

¿ES LA DEPRESIÓN CAUSA DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES?

Andrea Castañeda Collazos

Diplomado En Adolescencia

Contexto Intervención Y Prevención

Universidad De La Sabana

¿ES LA DEPRESIÓN CAUSA DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES?

Resumen

La presente revisión teórica tiene como objetivo describir la depresión como parte importante y predictora de conductas suicidas en adolescentes. Con el fin de especificar la importancia de relacionar estas dos variables, el artículo hace una breve descripción acerca de la depresión, incluyendo síntomas, causas, y algunas estadísticas que permiten tener conocimiento sobre la importancia y frecuencia con que se presenta esta enfermedad hoy en día en los adolescentes. De igual forma, se describe el suicidio, las conductas que indican que un individuo tiene entre sus pensamientos quitarse la vida, factores predisponentes y la forma en como los terapeutas pueden intervenir.

Palabras Claves: Depresión, suicidio, adolescentes.

Abstract

This theoretic revision has as objective to describe the depression as a predictive and important part of suicidal behavioral in adolescents. Trying to specify the importance of relating this two variables, the article makes a brief description about depression including symptoms, causes, risks factors, small bases of treatment and some statistics that let us have knowledge about the importance and the frequency of this mental illness in adolescents. In the same way, the article describe suicide, the behavioral that indicates that a person is thinking about taking his life off, predisposition factors and the way in which therapists can take part.

Key Words: Depression, suicide, adolescents.

¿ES LA DEPRESIÓN CAUSA DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES?

El presente artículo teórico tiene como fin dar a conocer varios aspectos relacionados con una enfermedad que día a día hace parte de la vida diaria de las personas y con una incidencia creciente en los adolescentes de todo el mundo, esta enfermedad es La Depresión. Así mismo se hace una revisión teórica que muestra diferentes perspectivas que hay frente al tema; el lector las conocerá y focalizará de una u otra forma su atención y su interés. El tema del artículo surge por una parte, del interés propio frente a esta problemática y por otra parte, como se nombró anteriormente, de la creciente incidencia que muestran las estadísticas (Ceballos, 2003) del suicidio en jóvenes, en donde una de sus causas es la depresión. Los intentos de suicidio en contextos tales como el colegio, la escuela, el hogar, el barrio, entre otros, son bastantes y sin embargo no se le está dando la importancia que debería tener, muchas veces se deja de lado el tema, se estudia pero no a profundidad, se desconoce, se evade, en fin un sin número de comportamientos salen a relucir cuando se toca la problemática. Algo similar pasa con la depresión, que aunque se relaciona bastante con la pregunta que enmarca el contenido del presente artículo, se estudia por encima o se le atribuyen definiciones vagas e imprecisas. Con lo dicho anteriormente, este artículo no pretende hacer de estas dos problemáticas algo “aterrador” por decirlo de alguna manera, de alguna forma quiere tocar o en algunos casos despertar la capacidad de asombro de las personas lectoras ante estos temas, y los tópicos en general que tocan a diario las membranas de nuestro país y del mundo entero, a distintos niveles y diversos grados, pero que por las membranas del ser humano en sí, muchas veces pasan desapercibidas. La problemática se abordará de la siguiente forma. Primero, se hará la

revisión teórica de la Depresión en adolescentes, dividida en su definición, los síntomas que puede presentar, las causas asociadas (factores de riesgo), el tratamiento, la prevención del trastorno y algo de estadísticas revisadas. En segundo lugar, se revisará el concepto del suicidio, con una breve contextualización histórica de este “fenómeno”, los síntomas que presentan las personas con comportamientos suicidas, la prevención, más los factores de riesgo relacionados, el manejo de la crisis suicida como tal, los factores protectores asociados, y también una parte de estadísticas frente a estos comportamientos e ideas suicidas. De esta manera, contando con la visión de varios autores frente a los tópicos y con la revisión de diferentes artículos recientes, de revistas especializadas en temas de psicología y en general relacionadas con aspectos de la salud humana, se quiere cumplir el propósito mencionado durante la introducción del presente artículo y así mismo poder llenar las expectativas del lector.

Los sentimientos de depresión (y alegría) son universales, lo cual hace que sea muy difícil entender los trastornos del estado de ánimo, trastornos que pueden ser tan inhabilitantes que el suicidio tal vez parezca con mucho una mejor opción que vivir (Barlow, Durand, 211). Entre los trastornos del estado de ánimo se encuentran la distimia, el trastorno depresivo mayor, episodio único, el trastorno depresivo mayor recurrente y la depresión doble. Por otra parte se encuentra también el trastorno bipolar I, la ciclotimia y el trastorno bipolar II. Para dar inicio e ilustrar mejor el tema que nos compete, la depresión, considere el caso de Katie (Barlow, Durand, 211 - 212) Katie era una chica de 16 años, atractiva pero muy tímida, llegó a nuestra clínica con sus padres. Durante varios días, había interactuado pocas veces con alguien que no fuera su familia a causa de su considerable ansiedad social. Ir a la escuela le resultaba muy difícil y, a medida que sus contactos

sociales disminuían, su vida se iba vaciando y apagándose. A los 16 años, una depresión profunda y generalizada bloqueó el sol de su vida. He aquí cómo la describió posteriormente.

La experiencia de la depresión es como caer en un hoyo profundo y oscuro del que no puedes salir. Gritas al caer, pero parece como si nadie te escuchara. Unos días resurges sin haberlo intentado siquiera; otros, desearías tocar fondo para no volver a caer de nuevo. La depresión afecta la forma en que interpretas los sucesos. Influye en cómo te ves a ti misma y en cómo ves a los demás. Recuerdo haberme observado en el espejo y pensar que era la criatura más horrible del mundo. Luego, con el tiempo, cuando estas ideas volvían, aprendía a recordarme que no había tenido esos pensamientos ayer y probablemente no los tendría mañana o después. Es un poco como esperar a que haya un cambio en el clima.

Sin embargo, a los 16 años, en los más profundo de su desesperación, Katie no tenía tal perspectiva. Con frecuencia lloraba por horas al terminar el día. Comenzó a beber alcohol durante el año anterior, con el consentimiento de sus padres, extrañamente, pues las píldoras recetadas por el médico de la familia no generaron ningún beneficio. Un vaso de vino en la cena surtió un efecto tranquilizador temporalmente en Katie, y tanto ella como sus padres, en su desesperación, tuvieron la voluntad de probar cualquier cosa que hiciera de ella una persona más funcional. Pero no bastaba con un vaso. Bebía cada vez más a menudo. Comenzó a beber para dormir. Era una forma de escapar a lo que sentía: “Tenía muy pocas esperanzas de un cambio positivo. No creo que nadie cercano a mí tuviera esperanzas. Estaba molesta, cínica y con una gran pena emocional”. La vida de Katie siguió una espiral descendente.

Por varios años, Katie contempló el suicidio como solución a su desdicha. A los 13 años, en presencia de sus padres, manifestó estos pensamientos a los psicólogos. Sus padres lloraron, y ver sus lágrimas afectó más profundamente a Katie. Desde ese momento, nunca expresó sus pensamientos suicidas de nuevo, pero éstos permanecieron con ella.

Para cuando tenía 16 años, había aumentado su obsesión por la muerte. Creo que se trataba sólo de agotamiento. Estaba cansada de enfrentar la ansiedad y la depresión todos los días. Pronto, me hallé tratando de cortar los pocos vínculos interpersonales que tenía con mis amigos cercanos, con mi madre y con mi hermano mayor. Me resultaba incluso imposible hablar con ellos. Estaba molesta y me sentía frustrada todo el tiempo. Un día llegué al límite. Mi madre y yo tuvimos un altercado por alguna minucia. Fui a mi habitación, y ahí tome una botella de whisky o vodka o cualquier otra cosa que estuviera bebiendo en ese entonces. Bebí tanto como me fue posible hasta el punto de no sentir nada cuando me pellizcaba. Luego, saqué un cuchillo muy filoso que guardaba y me corté las venas profundamente. No sentí nada, pero el calor de la sangre me recorrió la muñeca.

La sangre manó y escurrió hasta el suelo junto a la cama en la que estaba acostada. De pronto me di cuenta de que había fallado y que eso no bastaba para causarme la muerte. Traté de detener la hemorragia con algunos trapos. Me mantuve en calma y terriblemente complacida. Fui hasta la cocina y llamé a mi madre. No puedo imaginar cómo se sintió cuando me vio la blusa y los pantalones llenos de sangre. Era asombroso que ella estuviera tan tranquila. Me pidió mostrarle la cortada y dijo que no dejaría de sangrar sola, que necesitaba ir al médico de inmediato. Recuerdo que el médico me inyectó novocaína en la

cortada y que comentó que debía haber utilizado un anestésico antes de cortarme. No sentía la inyección o las suturas.

Después de esto, los pensamientos suicidas se volvieron más frecuentes y mucho más reales. Mi padre me pidió prometerle que nunca lo haría de nuevo, y lo hice; pero tal promesa no significaba nada para mí. Sabía que era para aliviar sus penas y temores y no los míos, y mi obsesión por la muerte continuó.

La depresión diagnosticada más a menudo y de mayor gravedad se llama episodio depresivo mayor. Los criterios del DSM – IV indican que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sensaciones de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (digamos, patrones de sueño alterados, cambios significativos de apetito y de peso o una pérdida de energía muy notable) a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la capacidad de experimentar cualquier placer (anhedonia) de la vida, incluidas las interacciones con la familia o los amigos y los logros laborales o escolares (Barlow, Durand, 212).

Según Kamphaus R.W. y Frick P.J. (2000) la depresión puede resumirse bajo una serie más global de problemas de adaptación referidos comúnmente como trastornos / problemas de internalización. Los niños (adolescentes) con problemas de internalización se distinguen con facilidad de aquellos que tienen problemas de externalización, pero esto no implica que dichos problemas sean de fácil diagnóstico y tratamiento. Los trastornos de internalización son los más difíciles de diagnosticar por la naturaleza de la sintomatología (Kamphaus, Frick, 523 – 524).

En la siguiente cita William Reynolds (1990) resume de manera elocuente el reto central de evaluación que presentan, por lo general, los síndromes de internalización de depresión.

Los trastornos de internalización, incluyendo los trastornos de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos somáticos, conductas suicidas, entre otros, se asocian con conductas sobrecontroladas. Fenomenológicamente, los trastornos de internalización se caracterizan por sintomatología encubierta, dirigida hacia el interior. Los trastornos de internalización no llaman con facilidad la atención del psicólogo, por esto los profesionales necesitan estar atentos a la existencia potencial de estos problemas en el niño y el adolescente (Kamphaus, Frick, 524).

Anne Woods (2003) define que la depresión más que un estado de tristeza pasajero, es una enfermedad que afecta a la percepción que una persona tiene de día tras día tanto de sí misma como de los demás, y también de los hechos de la vida. Si el sentimiento de desánimo se prolonga durante mucho tiempo, independientemente de lo que le ocurre en la vida, podría estar pasando una depresión (Nursing, 16).

Por otro lado se define también como un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes (Medline, 2002). La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión, desde el punto de vista de otro autor. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es

culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona, aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres la padecen (Tuotromedico, 2004)

Por último la enciclopedia Encarta (2003) refiere que la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

Entre los síntomas de la depresión se encuentran el estado de ánimo depresivo o irritable, mal genio, agitación, pérdida del interés en las actividades, apatía, disminución del placer por las actividades diarias, incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras, cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo, cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria), dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes, somnolencia diurna excesiva, fatiga, dificultades para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, episodios de pérdida de la memoria (amnesia), preocupación por sí mismo, sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud

desafiante poco común), pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte, planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio, patrón de comportamiento exageradamente irresponsable. Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se debe buscar tratamiento (Medline, 2002). Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser dolores de cabeza, dolores generales por todas las partes del cuerpo, problemas digestivos o gástricos, problemas sexuales, sentirse pesimista, sentirse ansioso o preocupado (Tuotromedico, 2004).

La APA (1994) hace su aporte frente a los síntomas de este trastorno y cita que para cumplir los criterios diagnósticos más aceptados para un trastorno depresivo mayor, deben estar presentes al menos cinco de nueve síntomas, por lo menos durante un período de dos semanas y uno de éstos debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. De manera abreviada, los nueve síntomas incluyen 1) estado de ánimo depresivo o irritable, 2) pérdida de interés en las actividades diarias, 3) pérdida significativa de peso o fracasos en los intentos por subir de peso, 4) insomnio o hipersomnia frecuente, 5) agitación motora o lentitud, 6) fatiga frecuente, 7) sentimientos de culpa o inutilidad, 8) deterioro de la concentración, y 9) ideas suicidas o intentos de suicidio (Kamphaus, Frick, 524).

Según Kamphaus R.W y Frick P.J. (2000) el acuerdo que surge con respecto a la existencia del síndrome de depresión en la infancia la amplia aplicación del criterio del DSM, y la evidencia de la confiabilidad intercalificadores han contribuido a la formación de un consenso acerca de que la depresión infantil es un problema importante de salud pública que requiere de atención e investigación significativas. Con respecto a la exactitud del diagnóstico, como Reynolds (1990) observa, la necesidad de evaluar la presencia de

depresión no siempre es obvia. En consecuencia, los psicólogos deben desarrollar algunas estrategias, sugerencias o ambas, que apunten hacia la investigación de la depresión. Las estrategias para la evaluación de la depresión pueden derivarse de la comprensión de la naturaleza del síndrome, incluyendo sus factores de riesgo y desarrollo (Kamphaus, Frick, 525).

John Conger (1979) cita que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar “actitudes equivalentes de depresión”, tales como el aburrimiento o la inquietud (lo cual complica el problema), así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de depresión oculta pueden ser la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos, la búsqueda del peligro (como el hecho de conducir alocadamente un auto) y pueden ser, todos, indicios de una fuerte depresión oculta, aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros problemas. En general, la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas. En la primera, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Se trata de un tipo de depresión semejante al estado de aflicción. “Los adolescentes de este grupo se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual puedan adaptarse”. No es tanto que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. Un segundo tipo de depresión, en los adolescentes, por lo general es más difícil de tratar. Se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso. E realidad, muchos intentos suicidas, por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso

momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas. A menudo, la gota que derrama el vaso, en este tipo de depresión, es la pérdida de una relación querida, como los padres o algún amigo (Conger, 101).

Lo que menciona John Conger en la cita anterior, hace referencia a los tipos de depresión (clasificaciones) que existen (relativos a cada autor específico) y que vale la pena mencionar a continuación.

Si no se siente capaz de trabajar, dormir, comer o disfrutar de las actividades de la vida, quizás este sufriendo una depresión mayor. Esta forma grave de depresión puede aparecer en diferentes momentos a lo largo de la vida. La distimia es una forma de depresión constante en donde la persona es capaz de continuar trabajando y haciendo las cosas que le gustan, aunque se sienta triste. Por último si atraviesa períodos de depresión seguidos de momentos de felicidad extrema, pueda que padezca un trastorno bipolar (también conocido como enfermedad maníaco – depresiva). En los momentos de felicidad, la persona se siente llena de energía y no necesita dormir demasiado. Tras estos episodios de felicidad, pierde la energía y se siente deprimido (Nursing, 16).

Otra clasificación de la depresión es la que hace Pulsomed (2004) donde menciona tres tipos de depresión, entre las cuales se encuentra la depresión severa, cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria. La depresión moderada, cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria. Y por último la depresión leve, cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario (Tuotromedico, 2004).

Como tercer punto de esta revisión, entre las causas de la depresión se encuentra, que la depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés. A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida apesta". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos. Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión. Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso

infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión (Medline, 2002).

Kamphaus R.W y Frick P.J. (2000) presentan otra explicación de las causas frente a este trastorno, mencionando que en la adolescencia puede esperarse un alto porcentaje de depresión por los factores estresantes que se atienden en este rango de edad. En los adolescentes se presenta un incremento de las demandas del desarrollo y factores estresantes para los cuales, con frecuencia, no están preparados. Varios estudios han sugerido que la expresión de depresión difiere con la edad. Mientras los niños y los adolescentes informan disforia como un síntoma central de depresión, los más pequeños exhiben trastornos del sueño con mayor frecuencia. La depresión también se distingue como un síndrome debido al alto porcentaje de repetición familiar que se ha detectado. Entre la mitad y una tercera parte de los adolescentes depresivos tienen una historia familiar positiva de depresión (Kamphaus, Frick, 252), lo cual se puede ver como factor de riesgo o de vulnerabilidad para estos adolescentes.

Kandel y Davis (1988) realizaron un estudio longitudinal en el que presentan como una de las conclusiones, que los síntomas depresivos que persisten durante la adolescencia, deterioran de manera significativa el buen desempeño dentro de la etapa de adultos jóvenes. Entre los hallazgos más pertinentes de este estudio, se incluyen los siguientes. Depresión en la adolescencia: 1) Predicción de posterior hospitalización psiquiátrica de las mujeres, 2) predicción de salud física más deficiente entre los varones, 3) se asocia con una gran probabilidad de deserción en la secundaria, 4) se asocia con más divorcios en las mujeres y más desempleo en los varones, 5) produjo mayor adicción al cigarrillo en varones y

mujeres y un uso incrementado de la prescripción de tranquilizantes entre las mujeres, 6) estuvo asociado con menos afiliación a una religión, y mayor delincuencia y actividades nocivas cuando eran adultos jóvenes, 7) se asocia con menos cercanía hacia los cónyuges de varones y mujeres, y menos cercanía hacia los padres en las mujeres. Estos hallazgos son más inquietantes, ya que apuntan a un pronóstico desfavorable de los adolescentes que experimentaron síntomas depresivos significativos. Como resultado también se señala la necesidad de un registro cuidadoso de la sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo del tratamiento, y enfatiza la necesidad de desarrollar una evaluación de seguimiento (Kamphaus, Frick, 527).

Entre otras causas que se encontraron en la presente revisión, esta la de la herencia genética, en la cual la depresión se trasmite en la familia, también puede ser por otras enfermedades, ciertos medicamentos, el uso de drogas o alcohol, otros problemas mentales (psiquiátricos). A veces una situación emocionalmente mala (pérdida de un familiar, o un problema de trabajo), pueden desencadenar la depresión o provocar que el paciente no se pueda recuperar completamente, pero en otras ocasiones se presenta incluso cuando todo en sus vidas marcha bien. Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad de tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas) (Tuotromedico, 2004).

Existen teorías que involucran la participación de ciertas sustancias químicas que trabajan para mantener el estado de ánimo equilibrado, pero cuando el cerebro no dispone de la suficiente cantidad de alguna de estas sustancias químicas, aparece la depresión (Nursing, 16).

Respecto a lo anterior se encontró una perspectiva que menciona las teorías bioquímicas de la depresión. Durante el presente siglo, la psiquiatría se ha planteado diversas hipótesis para explicar la causa de los trastornos afectivos. Son tres las líneas de pensamiento que han generado hipótesis en este sentido. La Psicodinámica, que postula que los diversos conflictos intrapsíquicos son la causa de los trastornos afectivos. La del Aprendizaje-conductual, que asume que pensamiento y sentimientos son conductas aprendidas y que un reforzamiento negativo provocaría los trastornos afectivos. La Psicobiológica, quien considera que por lo menos los casos más graves de los trastornos afectivos son causados por factores biológicos y que tratamientos de tipo somático pueden ayudar a aliviarlos. Dentro de ésta existen a la vez varias hipótesis que se mencionan a continuación.

1) Hipótesis catecolaminérgica, esta hipótesis se apoya en la observación de mejoría clínica de la depresión con antidepresivos. Inhibidores de la monoaminoxidasa y tricíclicos y la capacidad que tienen, junto con estimulantes de inducir estados maníacos. Tanto estimulantes como antidepresivos de este tipo influyen en la función de los neurotransmisores conocidos como Catecolaminas (Epinefrina, norepinefrina, Dopamina). A partir de estas observaciones se ha pensado que la depresión es causada por una disminución de las catecolaminas, en particular de la norepinefrina. Sin embargo en la actualidad hay por lo menos dos fuertes evidencias en contra de esta hipótesis: 1. La administración de L-dopa, precursor de Dopamina y Norepinefrina no mejora los estados depresivos. 2. No se ha demostrado, midiendo los niveles de metabolitos (substancias inactivas en que se transforman los neurotransmisores) en líquido cefalorraquídeo, sangre u orina, que haya un bajo nivel de Norepinefrina en pacientes deprimidos.

2) Hipótesis del balance Adrenérgico-colinérgico, esta hipótesis supone un

balance entre los dos neurotransmisores, su desequilibrio provocaría depresión si predomina la Acetilcolina y manía si predominara a la Norepinefrina. 3) Hipótesis de la Serotonina, esta supone una disminución en la actividad de la Serotonina cerebral, sin embargo el uso de precursores de la Serotonina no alivia los síntomas depresivos. 4) Hipótesis de la dicotomía Norepinefrina / Serotonina, supone la existencia de dos tipos de depresión, una causada por la deficiencia de Serotonina y la otra por deficiencia de la Norepinefrina. Esta hipótesis no ha sido sustentada por estudios de laboratorio, además es sabido que la mayoría de los antidepresivos tienen efecto tanto sobre Norepinefrina como sobre Serotonina. 5) Hipótesis de los opioides, esta postula que la depresión es causada por la disminución cerebral de sustancias semejantes al opio, producidas de manera natural por el propio sistema nervioso. El uso de agonistas o antagonistas no ha podido corroborar ésta hipótesis. 6) Hipótesis psicobiológica de vía final común, considera que la participación conjunta de las siguientes condiciones determina los estados afectivos. 1. Vulnerabilidad biológica 2. Historia personal del paciente 3. Desencadenantes psicosociales 4. Condición fisiológica general 5. Rasgos y organización de la personalidad.

Es conveniente que antes de empezar a hablar sobre el tratamiento de la depresión, se revisen conceptos tales como algunos signos y exámenes que orientan el diagnóstico del trastorno y así poder continuar con el tratamiento del mismo, si se requiere. Hacen parte de estos, entre otros, el examen físico y exámenes de sangre para descartar que los síntomas tengan una causa médica (como por ejemplo, hipotiroidismo, embarazo y enfermedad renal), la evaluación para verificar consumo de sustancias, como alcohol en exceso, consumo de marihuana y otras drogas que pueden ser tanto causas como consecuencias de

la depresión. Los antiguos procedimientos del tratamiento para la adicción se realizaban bajo la creencia que la depresión era sólo un síntoma del uso, más no una causa potencial, y por eso no se la trataba debidamente. Las investigaciones hoy en día demuestran que dichas prácticas incrementan el riesgo de reincidencia. Si se encuentran evidencias de consumo excesivo de sustancias, es preciso asegurarse de que la evaluación psiquiátrica no se limite al diagnóstico y que continúe con la evaluación de la depresión y otros problemas psiquiátricos potenciales. La evaluación psiquiátrica para determinar los antecedentes de tristeza, vacío o estado de ánimo irritable persistentes y la pérdida de interés o placer en las actividades normales. También es adecuada la evaluación para determinar otros posibles trastornos psiquiátricos coexistentes (como ansiedad, manía o esquizofrenia). La evaluación de los riesgos de suicidio / homicidio, y la información de familiares o personal de la escuela (Medline, 2002).

Ahora sí, respecto al tratamiento se ha encontrado que las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión son similares a las de los adultos deprimidos e incluyen psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Sin embargo, actualmente existe una advertencia de no administrar Paxil, un antidepresivo importante, a niños menores de 18. La terapia de familia puede ser útil si los conflictos de familia contribuyen con la depresión. También puede ser necesario el apoyo de la familia o los maestros para ayudar con los problemas escolares. Ocasionalmente, se puede requerir la hospitalización en una unidad psiquiátrica para los individuos con depresión grave o que están en riesgo de suicidio. A causa de los problemas de conducta que coexisten a menudo con la depresión adolescente, muchos padres se ven tentados a utilizar soluciones punitivas como "campamentos de

entrenamiento para reclutas", "programas de aislamiento" o "escuelas de crecimiento emocional". Estos programas, con frecuencia, utilizan un equipo que no es profesional y hacen uso de terapias de confrontación y castigos rudos. No existe evidencia científica que apoye el uso de estos programas. En efecto, hay un cuerpo de investigación cada vez mayor que sugiere que, en realidad, pueden lastimar a los adolescentes, en particular a los adolescentes sensibles con depresión. Los adolescentes deprimidos que reaccionan también pueden verse comprometidos con el sistema de justicia criminal y a menudo se recomienda a los padres no intervenir, sino dejar que "ellos experimenten las consecuencias". Infortunadamente, esto también puede lastimar a los adolescentes a través de la exposición a compañeros que los desvían más y a una reducción de las oportunidades educativas. Una mejor solución es obtener el mejor asesoramiento legal posible y buscar tratamiento por su propia cuenta, lo que les da a los padres un mejor control sobre las técnicas y opciones que se utilizan. Aunque un gran porcentaje de los adolescentes en el sistema de justicia criminal presentan trastornos mentales, como depresión, pocas prisiones juveniles, "campamentos de entrenamiento para reclutas" u otros programas "alternativos a la prisión" brindan un tratamiento adecuado (Medlineplus, 2002). La depresión usualmente responde al tratamiento. Sin embargo, en algunas personas puede ser una enfermedad que las acompaña durante toda la vida.

Anne Woods (2003) realiza su aporte respecto a este tema, mencionando que la mayoría de medicamentos que tratan la depresión (antidepresivos) aumentan el nivel de las sustancias químicas que tenemos en el cerebro encargadas de equilibrar los estados de ánimo. Así mismo cita algunos aspectos para tener en cuenta sobre lo que se debería saber

sobre los medicamentos que tratan la depresión, como por ejemplo que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (Fluoxetina – Paroxetina – Sertralina – Citalopram – Escitalopram – Fluvoxamina) pueden causar sequedad de boca, diarrea, dolor de cabeza, problemas de sueño y problemas sexuales. Por otra parte, los antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina – Imipramina – Nortriptilina) pueden provocar mareos, somnolencia, problemas de visión, cambios en el ritmo cardíaco, sequedad de boca, sudores y problemas sexuales. Los inhibidores de la recaptación de la noradrenalina y de la serotonina (Venlafaxina – Nefazodona) pueden causar mareos, dolor de cabeza, problemas de visión, sequedad de boca, náuseas y problemas sexuales. Otros como el Carbonato de Litio, puede provocar cambios en el ritmo cardíaco, náuseas, sed, mareos, fatiga, problemas de visión y acné. El Bupropión, puede causar mareos, dolor de cabeza, convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, sequedad de boca, aumento de peso y problemas sexuales. El Acido Volproico, puede provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza y temblores (Nursing, 17).

En la enciclopedia Encarta (2003) se encuentra respecto al tratamiento, la siguiente información. Los trastornos depresivos son, por fortuna, los que presentan más tratamientos en psiquiatría, al haber sido ligados con la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina, por lo que se emplean dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa). Estos últimos requieren una dieta especial porque interactúan con la triamina, que aparece en los quesos, la cerveza, el vino, el hígado de pollo y otros alimentos, causando además un aumento de la tensión arterial. Los antidepresivos tricíclicos no

requieren una dieta especial, pero tienen un efecto tóxico sobre el tejido cardíaco. Ambos tipos de fármacos actúan bloqueando la reabsorción de la serotonina y la noradrenalina en las neuronas, prolongando así los efectos de estos transmisores. Un avance en la farmacoterapia de la depresión ha sido el Prozac (fluoxetina), que inhibe la reabsorción de la serotonina en el cerebro. Introducido en 1986, este fármaco ha sido prescrito a más de 10 millones de personas en todo el mundo hasta 1994. Otro antidepresivo reciente, el Efexor (venlafaxina), actúa bloqueando la reabsorción tanto de serotonina como de noradrenalina en el cerebro, y se supone que tiene menos efectos secundarios. Ha mostrado su eficacia en el tratamiento de diversos tipos de depresión. También se emplea el carbonato de litio, un mineral común, para controlar las fases maníacas de las enfermedades maníaco depresivas. En pequeñas dosis, también se emplea para controlar las fluctuaciones anímicas de este trastorno bipolar. La terapia electroconvulsiva o electroshock, terapia de choque, pese a sus riesgos y efectos secundarios se sigue utilizando en depresiones que no responden a la farmacoterapia antes descrita. En el otro extremo de este tratamiento agresivo estaría la psicoterapia, válida como seguimiento, tratamiento complementario y como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más leves (conocidas como depresiones neuróticas, por oposición a las psicóticas). La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos (desde los conductistas a los psicoanalíticos) cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales (emocionales, conductuales y cognitivos) e incluso culturales.

Por último, los métodos de evaluación deben seleccionarse para contribuir de modo directo a los esfuerzos del tratamiento. Las escalas de clasificación pueden utilizarse en una muestra amplia de conductas encasa, escuela y otros ambientes. Siempre que los psicólogos consideren problemas de depresión y otras dificultades que pudieran de algún modo afectar de manera adversa a la adaptación del niño, es necesaria una muestra amplia de conductas. Es necesaria también una evaluación del desempeño académico para determinar si el niño ha presentado o no bajo rendimiento asociado con sintomatología depresiva por largo tiempo. Las clasificaciones del paciente y de otros informantes también son útiles para registrar respuestas a intervenciones médicas, educativas o psicológicas. La investigación previa que cita problemas de adaptación a largo plazo para los niños con problemas depresivos sugiere que es necesaria una cuidadosa vigilancia de los efectos del tratamiento, y se requiere de un seguimiento posterior al tratamiento para prevenir o tratar de manera efectiva las indicaciones de reincidencia (Kamphaus, Frick, 534).

La penúltima parte de esta revisión teórica sobre la depresión en adolescentes, tiene como fin tratar aspectos sobre la prevención del trastorno. Los períodos de estado de ánimo deprimido son comunes en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, las relaciones interpersonales de ayuda y las habilidades de adaptación saludables, pueden ayudar a evitar que dichos períodos conduzcan a síntomas depresivos más severos. La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a tiempo. El asesoramiento puede ayudar a los adolescentes a sobrellevar los períodos de estado de ánimo bajo. La terapia cognitiva del comportamiento, que enseña a las personas deprimidas a combatir los pensamientos negativos y a reconocerlos como síntomas y no como la

realidad de su mundo, es el tratamiento no medicado más efectivo para la depresión. Se debe garantizar que los consejeros o psicólogos que se busquen estén capacitados en el uso de este método. Es posible que los episodios de depresión no se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares de este problema o con múltiples factores de riesgo, pero la identificación oportuna y el tratamiento rápido e integral puede prevenir o posponer los episodios posteriores (Medlineplus, 2002).

La revista *Iladiba* (1990) cita que el escuchar a una joven adolescente decir que su cabello es defectuoso, por enrollado o por liso, que su estatura es inadecuada, por baja o por alta, o que está muy gorda, no estándolo, debe hacer pensar que la excesiva autocrítica refleja un estado depresivo. Ante este comportamiento y a estas niñas, el enseñarles a pensar de una manera constructiva puede ser conducente a una vida más satisfactoria. En todo caso, parece necesario insistir en que la educación del médico debe mejorar, si se desea que mejore el reconocimiento de un síndrome mental de alta prevalencia en nuestra sociedad, pero que con mucha frecuencia no es reconocido ni por los mismos médicos (*Iladiba*, 82).

La última parte, de esta primera revisión teórica sobre la depresión, consiste en ilustrar de una u otra forma y a grandes rasgos, algo de estadísticas que se encuentran respecto a esta problemática. La revista *Iladiba* (2003) hace referencia a que la depresión es la cuarta causa de invalidez en la actualidad. Para el año 2020 se anticipa que será la primera; en el mundo 120 millones de personas sufren la enfermedad, responsable de un número importante de suicidios, además del sufrimiento y costos que produce. Las pérdidas laborales por depresión alcanzan 31 billones (1 billón = mil millones) de dólares al año por

ausentismo y disminución en la productividad. La prevalencia de la depresión mayor es de 16.2 % en el curso de la vida; la prevalencia anual es de 6.6 %. Únicamente la mitad fueron tratados durante un período de 12 meses y de ellos sólo la mitad de manera adecuada, lo que se traduce en que poco más de 20 % de los deprimidos severos reciben un buen manejo, cifras por lo demás alarmantes e inquietantes (Iladiba, 53).

De acuerdo a la forma como se mencionó al inicio que se abordaría la problemática, se dará continuación a revisar las generalidades del suicidio en adolescentes; esto de alguna manera hará que a medida que se hace la revisión, el lector podrá contestarse la pregunta que enmarca este artículo y sacar sus propias conclusiones. El suicidio, se entiende como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. El suicidio aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. Sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia. El intento de causar la propia muerte es esencial en esta definición. El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida. El comportamiento suicida hace referencia a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte. El intento de suicidio, normalmente hace referencia a una acción orientada a provocar la propia muerte, que no logra su objetivo. El suicidio hace referencia a haber causado intencionalmente la propia muerte.

La enciclopedia Encarta (2003) realiza una contextualización histórica respecto a este fenómeno en aumento. En la Europa antigua, sobre todo durante el Imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El

filósofo romano Séneca, lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. Sin embargo, para san Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que a aquéllos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia católica romana condenó expresamente esta práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Hoy está condenado el suicidio en las religiones cristiana, judía e islámica. En 1897 Émile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista, que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anómico y el fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad. Sin embargo, la tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry “AACAP” (2004) refiere que los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos, mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades, pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el

suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés. La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Cuando hay duda en los padres de que el niño o el joven puedan tener un problema serio, un exámen psiquiátrico puede ser de gran ayuda (2004).

Respecto a los síntomas de las tendencias suicidas, se encuentra que son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio: cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa, uso de drogas o de bebidas alcohólicas, abandono fuera de lo común 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: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven. Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones, poca tolerancia de los elogios o los premios. Un adolescente que está contemplando el suicidio también puede: quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable, lanzar indirectas como: no seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez, poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc., ponerse muy contento después de un período de depresión, tener síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños) (2004).

La AACAP" (2004) refiere un aspecto importante respecto a los síntomas que se mencionaron anteriormente, y el manejo que se le dé a manifestaciones de ese tipo en el adolescente. ¡NUNCA SE DEBE IGNORAR UNA AMENAZA O UN INTENTO DE SUICIDIO! Si el niño o adolescente dice yo me quiero matar o yo me voy a suicidar, tómelo muy en serio y llévelo de inmediato a un profesional de la salud mental capacitado. La gente a menudo se siente incómoda hablando sobre la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de ponerle ideas en la cabeza, por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas. Si una o más de estas señales ocurren, los padres necesitan hablar con su niño acerca de su preocupación y deben buscar ayuda profesional cuando persiste su preocupación. Con el apoyo moral de la familia y con tratamiento profesional, los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo (2004).

Como tercer punto, de la segunda parte de este artículo, se encuentra la revisión teórica frente a la prevención del suicidio. 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. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidades de éxito, son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos. El suicidio es un problema de la salud pública trágico y potencialmente evitable. En 1999, el Jefe del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) realizó un llamamiento a

tomar medidas para la prevención del suicidio mediante la introducción de una estrategia de Concientización, Intervención y Metodología (Awareness, Intervention, and Methodology, AIM). El plan incluye iniciativas de investigación, conferencias y la evaluación de la eficacia de los programas de prevención actuales. El Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control, NCIPC) trabaja para aumentar la conciencia del suicidio como un problema serio de la salud pública.

Pérez Barrero S.A. (2003) menciona los factores de riesgo que se pueden incluir en la problemática del suicidio. 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, 1) Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, 2) estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, 3) presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva, 4) 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. I- 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

coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, y también se hace patente entre los inmigrantes. 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.

II- 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, 1) Presencia de padres con trastornos mentales, 2) consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros, 3) antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento, 4) violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual, 5) pobre comunicación entre los integrantes de la familia, 6) dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren, 7) 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, 8) separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio, 9) frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas, 10) rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes, 11) 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, 12) dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura, 13) autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, 14) inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas, 15) incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales, 16) incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés, 17) exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes, 18) llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante, 19) 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, 20) 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.

III- 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, 1) Depresión, 2) trastornos de

Ansiedad, 3) abuso de alcohol, 4) abuso de drogas, 5) trastornos incipientes de la personalidad, 6) trastorno esquizofrénico (Psicología online, 2003).

En el manejo de la crisis (tratamiento) 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. Hay que observar y neutralizar determinadas distorsiones cognitivas muy comunes entre los adolescentes suicidas. El manejo de las distorsiones, 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. 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. 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. 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 autodomínio, 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 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. Segunda etapa. Conocer la dimensión del problema. Tercera etapa. Posibles soluciones. Cuarta etapa. Acción concreta. Quinta etapa. Seguimiento. 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 (Psicología online, 2003).

Pérez Barrero S.A. (2003) pasa 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. Entre estos 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) aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y

a renunciar cuando sea necesario, 6) tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia, 7) desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas, 8) 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, 9) saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos, 10) ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento, 11) estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia, 12) mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas, 13) tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya, 14) lograr una auténtica identidad cultural, 15) poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre, 16) evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.), 17) aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.

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. 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.

Por último y a grandes rasgos, las estadísticas que se encuentran respecto al comportamiento suicida son, entre muchas otras, las siguientes. Por una parte la AACAP (2004) muestra que el suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático recientemente a través de la nación. Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes entre 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos entre 5 a 14 años (2004).

Del 12 al 25 % de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. En las últimas décadas, la tasa de suicidio en los jóvenes se incrementó de manera significativa. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los resultados de la investigación científica establecen lo siguiente: Se estima que hay “ocho” intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aún mayor entre los jóvenes. El Jefe del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) en 1999 informó lo siguiente: * Los suicidios con armas de fuego representaron el 63 por ciento del incremento de la tasa general de suicidios desde 1980 hasta 1996, en el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años. * Los hombres menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que sus pares mujeres. En 1996, la proporción entre ambos sexos para el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años fue de 5 a 1 (hombres respecto de mujeres). Los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control

and Prevention, CDC) informan lo siguiente: * Los hombres tienen una probabilidad cuatro veces mayor de morir a causa de suicidio que las mujeres. Sin embargo, las mujeres tienen mayor probabilidad de intentar el suicidio que los hombres.

Por otra parte la enciclopedia Encarta (2003) cita las tendencias actuales en torno al suicidio refiriendo: Todas las formas básicas de suicidio del pasado existen en la actualidad. Las inclinaciones actuales de los índices de periodicidad o frecuencia son confusas dado que las estadísticas no son totalmente fiables y se recogen de formas diferentes de acuerdo a cada país. Los índices de suicidio son generalmente menores en sociedades católicas que en sociedades protestantes, pero esto probablemente sólo refleja el hecho de que los primeros tienen una mayor necesidad de ocultar los suicidios que los segundos. Algunos expertos creen que la tendencia hacia el aumento de los índices oficiales de suicidio en los países occidentales en el último siglo, se debe a la mejora de los métodos estadísticos y a una consideración menor del suicidio como estigma. La mayor esperanza de vida en las naciones más desarrolladas, probablemente empuja a algunos ancianos que han perdido a un ser querido o sufren enfermedades terminales, a suicidarse. En ocasiones piden la eutanasia voluntaria, que se define como el suicidio asistido a una persona con una enfermedad terminal muy dolorosa. En Holanda y en el Territorio del Norte (Australia) la eutanasia voluntaria no es ilegal, aunque tampoco hay una ley que la ampare. Algunos psicólogos piensan que los sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido en la vida, contribuyen al aumento del número de suicidios en los países industrializados.

A manera de conclusión, primero, se quiere invitar al lector a revisar aspectos sobre las diferentes estadísticas que se encuentran sobre los temas revisados en el presente

artículo, la depresión y el suicidio. Hay varios estudios en Colombia (Ceballos, 2003) que esclarecen el panorama de la problemática, y artículos de revistas, donde también se trabajaron estudios recientes con poblaciones que presentan riesgos altos frente al suicidio, a causa de la depresión (Revista colombiana de psiquiatría, 341, 356).

Y segundo, lo mencionado en el párrafo anterior, más lo que se encontró durante esta revisión teórica, nos contesta de una u otra forma la pregunta que enmarca este artículo teórico: ¿Es la depresión causa de suicidio en los adolescentes? Sí, y en aumento. Queda a disposición del lector encontrar más y variadas respuestas a este cuestionamiento, así mismo plantearse inquietudes no resueltas y movilizar sus esfuerzos en encontrar la teoría que esclarezca su posición frente a estos polémicos, para algunos, temas.

Referencias

- Amézquita M.E., González R.E., Zuluaga D. (2003). Revista Colombiana de Psiquiatría. “Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000”. Volumen XXXII, Número 4. Colombia.
- Barlow, D.H., Durand V.M. (1999). Psicología Anormal. México. International Thomson Editores, S.A.
- Cano J.F. (2004). Revista Colombiana de Psiquiatría. “El efecto placebo en el paciente con depresión”. Volumen XXXIII, Número 1. Colombia.
- Conger J. (1979). Adolescencia. Generación Presionada. México. Editorial Tierra Firme.
- De Moragas J. (1970). Psicología del Niño y del Adolescente. Barcelona. Editorial Labor S.A.
- Iladiba (1990). “Depresión en los adolescentes”. Volumen IV, Número 10.
- Iladiba (2003). “Depresión. Introducción; dimensión e impacto del problema”. Volumen XVII, Número 7.
- Investigación y Ciencia (2003). “Neurobiología del suicidio”. Número 319.
- Kamphaus R.W., Frick P.J. (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. México. Manual Moderno.
- Woods A. (2003). Nursing 2003, “Depresión”. Volumen 21, Número 8.