

El consejero y el fenómeno del suicidio en niños y adolescentes

Noel Maldonado Santiago, Ed. D., C. P. L.

Consejero de la Facultad de Educación – UPR/RP

Profesor University of Phoenix

Resumen:

Factores asociados aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales atribuyen a la tasa de suicidio juvenil que parece ir en aumento. El presente artículo señala causas, síntomas y significados del intento de suicidio en jóvenes de 10 a 24 años al igual que explora la posición del consejero ante posibles casos en riesgo de suicidio y las estrategias de prevención disponibles para evitar que se lleve a cabo la acción suicida.

Descriptores: Suicidio adolescente e infantil, intervención, relación consejero/paciente

Abstract:

Factors associated with biological, genetic, psychological, sociological, cultural and environmental aspects contribute to the constantly growing suicide rate in children and adolescents. This article points out motives, symptoms, and meaning behind suicide attempts of young people between the ages of 10 and 24 years old, as well as exploring the role of the counselor in the presence of possible suicidal cases and the strategies available to prevent the phenomenon from happening.

Keywords: Adolescent suicide, interventions, counselor/patient relationship

El suicidio en niños y adolescentes es un fenómeno social y un problema de salud que en las últimas décadas ha generado gran preocupación entre los profesionales de la salud y de la conducta humana. Cada año, miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos, siendo ésta la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 y 24 años de edad y la sexta causa de muerte entre los niños de 5 a 14 años.

En Puerto Rico, el suicidio entre la población de niños y adolescentes no ha sido una excepción. Éste se ha convertido en un problema de grandes proporciones que demanda del desarrollo de un mejor sistema de salud mental, y que todos los ciudadanos ante esta crisis asuman un rol activo en la prevención del suicidio (Iglesias, 2008).

A tales fines y en apoyo a lo antes expresado se informa que la Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas (2008), registró en el año 2001, la mayor tasa de suicidios en la Isla, particularmente entre las edades de 10 a 24 años de edad; de 10 a 14 años, 2 jóvenes; de 15 a 19 años, 14 jóvenes; y entre los 20 a 24 años, 29 jóvenes. En el año 2002, un total de 20 jóvenes entre las edades de 10 a 24 años de edad se quitaron la vida; y en el año 2003, hubo un total de 17 víctimas entre las edades de 20 a 24 años. Luego se observa un aumento en la tasa de suicidios en el año 2004, cuando un total de 32 individuos, incluyendo dos niños menores

de 10 años se quitaron la vida. Este incremento en el número de suicidios aumentó vertiginosamente para los años 2005 y 2006, donde un total de 39 individuos por año se privaron de la vida y cuyas edades fluctuaban entre los 10 a 24 años de edad. Para el año 2007, solamente se obtuvieron las estadísticas hasta el 30 de junio de 2007, las cuales informan un total de 12 casos de suicidios entre las edades de 15 a 24 años de edad. (Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas 2008).

Todos los que han disertado sobre este tema concurren que el suicidio es el acto de terminar con la propia vida y que puede ocurrir en todos los niveles socioeconómicos, grupos étnicos y hasta religiosos. Es de harto conocimiento que uno de los grupos más afectados por esta modalidad del suicidio lo son los adolescentes.

La adolescencia es un período de mucho estrés acompañado de cambios importantes en el cuerpo, las ideas y los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. En otros adolescentes, los cambios normales del desarrollo acompañados de otros factores estresantes tales como cambios en la familia, divorcio de los padres, mudanza a otra comunidad, nuevas amistades, dificultades en la escuela, así como otras pérdidas, suelen causar en éstos mucha perturbación. Desde el punto de vista de los adolescentes los cambios son demasiado violentos o difíciles de sobrellevar, y el suicidio puede llegar a parecer como la única solución.

En cuanto a los síntomas, reflejos de las tendencias suicidas, se ha comprobado que los mismos son similares a los que se experimentan bajo estados de depresión. Las siguientes señales que tienden a indicar que el adolescente está contemplando el suicidio como una alternativa a sus problemas, según la *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (1998), son: cambios en los hábitos de dormir y de comer; retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales; pérdida de interés en sus pasatiempos favoritos; actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa; uso de drogas o de bebidas alcohólicas; abandono poco usual en su apariencia personal; cambios pronunciados en su personalidad; aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar; quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: dolores de cabeza, de estómago y fatiga que están por lo general asociados con el estado emocional del joven; poca tolerancia a los elogios o los premios. Otras señales que exhibe el adolescente que está contemplando el suicidio son: se queja que es una persona mala o que se siente abominable; lanza indirectas como: “no les seguiré siendo un problema”, “nada me importa” o “no te veré otra vez”; pone en orden sus asuntos, por ejemplo, regala sus posesiones favoritas, limpia su cuarto, bota papeles o cosas importantes; se pone muy contento después de un período de depresión; o demuestra síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

El intento de suicidio en adolescentes puede tener varios significados:

- 1) La huida reconocida como el intento por escapar de una situación dolorosa o estresante
- 2) El duelo después de la pérdida de una figura familiar o pariente importante en su vida
- 3) El castigo porque se entiende que es la forma de expiar una falta real o imaginaria
- 4) El joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa

- 5) El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte
- 6) La venganza es utilizada para provocar remordimiento en otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad
- 7) La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro
- 8) El sacrificio es interpretado como la forma de morir por una causa
- 9) El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

El tratamiento para los sentimientos y comportamientos suicidas son:

- 1) La edad del adolescente, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- 2) La gravedad de los síntomas del adolescente
- 3) La seriedad del intento
- 4) La tolerancia del adolescente a determinados medicamentos o terapias
- 5) Sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio
- 6) Su opinión o preferencia.

Todo adolescente que haya intentado suicidarse va a requerir de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad física. El tratamiento de la salud mental comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. A esos fines se realiza una evaluación integral del adolescente y de la familia. Los hallazgos de esta evaluación son los que contribuirán en la toma de decisiones con respecto a las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, terapia individual para el adolescente, terapia familiar y cuando sea necesario, internarlo para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro.

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. De acuerdo con la Fundación estadounidense para la prevención del suicidio (*American Foundation for Suicide Prevention, AFSP*), para poder prevenir el intento de suicidio en los adolescentes es importante aprender cuáles son las señales de advertencia las cuales ya se han reseñado anteriormente en este artículo.

En resumen, el suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. Los pasos importantes para su prevención están cimentados en el mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida. Para ello es fundamental identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficaces. A tales fines, y siendo el tema de los consejeros lo que nos ocupa en este artículo, éstos deben desarrollar iniciativas basadas en la comunidad para prevenir y controlar el comportamiento suicida.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la prevención del suicidio implica una amplia

variedad de actividades entre las cuales se encuentran la crianza eficaz de los niños, la orientación familiar, el tratamiento de los trastornos mentales, el control ambiental de los factores de riesgo y la educación de la comunidad. La educación efectiva de la comunidad, intervención esencial y fundamental, implica un entendimiento de las causas, la prevención y el tratamiento del suicidio.

En la evaluación de los comportamientos suicidas por parte del consejero es fundamental que éste realice un análisis integral de los mismos para de esta forma poder planificar la intervención y las actividades de prevención. El objetivo principal de dicho análisis es proveer información dirigida a prevenir y orientar. Según la Organización Mundial de la Salud (2006), todas las valoraciones de suicidio por parte del consejero deben contener:

- Revisión de los factores de riesgos relevantes
- Historial completo de comportamiento suicida condiciones biológicas, psicosociales, mentales, situacionales o médicas que no se pueden cambiar
- Medida de los síntomas suicidas actuales, con indicación de grado de desesperanza
- Estresores precipitantes
- Nivel de impulsividad y control personal; otros datos atenuantes
- Factores protectores.

El análisis del suicidio requiere una evaluación del comportamiento y los factores de riesgo, el diagnóstico de los trastornos mentales subyacentes y una determinación del riesgo de muerte. Una vez completado el análisis, es importante clasificar el riesgo de suicidio total en términos de gravedad: Inexistente, leve, moderado, grave o extremo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), en última instancia, la responsabilidad del consejero es formarse un juicio y localizar un punto en la escala de letalidad del suicidio que ayude a identificar el potencial de la persona para hacerse daño mortal. Además, los datos obtenidos son relevantes, ya que permiten que el consejero pueda comparar el nivel de funcionamiento de una persona antes y después de la orientación con propósitos de intervención y prevención.

El consejero en realización del análisis de riesgo de suicidio debe tener presente la entrevista médica, información de procedimientos de evaluación formal y recopilación de datos colaterales valiosos de parte de terceras personas. Las razones para vivir o continuar viviendo son factores cognitivos importantes en el análisis del suicidio y deben incorporarse a la evaluación y planeación del tratamiento. Por último, el análisis del suicidio debe ser multidimensional y hacerse dentro del contexto de los siguientes elementos: desarrollo humano normal, diferencias de sexo, historial familiar, abuso de sustancias, nivel de aislamiento, diagnóstico psiquiátrico, nivel de indefensión o desesperanza y patrones demográficos. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

A pesar de que no hay un procedimiento establecido para tratar a un suicida o posible suicida, los servicios de orientación deben ser receptivos a las necesidades del suicida. La identificación, evaluación y tratamiento de los suicidas requiere la consideración de muchas variables importantes. Los suicidas tienen una amplia gama de necesidades que van desde la información a la orientación y la medicación. A menudo se indica la combinación de breve orientación de apoyo y medicamentos para tratar la depresión y otros comportamientos. Si una persona tiene pensamientos suicidas (ideación), es importante iniciar de inmediato los procedimientos de

control.

Esto implica análisis (p. ej., nivel de ambivalencia, impulsividad, falta de flexibilidad y medios de letalidad), apoyo, niveles variados de compromiso y participación de la familia y también orientación. El control del suicida también puede involucrar tratamiento farmacológico u hospitalización. Los consejeros con gran cantidad de casos tienen que estar especialmente conscientes de su capacidad para tratar con eficacia una crisis de suicidio. Además, es importante conocer los códigos de ética y las leyes con respecto a la participación de terceras personas. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Entre las estrategias de intervención para los consejeros en el manejo de casos de posibles suicidas se ha reconocido la importancia del contrato. Muchos consejeros lo favorecen en el caso de suicidas en potencia, ya que suelen ser beneficiosos. Pero, independientemente de la existencia de un contrato entre el suicida y el consejero, todos los canales de comunicación se deben mantener abiertos. Además, es importante que el consejero establezca con el posible suicida una relación que implique un cierto grado de fe y confianza. El suicida en potencia debe sentirse libre de comunicar información y tener confianza en que el consejero está dispuesto a controlar la crisis. De hecho, el consejero tiene ante sí la gran responsabilidad de garantizar la seguridad de la persona mientras intenta resolver la crisis.

Es importante que el consejero durante el control del suicidio, no exprese perspectivas personales, morales, religiosas ni filosóficas puesto que pueden contribuir a bloquear la comunicación y distanciar al suicida. Es necesario procesar los posibles recursos útiles, tanto personales como de la comunidad, con la persona. Esto puede implicar la familia, los amigos, así como otras fuentes de apoyo. Además, es importante que el consejero no haga promesas relacionadas con la confidencialidad de las intenciones suicidas de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), el consejero tiene que adaptar la orientación a las necesidades de la persona, tales como: terapias cognitivo-conductuales, terapia de conducta dialéctica, terapia psicodinámica y orientación familiar. Los elementos útiles del proceso terapéutico con suicidas son la promoción de la resolución de las emociones intensas y el enfrentamiento a los comportamientos autodestructivos, mientras se estimula la autonomía personal. El reconocimiento y la superación de sentimientos de indefensión, desesperanza y desesperación, así como el desarrollo de la consciencia de sí mismo y la construcción de una identidad personal positiva también son fundamentales para el proceso de orientación con suicidas.

Otras intervenciones que el consejero debe tener presente al trabajar con individuos con ideas suicidas, son identificar el mensaje que la persona trata de comunicar, o el problema que quiere solucionar, a través del comportamiento suicida. Se le debe brindar al suicida la oportunidad de desahogarse. Esto puede ayudar a calmar la situación de crisis. Sin embargo, los consejeros deben ser prudentes en cuanto a confiar en la comunicación oral solamente, ya que la ausencia o la negación de ideación suicida pueden ocultar una verdadera intención suicida. Apoyar sin juzgar, escuchar activamente y hacer preguntas pertinentes y perspicaces puede establecer lo que el suicida intenta comunicar.

Existe la posibilidad de que el individuo con ideas suicidas acuda primero a un amigo. Por consiguiente, hay que capacitar a los estudiantes para que aprendan a identificar en sus compañeros situaciones de riesgo tales como el comportamiento suicida. Las presentaciones en el salón de clases preparadas cuidadosamente por los consejeros pueden ayudar.

Otra estrategia necesaria e importante en la intervención de las conductas suicidas es la integración de los padres, las agencias de salud y las escuelas en los procesos de intervención eficaces. Los maestros pasan mucho tiempo con niños y adolescentes y, por lo general, también pueden proveer información sobre los problemas de salud mental del estudiante. De igual forma, el consejero escolar debe estar constantemente preparando charlas educativas y adiestramientos dirigidos a los maestros para que estos fortalezcan los conocimientos que poseen sobre el problema.

A esos fines, se hace útil y práctico para la prevención del suicidio en adolescentes utilizar las estrategias que han probado ser eficaces, tales como: Educación sobre el tema, dirigida tanto a adolescentes como a personal educativo; y ofrecer alternativas de ayuda tales como los grupos de apoyo juveniles, centros especializados y líneas de crisis. Además, se debe poner énfasis en promover en los jóvenes habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno para así prevenir conductas de riesgo relacionadas con el suicidio.

Por consiguiente, los consejeros pueden desempeñar un papel esencial en la prevención del suicidio en niños y adolescentes. Identificar los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida es fundamental para la toma de decisiones clínicas del consejero. El conocimiento de dichos factores de riesgo puede orientar la prevención y la intervención, ya que de ella surgirán las herramientas necesarias para identificar a las personas en situación de mayor riesgo. La capacitación de los consejeros en el análisis de riesgos es fundamental para la reducción de los suicidios en niños y adolescentes.

Referencias

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (1998). *El suicidio en los adolescentes*. [On-line] Retrieved from the World Wide Web <http://www.aacap.org>

Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Policía de Puerto Rico (2008). *Evolución de Suicidios por Edad y Género*. [On-line] Retrieved from <http://www.tendenciaspr.com/Violencia/Tablas/Suicidio>.

Iglesias, G. (2008). *El suicidio en los jóvenes*. [On-line] Retrieved from http://www.universia.pr/portada/noticia_actualidad.jsp?noticia=38223.

National Center for Health Statistics. (1996). *Advance report of final mortality statistics (1994)*. NCHS Monthly Vital Statistics Report, 45 (suppl. 3). Hyattsville, MD.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del Suicidio: Recurso para Consejeros*. [On-line] Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Healthy people*.

Washington, D. C.