ofrece la posibilidad de planificar nuestra vida, de asumir una actitud activa ante las dificultades y sus

soluciones. Eso no ocurre en la niñez, y en la adolescencia, aunque la validez es mayor, aún persisten lazos de dependencia que la limitan.

El papel de los padres en la conformación de la personalidad de los hijos tiene una importancia capital, y en muchas ocasiones, si no hay un correcto clima emocional familiar, las consecuencias en los hijos pueden ser graves y determinar la aparición de diversos grados de patología mental.

Hay un grupo de factores denominados de riesgo, que aumentan las posibilidades de manifestar un trastorno, una enfermedad, un comportamiento anómalo.

Por ejemplo, el divorcio de los padres o la separación, influye de forma negativa en la psiquis de los hijos, ocasionándoles diversos tipos de problemas, entre los que cabe mencionar los emocionales, como la depresión, los sentimientos de culpa por la desavenencia, el rechazo hacia el progenitor que se queda y la añoranza por el que se ha ido; la aparición de dificultades con el rendimiento escolar, inexistentes antes de la ruptura; la inseguridad al perder una fuente de protección y apoyo, lo cual puede desencadenar ansiedad, trastornos de la conducta de tipo disocial o antisocial, así como sentimientos de incompetencia en la comunicación con sus iguales.

Las malas relaciones entre los padres, sin que se llegue a la ruptura, también entrañan serias contrariedades para los hijos, quienes pueden comenzar a presentar una agresividad, muy similar a la que están contemplando, en sus relaciones con otros niños, en el propio hogar y en la escuela. Pueden iniciar síntomas como son la enuresis, o sea, se orinan en la cama, se empiezan a comer las uñas, se les afectan el apetito y el sueño, aparece caída del pelo en forma de pesetas o sacabocados, o caída de las cejas, tendencia al aislamiento o a solidarizarse con el progenitor víctima, y experimentar un miedo excesivo hacia el que inicia las discusiones o las peleas.

El abuso o maltrato infantil es otro problema muy frecuente y muy dañino para la víctima. Por el maltrato de sus padres muchos niños han fallecido o han sufrido graves complicaciones derivadas de esta conducta de sus progenitores. De inicio, cuando los padres tratan mal a un hijo se produce una profunda distorsión de la comunicación paterno-filial y de la imagen que el niño va adquiriendo de ellos, lo cual perjudicará sus futuras relaciones interpersonales, como parte de la afectación más general que él padecerá. Y entre los trastornos más frecuentes están el desarrollo de una personalidad anormal, que puede

manifestarse con tendencias antisociales; diversos hábitos para mitigar el dolor de su existencia o llevar una vida enajenada; depresiones; intentos de suicidio en busca de una vía para poner fin a sus sufrimientos.

La imagen que los hijos tienen de sus padres también puede ser un factor de riesgo, sobre todo cuando ésta genera grados variables de malestar en ellos. De hecho, un padre ausente emocionalmente de sus hijos, no interesado por sus logros y sus fracasos, que no esté a su lado en “las verdes y las maduras”, muy poca o ninguna seguridad puede generar en su descendencia. Un padre o una madre que en su modo de vida incluya el llanto frecuente como forma de comunicarse y relacionarse con los demás, o asuma papeles de víctima, muy poca posibilidad dará a sus niños y adolescentes de que le confíen sus problemas y sus intimidades, y ellos crecerán con sentimientos de soledad. También hay que mencionar a los padres con problemas de conducta, transgresores de las normas sociales, quienes los pueden transmitir a sus hijos y ellos presentarlos por simple imitación.

Usted es la persona más importante para su hijo, para su desarrollo físico, mental y social. Esa responsabilidad nunca la debe olvidar.

III. Factores de seguridad.

Así como existen factores de riesgo ya señalados que repercuten de forma adversa en el desarrollo de la personalidad del niño, existen también los llamados factores protectores o condiciones para dar seguridad a su salud.

¿Cuáles son esos factores?

1. El amor entre los padres y de éstos hacia los hijos. Una familia unida es una fuente de seguridad para todos sus integrantes, por lo que nunca serán muchos los esfuerzos para lograr este objetivo. Como parte de este amor está la aceptación de cada uno en su individualidad y diferencias. Esto cuesta mucho trabajo, porque los padres pretenden que sus hijos sean a su imagen y semejanza; es el error de querer recrearse a través de los hijos, y si el padre quiso ser doctor o ingeniero y no pudo, entonces pone todo su empeño y esfuerzos para que el hijo llegue a ser lo que él no pudo.
2. Tener personas significativas en quienes confiar. No es prudente cuando nuestros hijos nos cuenten sus dificultades, tomar

medidas represivas o asumir actitudes alarmistas, que silenciarán sus futuras confidencias.

3. También los hijos necesitan tener padres que les impongan determinados límites a su conducta, y eviten con ello una utilización desordenada de la libertad, tan dañina a estas edades. Los límites deben ser racionales, no excesivos ni arbitrarios, pues perjudican tanto o más que la ausencia de límites.
4. Los hijos precisan sentirse atendidos en sus momentos difíciles, como pueden ser las dificultades escolares, amorosas o cuando padecen alguna enfermedad. Ello incrementará su seguridad, su autoestima.
5. Tener una opinión positiva de sí mismos, una autoestima elevada. Para ello es importante destacar sus buenas cualidades en vez de los defectos, enseñarles habilidades diversas para enfrentar el estrés y resolver sus problemas, lo cual favorecerá el surgimiento de sentimientos favorables hacia sí mismos; desarrollar en ellos la capacidad de controlar y modular sus emociones, para evitar la manipulación de sus afectos o dar una respuesta impulsiva o impensada.
6. La intolerancia de los padres ante las conductas desviadas. Permitirlas es un estímulo para que sean repetidas y convertidas en un mal hábito. En este caso es importante la unidad de criterios en toda la familia al desaprobado determinada conducta desadaptativa y no sólo la desaprobación de una parte de ella, pues el niño o adolescente hará alianzas contra quienes le repreben su conducta, solidarizándose con quienes se la aprueban o estimulan. Además de rechazar las desviaciones, debe controlarse frecuentemente para que no se estén presentando, y así se desestimulará su ocurrencia.
7. Es indispensable para los hijos la conducta de los padres: si los padres nos crecemos ante las dificultades; si somos dueños de nuestras emociones; si somos estables en el comportamiento social (familia, trabajo, vecindario); si conocemos nuestros puntos flojos, nuestras limitaciones; si somos buenos trabajadores, creativos, no rutinarios; si sabemos ser responsables, confiables; si sabemos disfrutar, seguro seremos un buen modelo a imitar por nuestra descendencia.

A los hijos: no hacer alianzas

Este tema está destinado, en especial, a los hijos cuyos padres tienen problemas matrimoniales y están por separarse y divorciarse. Va dirigida, desde luego, a aquellos hijos que son adolescentes o jóvenes, no así a los niños que en la mayoría de las ocasiones harán lógica alianza con la madre, su fuente de nutrición, protección y seguridad en estas edades.

Generalmente, si hay hembras y varones entre ellos, se efectuará una distribución en las alianzas. Algunos defenderán al padre en sus razones y otros, a la madre. Los unidos al padre tendrán problemas en sus relaciones con la madre y con los hermanos que la apoyan. Los otros sufrirán las reprimendas del grupo contrario.

Pero no se les puede olvidar que han formado alianza con su padre, en contra de su madre y viceversa. Es decir, no la forman con un ser querido en contra de un enemigo, sino en contra de otro ser querido, de ahí su inconveniente.

El adolescente o el joven que se una a un progenitor en contra del otro, tendrá desde ese momento un progenitor y un enemigo, en vez de dos progenitores. Esto no debiera ser, pero sucede.

Una postura inteligente sería tratar de no inmiscuirse en esos asuntos y sólo hacerlo si se les pide opinión, la cual deben dar con una imparcialidad a toda prueba. Sé que resulta difícil para un adolescente o un joven no tomar partido en este tipo de situación, pero deben ocuparse de sus propios asuntos y dejar a los adultos resolver el problema por sí solos de forma civilizada.

Aunque sean sus padres, recuerden ese viejo refrán que dice “entre marido y mujer nadie se debe meter”. Y eso es válido también para ustedes.

Además de los inconvenientes ocasionados por dichas alianzas en la relación paterno filial, otro tanto ocurre entre los hermanos, quienes establecerán rencillas personales, disputas, rencores, y esto, lógicamente, los marcará en lo adelante.

Las peleas pueden influir desfavorablemente, porque un progenitor puede al atacar afectar la imagen del otro y profundizar más aún los problemas de relación en la familia. Por último, además del refrán anterior que es válido, como ya dije, para aplicar con sus padres, no olvide que “no se puede ser juez y parte”. Y este otro refrán le viene a

usted, adolescente o joven con padres en conflictos matrimoniales, como “anillo al dedo”.

Para evitar la violencia en las relaciones interpersonales

Habitualmente se hace mayor énfasis en el aspecto visible de la violencia, esto es, en el maltrato físico o psicológico, en la conducta violenta manifiesta en forma de gritos, amenazas, palabras soeces, injurias, golpes, empujones, agresiones físicas más severas que pueden ocasionar daños, mutilar y a veces comprometer la vida del agredido. Sin embargo, hay otros tipos de violencia, más sutiles, pero no menos dañinos, patentes en las relaciones interpersonales, entre sujetos que, en apariencia, no se solidarizan con la conducta violenta ni la practican conscientemente. A este tipo es al que me quiero referir.

Así es, hay formas de comportamiento, en apariencia normales, que son violentas, pues tratan de forzar una situación a su antojo; por ejemplo, cuando nos inmiscuimos en la vida ajena sin que nos pidan un criterio u opinión, sólo porque esa persona no está actuando como lo haríamos nosotros, como si fuéramos el modelo a seguir, y considerar a todo lo diferente de ese supuesto “modelo de normalidad”, como algo que hay que modificar, cambiar, rehacer.

Otra manera de manifestarse la violencia doméstica es cuando se desconocen los atributos positivos de la pareja o son objeto de burla. Así, una profesional con éxitos en su vida científica se queja de la recriminación de su esposo porque “lo único que haces últimamente es estudiar y escribir”, a pesar de ella haber sido capaz de complementar su actividad científica con la atención a la familia.

En ocasiones, el silencio es una forma de violencia en las relaciones interpersonales, pues privan a los seres humanos de la tan necesaria comunicación. Esto se hace más evidente cuando las parejas no viven solas, sino con la familia de uno de los cónyuges. En este caso, el cónyuge que propicia el silencio, mantiene el trato con los otros miembros de su familia y deja “abandonado al silencio” al que no tiene familia alguna en ese medio. Si bien puede conversar con otros convivientes, la calidad de la comunicación se encontrará comprometida de manera importante.

Otra forma de violencia en las relaciones interpersonales es cuando se trata de subordinar los intereses de la familia a los de uno de sus miembros, cuando ni siquiera son los importantes en ese momento.

Así, por ejemplo, se quiere poner a todos en función del niño enfermo y éste sólo tiene un catarro común. O que el esposo espere a su pareja para ir al trabajo, cuando ella habitualmente llega retrasada. O que los niños y adolescentes sufran la pérdida de un ser querido con las mismas manifestaciones de duelo que el adulto.

También es conducta violenta la manipulación del sexo, es decir, utilizar las relaciones sexuales como un arma contra la pareja. Y es el caso cuando un cónyuge se molesta con el otro y deja de tener relaciones sexuales varios días, aunque la molestia bien podía ser resuelta en cinco minutos. Prolongar innecesariamente los disgustos, es otra forma de violencia, se dilata el malestar para tener ventajas en la relación. Ésta debe ser complementaria, no competitiva, y cuando esto ocurre en la pareja es una forma muy destructiva, por cierto. Cada cónyuge debe tratar de tener el mayor éxito en lo que hace y el que tenga menos posibilidades por uno u otro motivo, debiera sentirse feliz porque su pareja lo haya logrado, esto no pasa siempre y el éxito se convierte en motivo de diferencias e incomprensiones por parte unas veces de quien los obtiene y otras, de quien no los pudo obtener.

Otra manifestación de violencia es cuando no se comparten las tareas de la familia y se recargan en uno de sus integrantes o cuando las tareas no son repartidas de forma lógica, para que cada cual pueda hacer una utilización más racional de su tiempo.

En definitiva, la conducta violenta tiene muchas maneras de manifestarse y debemos evitar que la anómala forme parte de nuestro comportamiento.

10. Preguntas y respuestas

Esta sección tiene casi un centenar de preguntas realizadas por adolescentes en distintas presentaciones y conferencias. Las preguntas en sí mismas son una fuente invaluable de información al reflejar de una manera directa las inquietudes, desconocimientos, vulnerabilidades y temores típicos de la adolescencia. Las interrogaciones se han organizado en cinco subtemas:

- Suicidios en los jóvenes
- Sobre el suicidio
- Brindar ayuda

- Trauma en la familia
- Prevención y autoayuda

Suicidio en Jóvenes

¿Cuál es el motivo más común por el que se suicidan los jóvenes?

El motivo más frecuente son los problemas con la pareja, sea ruptura de una relación amorosa o los amores contrariados por dificultades con los padres de alguno o de ambos, o por las relaciones difíciles entre ellos.

¿Cuáles situaciones se pueden convertir en un peligro potencial para cometer suicidio en la adolescencia?

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidas en adolescentes vulnerables, los que las perciben como una amenaza directa a la auto imagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones
- Situación de tortura o victimización
- Fracaso en el desempeño escolar
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes
- Embarazo no deseado y embarazo oculto
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual

- Padecer una enfermedad física grave
- Ser víctima de desastres naturales
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas
- Estar involucrado en una situación de burlas continuadas en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

Si siento que mi vida no tiene sentido, ¿Qué debo hacer para no caer en el suicidio?

El ser humano debe empeñarse en encontrar la vía por la cual dirigir sus energías hacia el logro de una trascendencia social cuyo resultado sea la satisfacción personal. Claro está, el sentido de la vida no es algo común para todos los individuos, es personal, porque lo que me lo da a mí no lo dará a mi pareja o a mis hijos. Luego, lo primero que usted debe hacer para dar sentido a su vida, es preguntarse cuál es su mejor atributo, su mejor cualidad, en qué aspecto es realmente bueno. Una vez que descubra ese atributo, dedíquese una parte de su tiempo para buscar la mayor perfección, y hágalo de manera consciente, no como un pasatiempo, sino como una obligación: usted le está dedicando a ese atributo una parte de su tiempo porque ello le dará un sentido a su existencia y su deber es perfeccionarlo al máximo.

Otras veces no hay que descubrirse atributo alguno, simplemente mire a su alrededor y trate de encontrar la persona más necesitada de usted, por ejemplo, su abuela, su pequeño hijo, su esposa enferma, su esposo con una gran cantidad de responsabilidades, etc. Dedíquese a mejorar la calidad de vida de ellos y eso también mejorará la suya. Dicho incentivo en ocasiones se puede encontrar en su propia tragedia. He conocido madres que han perdido un hijo por suicidio y se han consagrado a ayudar a otras madres y familiares con una experiencia similar y ello le ha complacido.

¿Por qué el suicidio es tan frecuente cuando hay problemas en el hogar?

Precisamente los principales motivos del suicidio en los adolescentes son amores contrariados y los problemas familiares. El clima emocional familiar tiene repercusión, positiva o negativa en la formación de la personalidad y si este es caótico la personalidad se

puede estructurar con algunos rasgos que influyan negativamente en la adaptación del individuo, como por ejemplo, la agresividad, la impulsividad, la timidez, la desesperanza, etc. Por otra parte, si el sujeto no tiene intereses extrahogareños que le permitan una mejor adaptación, el suicidio puede ser una forma anormal de evadir los problemas hogareños.

¿Un suicidio puede ser la expresión de una falta de comunicación del adolescente con sus padres?

El suicidio es una forma anómala de comunicar que algo no andaba bien, lo que no siempre es posible detectar oportunamente por personas no entrenadas en la detección del riesgo de suicidio.

¿Por qué los padres son los últimos en darse cuenta del deseo de suicidio de sus hijos si son los que más cerca están de ellos?

Detectar a un suicida es una tarea difícil, incluso para los psiquiatras y los suicidólogos más expertos, y los padres y las madres no lo son. Pero por otra parte, en ocasiones los cambios son sutiles y ellos no los perciben por estar continuamente con el presunto suicida. Otras veces influyen otras razones como la falta de comunicación entre padres e hijos, las malas relaciones entre ellos, no tomar con seriedad las llamadas de auxilio o las amenazas suicidas.

¿El comportamiento de los padres influye en el suicidio de los hijos?

Es incuestionable que el comportamiento de los papás puede influir en el suicidio de los hijos de múltiples maneras.

Cuando los papás han intentado el suicidio o se han suicidado, los hijos pueden imitar dicha conducta. Cuando el padre padece de un alcoholismo o drogadicción, o la madre es una deprimida crónica estas condiciones pueden favorecer el suicidio entre los hijos debido al clima emocional familiar caótico que estos trastornos suelen conllevar. La existencia de abuso físico y sexual y las relaciones incestuosas también se convierten en factores que pueden precipitar un acto suicida en un adolescente.

Las dificultades en la comunicación entre los papás y los hijos, cualquiera sea su forma de manifestarse, pueden convertirse en un factor de riesgo suicida.

¿Considera que para combatir el suicidio basta con la buena comunicación y la confianza de la familia?

La buena comunicación y la confianza en la familia pueden permitir que cuando alguno de sus miembros presente ideas suicidas las pueda expresar sin temor a no ser escuchado y ayudado, lo cual sin lugar a dudas son factores protectores del suicidio.

Mi papá me metió a la fuerza al preuniversitario y me quiero suicidar ya que yo no quiero la escuela ¿Qué usted me aconseja?

No es aconsejable utilizar la violencia en las relaciones interpersonales, y entre ellas las paterno-filiales, pues ello puede originar un espiral de creciente violencia, o condicionar un aprendizaje defectuoso en los hijos, que emplearán la violencia cuando asuman el rol de padres.

A veces los padres hacen las cosas a la fuerza, pero hay que tener la capacidad para comprender si esa conducta persigue dañarnos o hacernos bien. No es lo mismo que un padre emplee la fuerza para abusar física o sexualmente de un hijo o hija, o que la emplee para que sea mejor ciudadano en el futuro.

Muchos adolescentes se tornan susceptibles tomando más en cuenta la forma y no el contenido del mensaje que le comunican los padres y pueden torcer su rumbo hacia el mal camino cuando no llegan a comprender lo que pretendían los padres.

Tu padre no habrá utilizado un método correcto pero no te metió al Infierno del Dante, sino a la escuela para que continúes superándote. ¿No será que este tipo de enseñanza te está obligando a ser mejor estudiante, a ser más perseverante en tus propósitos, a ser más disciplinado, a sacar de ti tus mejores cualidades como ser humano y te resistes a esforzarte?

Si un adolescente se quiere suicidar porque piensa que sus padres no lo quieren ya que siempre lo están comparando con sus hermanos ¿Qué se debe hacer?

Ninguna comparación es buena. Eso no debiera ocurrir nunca, pero sucede.

Cuando las cosas no dependen de uno, deben ser manejadas modificando las emociones que nos provocan, en vez de empecinarnos en que cambien. No es el suicidio la forma de enfrentar ningún

problema y debes reconocer que estás experimentando celos hacia tus hermanos. Creo que sería de mucha utilidad que te detuvieras a reflexionar en que te comparan, y si ellos te superan, no hay que lamentarse por eso, sino tomarlos de ejemplos a seguir, en vez de desear suicidarte. Si mi padre dice que no saco tan buenas notas como mi hermano, debo aprender de su método de estudio, de su dedicación y disciplina, para ser tan bueno como él.

¿La obsesión por ser el mejor puede conducir al suicidio?

Siempre que uno cuente con los atributos personales necesarios para conseguirlos, trazarse metas elevadas en la vida es muy adecuado y no conduce en modo alguno al suicidio. Sin embargo, cuando no se cuenta con los recursos para ello, y la persona se propone alcanzar objetivos muy por encima de sus posibilidades, corre el riesgo de fracasar y frustrarse, con el malestar que ello genera. Si en estos objetivos inalcanzables había depositado todos sus medios económicos el riesgo de cometer suicidio es elevado.

En ocasiones hay familias que depositan en sus hijos o hijas que estudian, sus esperanzas de desarrollo, de modificar su situación económica, de salir adelante. Cuando no pueden cumplir estas expectativas, a pesar de los esfuerzos realizados, existe peligro de que realicen un acto suicida.

¿Qué se puede hacer cuando un adolescente se quiere suicidar si la novia lo deja?

Inmediatamente se debe comunicar esos pensamientos a alguna persona significativa, como el padre, la madre, los maestros o profesores, el médico que le atiende, un psicólogo, un psiquiatra, el sacerdote o pastor, un buen amigo o amiga. No debe permanecer a solas mientras tenga este tipo de pensamientos.

¿Qué debe hacer un adolescente para no suicidarse si todas las mujeres lo rechazan?

Lo primero que debe hacer es preguntarse porque esto ocurre, pues lo más probable es que usted tenga que modificar algunos rasgos de su carácter que contribuyen a que esto suceda. También debe enriquecer su personalidad con algunos atributos que son del agrado de cualquier persona, como tener una buena capacidad para escuchar, saber mantener una conversación agradable, incrementar su cultura general mediante la lectura, tener buenos modales, ser caballeroso, etc. Y sobre todo amarse usted mismo de forma razonable pues si usted no

se ama es muy poco probable que pueda encontrar alguien que lo haga.

Tengo una amiga que está embarazada y quiere suicidarse ¿Qué debo hacer?

Hay que proceder como se ha referido en otras ocasiones: explorar la idea suicida, no dejarla sola, evitar el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda dañar, avisar a los familiares de las intenciones suicidas y acercar cuanto antes a las fuentes de salud mental.

El embarazo oculto o no deseado es uno de los factores de riesgo de suicidio en la adolescencia. Considero que también habría que determinar si el embarazo es o no deseado, pues el riesgo suicida se incrementa en este último caso. Si el embarazo es deseado pero oculto, hay que informar a los papás o a algún otro familiar para apoyar a la adolescente, recordando que de inicio pueden tener reacciones de ira, enojo, llanto hostilidad, incredulidad, agresividad, constantes interrogatorios para que se ofrezcan detalles de cómo ocurrieron las cosas, etc. Pero esta reacción inicial es sustituida en la inmensa mayoría de los papás por la aceptación de lo sucedido y el apoyo para que el embarazo transcurra sin dificultades.

Si el embarazo no es deseado y está oculto, también hay que informar a los padres y pedir su colaboración para enfrentar la situación por la cual está atravesando la adolescente y advertir del peligro suicida para que se tomen todas las medidas necesarias tendientes a evitarlo.

¿Cómo salvar a un amigo que es impotente a los 17 años?

La función sexual adulta es una de las últimas que el organismo adquiere y esto es así porque se necesita una adecuada maduración biológica, psicológica y haber logrado una adaptabilidad social satisfactoria. Pero en la naturaleza "lo último que se adquiere es lo primero que se pierde" y en la adolescencia esa función sexual es muy frágil y pueden aparecer fracasos sexuales sin que ello constituya una enfermedad. Simplemente es parte de su propio desarrollo, hasta que se logra la estabilidad en esa función. Es por ello de vital importancia que se tenga una sexualidad responsable para evitar su mal funcionamiento.

¿Cómo se pueden controlar los celos para no cometer un intento de suicidio?

El celoso está inseguro de su capacidad para despertar en el ser amado lo que supone que alguna otra persona puede lograr. Para erradicarlo es necesario incrementar la seguridad en sí mismo, en los propios atributos. Claro en ocasiones se necesita ayuda profesional para que indique algún fármaco que disminuya la desconfianza, que es la base de los celos. Y si eres celosa nada más, pues tienes solo un problema, pero si eres celosa y suicida, entonces tienes dos.

¿Qué hago si mi novio se quiso suicidar antes que lo fuéramos y ahora tengo miedo que se quiera matar si lo dejo?

La vida de su novio no depende de usted ni usted se la puede cuidar, pues el encargado de esa tarea es él mismo. Mantener relaciones de noviazgo con una persona por miedo y no por amor es un grave error, pues ambos se están engañando, el creyendo que usted le ama y usted haciéndole creer que siente amor cuando lo que experimenta es miedo a sus reacciones cuando usted decida no continuar.

Si un adolescente es homosexual y la gente lo rechaza y ha pensado suicidarse por sus preferencias sexuales. ¿Qué puede hacer?

La homosexualidad no es una enfermedad ni un atributo anormal del carácter. Se considera simplemente una preferencia sexual más, al igual que la heterosexual. Lo importante no es que los demás lo acepten, aunque eso sería lo ideal. Lo trascendental es que el individuo se acepte en esa condición.

Si soy homosexual y mi familia no me acepta ¿el mejor camino sería suicidarme?

Considero que el suicidio es una mala solución por no decir que no es una solución sensata. Que tu familia te acepte es lo ideal, pero no es lo real. Creo que quien debe aceptarse en su preferencia sexual eres tú y lograr con tu comportamiento, que te acepte la mayor cantidad de personas, como pueden ser tus amigos, compañeros de estudio o trabajo, maestros, otros familiares, etc.

Soy homosexual y he intentado suicidarme por eso, pero no puedo dejar de serlo ¿Por favor dígame que hacer?

Evidentemente te encuentras ante un conflicto de aproximación-evitación. Deseas ser homosexual, pero te lo reprochas. Pienso que

debes aceptar tu preferencia sexual y asumirla con entereza, con dignidad, con responsabilidad y realizarte como ser humano.

¿Algunos jóvenes dicen que se van a suicidar sólo para llamar la atención?

Todos los seres humanos desean llamar la atención, aunque algunos lo hacen por sus mejores cualidades (pintores, músicos, científicos) y otros por sus conductas anómalas (agresividad, impulsividad, consumo de drogas, actos suicidas).

Los significados de un acto de suicidio pueden ser múltiples: deseos de morir, llamadas de atención, pedido de ayuda, deseos de mostrar a otros cuan grandes son sus problemas, agredir a otros, reunirse con seres queridos fallecidos, etc. Cualquiera de ellos debe ser considerado seriamente y prestarle la debida atención.

A veces hay adolescentes que dicen que tienen deseos de morirse. ¿Qué hacer en esos casos?

No hay que hacer absolutamente nada, pues es muy normal en la adolescencia que a veces se sientan esos deseos. Si se hacen frecuentes esos pensamientos entonces debemos buscar ayuda médica.

¿El decir “por qué no me muero” es un síntoma de suicidio?

No es un síntoma de suicidio esa expresión, ya que el suicidio es matarse a si mismo, con participación activa del sujeto y no simplemente el deseo de morir. Claro está, esa expresión que es a veces frecuente entre los adolescentes frente a situaciones que les disgustan, puede ser el primer peldaño de un comportamiento autodestructivo.

¿Qué pasa cuando retas a una persona con riesgo de suicidio a que se suicide? ¿Lo puede hacer o no?

Retar a una persona en riesgo de suicidio es algo que nunca se debe hacer, pues se puede correr el peligro que lo realice. En algunos Códigos Penales este proceder constituye un delito que se califica de incitación al suicidio.

Sobre el suicidio

¿Qué síntomas se presentan en el suicida?

No hay un síntoma único ni característico en las personas que vayan a cometer suicidio, pero se hacen evidentes una serie de manifestaciones que pueden ser englobadas en la palabra CAMBIOS. Se presentan cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento de las personas que hacen pensar en la ocurrencia de este tipo de acto

Entre estos cambios se mencionan la tristeza, la ideación suicida, la planificación del suicidio, la amenaza suicida, el escribir notas de despedida, la entrega de posesiones valiosas, el aislamiento, el incremento del consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas, los trastornos del sueño y el apetito, por sólo mencionar algunos.

No hay un síntoma específico ni característico, pero la presencia de los pensamientos suicidas o ideas suicidas como también se les conoce es uno de los más importantes, por lo que siempre deben ser exploradas.

E. Ringel en 1947 describió el llamado Síndrome Presuicidal que aparece en toda persona que va a cometer suicidio y consiste en fantasías suicidas, constricción del intelecto y del afecto, es decir, planificación del suicidio, con incapacidad de encontrar otras opciones y disminución de la agresividad hacia los demás para volcarla sobre si mismo.

¿Cuáles son las principales formas de suicidio?

Hay muchas clasificaciones, por lo que no puedo brindar una respuesta única. Si se refiere a los métodos, pues las principales formas son por armas de fuego, ahorcamiento, ingestión de sustancias tóxicas e inhalación de los gases de vehículos de motor.

Los métodos que se utilizan para cometer suicidio, ¿de que dependen?

Los métodos para cometer suicidio dependen de su disponibilidad, del acceso que tenga el sujeto a dichos método. En la elección influye también el tipo de enfermedad que presente el sujeto pues las que se acompañan de grave desorganización de la personalidad, como la que presentan algunos esquizofrénicos, los métodos suelen ser extremadamente cruentos, con mutilaciones horribles. Otro factor que influye es el antecedente familiar que tenga el sujeto de la utilización

de un método determinado por varios de sus miembros así como el entorno socio-cultural, que puede tener un método preferido para cometer suicidio, como es el fuego en la región del oriente cubano, o el ahogamiento en las mujeres nórdicas.

¿Cómo es el comportamiento suicida?

El comportamiento suicida incluye el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida, la amenaza, el gesto, el intento suicida, el suicidio frustrado, el suicidio accidental y el suicidio consumado.

¿Por qué se dice que los suicidas son cobardes?

Se dice que los suicidas son cobardes porque se desconocen muchas características de estas personas. Los suicidas no son cobardes, ni tampoco valientes, ya que la cobardía y la valentía son atributos de la personalidad que no se cuantifican por las veces que un sujeto se quita la vida o deja de quitársela. Estas son creencias erróneas, mitos sobre el suicida que deben ser eliminados pues entorpecen la prevención de esta conducta.

¿En cual de los dos es más probable el suicidio: en el hombre o la mujer y por qué?

El suicidio es más frecuente en los hombres en proporción de tres a uno, aunque para un futuro se ha pronosticado que esta proporción llegue a 3,9 hombres por cada mujer. La causa no es bien conocida, pero en ella pueden influir factores de tipo biológico, como puede ser la presencia de la testosterona, hormona masculina que incrementa la agresividad y también de factores socioculturales, como son la menor capacidad del hombre de buscar ayuda, de expresar sus sentimientos, su elección de métodos más mortales, etc.

¿La depresión puede llevar al suicidio?

No todas las personas que se suicidan están deprimidas, ni tampoco todas las personas que se deprimen realizan un acto suicida. Pero la depresión es una enfermedad que conlleva riesgo de suicidio en el 10% al 30% de los que la padecen, fundamentalmente aquellas depresiones consideradas graves.

¿Sólo los deprimidos se suicidan?

Aunque los deprimidos constituyen un importante grupo con riesgo de suicidio, no son los únicos que cometen suicidio, pues también pueden padecer de esquizofrenia, alcoholismo, trastorno de ansiedad, trastorno disocial o límite de la personalidad, por mencionar algunos.

¿Una persona que intentó el suicidio y falló, busca otra oportunidad para intentarlo nuevamente?

Entre el 1% a 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año, y entre el 10% al 20% durante toda su vida. Hay personas que repiten el intento y otros que se convierten en grandes repetidores pues intentan contra su vida en múltiples ocasiones, mientras que otros no vuelven a intentarlo nuevamente.

¿Puedo heredar de mis padres la tendencia a suicidarme?

No está demostrado que el suicidio se transmita genéticamente, por lo que esta tendencia no se puede heredar. Ahora bien, lo que sí se puede transmitir es la tendencia a padecer una enfermedad mental en la que el suicidio sea un síntoma y que los estilos de vida dañinos pongan en evidencia (abuso de alcohol, drogadicción, etc.).

¿Es cierto que las estaciones del año influyen en el suicidio?

Si es cierto, principalmente en los países nórdicos, en los cuales la luz solar dura muy poco tiempo cada año. Eso influye en la disminución de la producción, por parte del organismo, de determinada sustancia que influye sobre el estado de ánimo, ocasionando la llamada depresión estacional, cuyo tratamiento principal es la fototerapia.

¿En qué afecta a la sociedad el suicidio de un individuo?

Siempre hay afectación. Si se trata de personalidades públicas (artistas, políticos) pueden traer epidemias de suicidios entre sus admiradores y admiradoras en el caso de los artistas o desestabilización social en el caso de los políticos. Cuando no son personalidades públicas, se afectan al menos seis personas por cada sujeto que se suicida, principalmente familiares y amigos.

¿Qué influencia tiene la televisión y los diarios en el suicidio?

Con la publicación de la tragedia "Romeo y Julieta" de William Shakespeare numerosos adolescentes, identificados con los personajes y sus turbulentos amores terminaron sus vidas por suicidio.

Willian Farr en 1843 consideró que “no hay una mejor evidencia que el efecto imitativo de la conducta suicida”. El término “Efecto Werther” fue acuñado por D.P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan W. von Goethe en 1774 publicó su novela “The sorrow of young Werther” (Las penas del joven Werther) en la que se cuenta la historia de un joven talentoso quien desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

El “Efecto Yukiko” es un término similar al anterior y utilizado en el Japón para referirse a la imitación de la conducta suicida. Numerosos suicidios en adolescentes y jóvenes sucedieron después de las noticias sensacionalistas del suicidio de Yukiko, estrella japonés de rock.

Las noticias sensacionalistas sobre el suicidio de una personalidad pública puede precipitar el suicidio de personalidades vulnerables, sobre todo adolescentes y jóvenes por lo que se recomienda: no debe aparecer la noticia en primera página, no deben aparecer fotos del fallecido, no se debe describir el método utilizado con lujo de detalles, no deben ofrecerse explicaciones simplistas ni únicas pues responde a causas biológicas, psicológicas y sociales, no debe justificarse el suicidio con valores morales dignos de imitarse como el valor, amor, dignidad, honor, no deben recalcarse únicamente los aspectos positivos de la personalidad del difunto sino también los posibles padecimientos que facilitaron el suicidio como el abuso de drogas y alcohol, intentos suicidas previos, ingresos psiquiátricos, no debe aparecer la palabra suicidio como sinónimo de éxito, salida, opción, solución, no se debe ofrecer el suicidio como una forma de solucionar las dificultades de la vida.

Brindar ayuda

¿Cómo puedo auxiliar a una persona que trata de suicidarse?

Una buena opción es preguntarle sobre su idea de suicidio, siguiendo la siguiente secuencia: ¿Cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué desea suicidarse? Preguntando sobre la idea suicida para conocer el grado de planificación de la misma. Mientras más planificada sea la idea suicida mayor es el riesgo y por tanto más rápido hay que actuar llevando al sujeto a una consulta especializada.

¿Qué se debe hacer si un familiar o un amigo amenaza con suicidarse?

Siempre se debe tomar con seriedad cualquier amenaza de suicidio. Evita cometer el error de considerar la amenaza como un alarde, manipulación o chantaje. La amenaza es un mensaje de que algo no anda bien y se necesita ayuda.

¿Cómo puedo ayudar a un amigo si llevarlo al médico es imposible? ¿Es malo obligarlo?

Muchas veces las personas no desean acudir al médico porque le resulta molesto tener que ventilar sus problemas con una persona a quien no conocen. Otras veces no desean acudir para no recibir un diagnóstico y tener que hacer tratamiento con fármacos. Otras veces no acuden porque no le encuentran ningún valor a hacerlo o porque no están en condiciones económicas de enfrentar los gastos de un tratamiento.

Otras veces es la propia enfermedad o el sufrimiento que padecen las personas lo que les impide buscar ayuda médica porque consideran que “ya no hay nada que hacer”, que “ayudarlo es perder el tiempo”, que “todo está perdido” y esa negativa es un síntoma y no una decisión bien pensada.

A veces no queda otra alternativa que obligarlo, para lo que se sugiere apoyarse en varios amigos del sujeto y se le intenta persuadir de la necesidad de acudir al médico por sí mismo que tener que ir en contra de su voluntad y que ellos están decididos a llevarlo por las buenas o en contra de su voluntad. Ante tal argumento y la convicción de que los amigos actuarán si el sujeto se niega, el sujeto, en la mayoría de las ocasiones, termina por ceder.

¿Cómo se puede ayudar a una persona que está a punto de cometer un suicidio por amor?

Lo primero que hay que hacer es no dejarlo solo, evitar que tenga acceso a los métodos mediante los cuales se pueda dañar, informar a otros seres queridos de los propósitos suicidas de esta persona y acercarlo a las fuentes de salud mental a la mayor brevedad posible. Estas acciones pudieran evitar el suicidio. En cuanto a que “está a punto de cometer un suicidio por amor”, es cuestionable que así sea, porque el amor no significa muerte, sino vida, y porque para amar a

otros hay que saber amarse uno mismo. ¿Cómo puedo amar a una persona si le voy a privar de mi presencia?

¿Cómo saber si la persona quiere utilizar el suicidio como un medio de chantaje?

Eso no lo llegan a saber cabalmente ni los psiquiatras y suicidólogos de vasta experiencia, por lo que le aconsejo que siempre tome muy en serio cualquier comportamiento suicida y nunca lo califique de chantaje.

¿Cómo puedo ayudar a una persona en crisis?

Para ayudar a una persona en crisis lo primero que hay que hacer es establecer contacto, es decir, acercarnos a ella para que nos confíe sus problemas, sus sufrimientos, permitiendo que se exprese con libertad, no juzgarlo ni contarle nuestras experiencias. Simplemente escucharlo con genuino interés y hacerle preguntas abiertas para conocer más profundamente que es lo que está pensando lo que nos permitirá ayudarlo mejor. No olvide de explorar siempre si ha pensado en el suicidio durante la crisis y si lo ha pensado, debe conocer cuan planificada ha sido esa idea para dirigirlo a los servicios de salud mental a la mayor brevedad posible.

¿Cuándo una persona entra en una depresión muy fuerte que debe hacer?

Buscar ayuda profesional de forma inmediata, pues una depresión puede ser causada por una enfermedad mental, una situación adversa, un acontecimiento doloroso, pero también puede ser el resultado de una enfermedad física. Por otra parte una depresión no suicida si no se le diagnostica oportunamente y se le trata adecuadamente puede evolucionar hacia una depresión suicida.

Si un amigo se quiere suicidar por problemas con su familia ¿Qué se puede hacer?

Lo primero es informar a un familiar que pueda apoyar al amigo. Además debes informarlo a tus padres para que ellos te ayuden y puedan ayudarlo a él. Lo ideal sería consultar su situación con un terapeuta, pero puedes evitar que tu amigo se suicide si no lo dejas a solas ni le dejas a su alcance ningún medio por el cual pueda dañarse.

¿Cómo ayudar a una persona que se droga para que no llegue al suicidio?

Lo primero que hay que lograr es que deje el mal hábito de consumir drogas y eso pudiera ser suficiente para evitar ese desenlace fatal.

¿Cómo puedo ayudar a un amigo drogadicto a que no se suicide si no me hace caso?

Dejar un mal hábito requiere del deseo de abandonarlo de quien lo padece. Por tanto, si deseas ayudarlo, debes insistir en que no se drogue y tratar de que sea visto por un médico especializado en adicciones. Como se dice tratar a un drogadicto es como hacer un arroz con liebre. Y lo más difícil es cazar a la liebre...

¿Qué pasa cuando una persona se quiere suicidar por problemas económicos y como se le puede ayudar?

Lo primero que hay que determinar es el origen de los problemas económicos ya que cuando en la adolescencia se comienzan a necesitar sumas crecientes de dinero puede que estemos ante un caso de drogadicción, que explicaría el endeudamiento.

Una vez determinada la causa del endeudamiento hay que proceder como lo haríamos con cualquier persona en riesgo de suicidio: explorar la planificación de la idea suicida, evitar el acceso a los métodos con los que se pudiera dañar, no dejarlo a solas, avisar a figuras significativas para el adolescente y acercarlo a los especialistas en salud mental.

Si un amigo tiene depresión porque fue violado y se siente inútil y sucio, ¿Cómo puedo ayudarlo?

Debes llevarlo para que sea atendido por un psiquiatra, puesto que padece una depresión con ideas de minusvalía y autorreproche y esta condición para que mejore debe ser tratada con medicamentos antidepresivos.

Tengo un amigo que se deprime mucho porque no es atractivo en su físico y piensa suicidarse ¿Cómo ayudarlo?

No ser atractivo y ser un suicida en potencia es un problema mayor que no ser atractivo únicamente. Cuando no se posee la belleza física deseada, hay que intentar embellecer el espíritu con cualidades que

despiertan la admiración y aceptación de casi todas las personas. Y en este caso quien debe intentar lograrlo es tu amigo, que es quien no se acepta tal y cual es.

Si persiste en sus propósitos suicidas, debes hacer lo que ya hemos señalado en respuestas anteriores para evitar que una persona cometa suicidio.

¿Cómo ayudar a una amiga que ya no soporta a su papá?

Cuando un adolescente tiene dificultades en el seno del hogar es conveniente que tenga otros intereses extra hogareños, que le permitan consumir el tiempo de una manera agradable y provechosa. Es muy traumático no soportar a una figura significativa como es el padre, pero es importante aprender a perdonar y a sacar una lección del sufrimiento que se padece. Por tanto, tu amiga si se quiere ayudar, debe trazarse como objetivo no repetir su propia historia con su descendencia y elegir un hombre como padre de sus hijos que no despierte las emociones que su padre despierta en ella.

Si uno tiene muchos problemas personales y fue una niña no deseada y no es querida por su familia ¿Cómo puedo evitar no querer morir?

Ser un hijo no deseado conlleva situaciones de maltratos velados o evidentes. Cuando uno es un niño, no puede alterar el curso de los acontecimientos porque no tiene la posibilidad de valerse por sí sólo. Pero ya en la adolescencia esto puede modificarse y pensar en los planes propios para un futuro a mediano plazo, como puede ser culminar los estudios y conseguir un trabajo que permita vivir de manera modesta pero independiente.

Trauma en la familia

¿Qué traumas provoca en la familia el suicidio de uno de sus miembros?

El efecto de un suicidio en la familia es una tragedia, una verdadera desgracia, pues el duelo por un suicida difiere del duelo por otras causas de muerte. Uno de esos efectos es la realización de un acto suicida por alguno de sus miembros al imitar o identificarse con el occiso. Otro es la búsqueda constante del por qué lo hizo entre los sobrevivientes y los sentimientos de culpa por no haberlo detectado a tiempo y evitar ese desenlace fatal.

¿Qué trastornos deja a los familiares el suicidio de uno de sus integrantes?

Se consideran sobrevivientes aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía. El vocablo "survivor" proviene del inglés y su traducción puede ser el de superviviente, que es el que sobrevive y es también sinónimo de sobreviviente, que significa vivir uno después de la muerte del otro. Aunque esta palabra es muy utilizada en la terminología suicidológica, no sólo son sobrevivientes o supervivientes los que sobreviven a un suicidio, sino que lo son también aquellos que sobreviven después de la muerte de un ser querido por una causa cualquiera, sea natural, por accidente u homicidio.

Es imposible presentar un cuadro clínico típico del sobreviviente de un suicidio, pero son comunes algunos de ellos como los intensos sentimientos de pérdida acompañados de pena y tristeza, rabia por hacerle responsable, en cierta medida de lo sucedido, sentimientos de distanciamiento, ansiedad, culpabilidad, estigmatización, etc. También puede manifestarse el horror por el posible arrepentimiento tardío, cuando ya las fuerzas flaquearon lo suficiente para evitar la muerte y no poder, deseándolo en esos últimos instantes.

El miedo es una emoción presente en la casi totalidad de los familiares del suicida y está referido a si mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve. Este temor se extiende a los más jóvenes, a los que pueden comenzar a sobreprotegerse con la esperanza de evitar que ellos también cometan un acto suicida.

La culpabilidad es otra manifestación que frecuentemente se observa en los familiares del suicida y se explica por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría, por no atender las llamadas de atención del sujeto, las que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos suicidas previos, así como no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara sus ideas suicidas. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro de la salud mental que podían terminar en un acto de suicidio. Cuando la

culpabilidad es insoportable, el familiar también puede realizar un acto suicida para expiar dicha culpa.

Prevención y autoayuda

¿Debo decir que yo intenté el suicidio?

Siempre debemos reconocernos tal y cual somos. Si intentaste contra tu vida, eso es una realidad y es parte de tu biografía. Claro está, no hay que decirlo a los cuatro vientos, para que sea del dominio de todos los habitantes de la ciudad. Pero hay personas a las que no debemos negar este antecedente como son tus papás si no lo supieran aún, tu pareja, tu médico, tu confesor, etc. Por último, independientemente de estas sugerencias, tienes la libertad de decidir a quienes harás participe y a quienes no de tu vida privada.

¿Qué se debe hacer para no tener deseos de suicidarse?

Para no suicidarse hay que aprender soluciones no suicidas ante las dificultades de la vida, hay que aprender a pedir ayuda cuando la ocasión lo merita, hay que saber donde acudir cuando se está en dificultades a las que no se le encuentra solución, hay que tener una razonable auto confianza, auto imagen y autoestima, hay que desarrollar intereses variados, aprender a pedir consejos antes de tomar decisiones relevantes, hay que saber tolerar frustraciones, renunciar cuando haya que hacerlo y perseverar cuando la ocasión lo requiera, hay que saber amarse y amar a los demás y siempre pensar en que medida nuestros actos afectan a otros y evitar que esto ocurra.

¿Cómo puedo ayudarme a mí misma si no me acepto como soy y tiendo a la depresión?

Este estado no es infrecuente en muchos adolescentes quienes no se aceptan por su figura o determinada parte de ella o por algún atributo de su personalidad y en la medida en que maduran y se relacionan con diferentes grupos humanos y son aceptados, esta sensación de no aceptarse desaparece. Otras veces es necesario incorporar a la personalidad atributos de los que se carece para balancear los defectos reales que se pudieran tener. Y se puede ser feo, pero simpático, sociable, buen conversador, buen amigo, leal, puntual, cortés, etc. Y ya la fealdad es compensada. Lo que si no es bueno es ser feo y además tímido, poco sociable, retraído, y sentir autocompasión.

¿Después de controlar la crisis suicida se vuelve a tener la tendencia a matarse?

Es posible que esto ocurra, principalmente en las personas que padecen una depresión grave con lentificación psíquica y motora, esto es piensan y se mueven muy lentamente. Cuando estas personas empiezan a mejorar lo primero que se restablece es la motilidad y ya sus movimientos son ágiles. Sin embargo, el pensamiento no mejora al mismo tiempo, continúan pensando en suicidarse, y el peligro se incrementa pues ya están en mejores condiciones de hacerlo debido a la agilidad que sus movimientos han alcanzado y que antes no tenían. Por tanto, cuando comienza a mejorar un enfermo deprimido grave hay que incrementar las precauciones, pues se incrementa el peligro suicida.

¿Qué actitud debo tomar si mis padres influyen para que intente el suicidio?

Debes buscar ayuda en una figura significativa, como pueden ser otros familiares cercanos, (abuelos, tíos y tías, hermanos mayores, etc.). También debes acercarte a los maestros, o al sacerdote o pastor de tu iglesia y confesarles tus dificultades para que te brinden ayuda. Y nunca autoagredirte.

11. Bibliografía

Alvero Francés F. Cervantes. Diccionario Manual de la Lengua Española. Ed. ICL . Pueblo y Educación.

Baume P; Cantor CH; Rolfe A. "Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet." Crisis, 18/2:1997:73-79.

Beautrais AL (1998). A review of the evidence. In our hand. The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy. Wellington. Ministry of Health.

Beck A; Resnik H; Lettieri D. (1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA.

Clark D; Kerkhof J.F.M.A. "Physician-assisted suicide and euthanasia." Crisis, 17/4.1996:146.

Conwell Y. "Suicide in the elderly: When is it rational." Crisis, 14/1.1993.6.

Current opinion in Psychiatry (2002). The usefulness of the second-generation antipsychotic medication. 2002, 15 (Suppl. 1) S6- S16.

Dajas F. (2002). Editorial. Revista Psiquiátrica del Uruguay. Vol 66 N° 1 junio 2002. Pág. 6.

Eldrid Y. Caring for the suicidal. Ed Constable. London. 1993.

Frances Sealey M. "What are hotlines?" Crisis, 15/3 1994: 108-109.

Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Díaz de Santos. 1994.

Ministry of Health. New Zealand (1999) Suicide and the media. The reporting and portrayal of suicide in the media

Ministerio de Salud Pública (1999). Colectivo de autores. Manual de prácticas clínicas para la atención integral al adolescente. Cuba

Orbach I. (1997). "Suicidal behavior in adolescents." Italian Journal of Suicidology Vol VII NO 2 october 97-98.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Pérez Barrero SA. "Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students." Italian Journal of Suicidology. 8, 1:35-37, 1998.

Pérez Barrero SA.(1999) Lo que Ud debiera saber sobre... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.

Pérez Barrero SA.(1997). El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.

Pérez Barrero SA. (2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hosp. Psiq.de la Habana.

Pérez Barrero SA (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." Rev. Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. NO 11(4) : 318-25.

Pérez Barrero SA (2001) Psicoterapia para aprender a vivir. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.

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

Pérez Barrero SA(1997). "Significados del acto suicida en adolescentes y jóvenes sobrevivientes." Rev. Psiquiátrica del Uruguay, NO 336, vol 61:101-106.

Pérez Barrero SA (1997). "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes." Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil NO 2 abril-junio: 102-106.

Quintero Lumbreras FJ (1999). "El difícil tratamiento de los niños difíciles." Ponencia presentada en el IX Congreso Dominicano de Psiquiatría. Santo Domingo. 30 de septiembre - 2 de octubre.

Saito Y. (1998) "Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan." Befriending Worldwide. (3) : 3.

Sarró B. Los Suicidios. (1993) Edit. Martínez Roca.

Shneidman E. (1997). "The suicide mind; Suicide as Psychache". Befriending Worldwide 2: 5.

Suicide Prevention Training Programs (1995). "Strengthening Community. A suicide prevention workshop for the Latin American Community". Trainer' Guide.

"Support in suicidal crisis". The Swedish National Programme to develop Suicide Prevention.Printing: Modin-tryek, Stockholm. october.1996.

Sweedo Set al (1992). "Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?" Pediatrics, sept. vol 88, 3:620-29.

Tovilla y Pomar M (2000). "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio Vol 1 NO 1 octubre: 7-17.

U.S. Public Health Service (1999). The Surgeon General' Call to action to Prevent Suicide. Washington. DC.

Varnik A. (1997). Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS. Gotab, Stockholm: 10-18.

Vijayakumar L; Thilothammal N. (1993) "Suicide pacts." Crisis. 14/1: 43-46.

Wasserman D. Varnik A (1998). "Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS." 1970-1990. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 394.98:34-41.

Wasserman D (2001). Suicide- an unnecessary death. Edited by Martin Dunitz.

WHO (2000). Preventing suicide: a resource for media professionals.

WHO (2000). Preventing suicide: a resource for primary health care workers.

WHO (2000). Preventing suicide: a resource for teachers and others school staff.

WHO (2000). Preventing suicide: a resource for general physicians.