

ADOLESCENCIA Y SUICIDIO*

Olga Patricia Barón B. **

Resumen

Adolescencia y suicidio es un tema sumamente amplio que ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. La autora empieza por situar la problemática que se vivencia durante la adolescencia y, particularmente, por hacer un acercamiento a lo que es el suicidio en este período de la vida. Posteriormente hace un breve análisis de los datos epidemiológicos, estudia los factores que determinan el acto suicida y termina con una formulación de algunas posibles alternativas para el tratamiento de esta problemática en los adolescentes.

Palabras claves: Búsqueda de soluciones, ideación suicida, rumiación, cristalización, motivación, factores psicosociales, psicopatología individual.

Abstract

Adolescence and suicide are extremely wide topics which have been studied from different perspectives. The author starts by stating the issues which are experienced during the adolescence, and particularly, by approaching what suicide means in this period of life. Later, she makes a brief analysis of the epidemiological data, studies the factor which determine the suicidal act and ends with a formulation of some possible alternatives for the treatment of this problem in adolescents.

Key words: Search for solutions, suicidal thoughts, brooding.

Fecha de recepción: Noviembre de 2000

* Conferencia presentada en el *Segundo Congreso de Psicoterapia Avanzada*, Barranquilla.

** Psicóloga U.J. D.E.S.S. Psicología de Niños y Adolescentes, París V.

Adolescencia y suicidio es un tema sumamente amplio que ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. Comenzaré por situarnos en lo que pasa en la adolescencia y qué es el suicidio en este período de la vida, luego analizaré los datos epidemiológicos, que siempre son de interés, lo que podría denominarse el proceso suicida, los factores que determinan el acto suicida, y terminaré con una aproximación al tratamiento de estos adolescentes. Ire ilustrando la conferencia con viñetas de paciente adolescentes con los que he tenido la oportunidad de trabajar.

En primer lugar debemos situarnos en lo que pasa en la adolescencia, período comprendido entre la pubertad y los 25 años aproximadamente. La adolescencia es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo aunque aún dependa de los padres y de otros adultos. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. El adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.

Por otro lado, el suicidio tiene múltiples acepciones, pero se puede definir como todo comportamiento que busca y encuentra una solución para un problema existencial en el hecho de atentar contra la propia vida. El suicidio o el intento de suicidio se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está sintiendo o viviendo. El adoles-

cente, con o sin problemas, utiliza como mecanismo la actuación. Como sabemos, el acto es una de las formas privilegiadas para expresarse, descargar, y el suicidio es un acto. El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra, de dejar de sentir lo que se está sintiendo; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable.

DATOS PROVENIENTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Los datos provenientes de la epidemiología siempre son importantes y valiosos. Sin embargo, resulta fundamental hacer la salvedad de que existe un gran vacío en este aspecto, ya que sólo los suicidios consumados pueden ser conocidos como tales por los certificados médicos de deceso. Se sabe que en Estados Unidos, país con controles más eficaces que los colombianos, por cada suicidio reportado hay cuatro que no fueron consignados en las estadísticas oficiales; lo lógico es pensar que las proporciones reales son mayores. En cuanto a los intentos de suicidio, no hay realmente ninguna persona que pueda tener una idea clara de este aspecto, porque sólo se tiene acceso a los casos reportados en los hospitales como intentos de suicidio, pero debemos ser conscientes de que existen y se producen intentos de suicidio nunca diagnosticados como tales; en esto coinciden varios autores de todas las nacionalidades. En el servicio donde trabajo han llegado varios adolescentes que consultan por su primer intento de suicidio, pero después de un tiempo de trabajo con ellos cuentan haber tenido por lo menos un intento más en el pasado, o el caso extremo de una niña de 13 años, hospitalizada en el servicio, que aseguró haber realizado 10 intentos de suicidio y ésa era su primera hospitalización por uno de ellos. Generalmente, estos casos pasan como intoxicaciones, accidentes, o simplemente los padres o cuidadores no se dan cuenta. Lo que merecería preguntarnos si las estadísticas que voy a dar a continuación no son sólo la punta de un iceberg cuya parte sumergida está llamada a permanecer desconocida.

Según el Instituto de Medicina legal, de 2.046 suicidios reportados oficialmente en 1998, el 34 % tenían entre 15 y 24 años, por cada uno de ellos puede haber unos 10 intentos fallidos y 4 suicidios no consignados en las estadísticas. En 1996 se realizó un estudio detallado, a nivel de adolescen-

tes, en el cual de 1.612 suicidios, el 38% correspondían a jóvenes entre los 15 y 24 años; de esta cifra, el 69% tenían entre 15 y 17 años y el 31% eran niños entre 5 y 14 años. En una investigación realizada en la Pontificia Universidad Javeriana –«Estudio aproximativo al suicidio en universitarios javerianos», en el cual se aplicó una encuesta a 1.120 estudiantes de 31 carreras de esta universidad de Santafé de Bogotá, con una muestra conformada por el 42.8% de hombres y el 57.9% de mujeres, cuyas edades oscilaban entre 15 y 57 años y el 90.6% estaba entre los 15 y los 24– se estudiaron algunas variables relacionadas con el suicidio. De la muestra total de 1.120 estudiantes, el 10.18% había tenido un intento de suicidio, cifra que coincide con la del Estudio Nacional de Salud Mental de 1993. De esta muestra de estudiantes que habían intentado suicidarse, el 62% lo había hecho durante la secundaria, el 4 % durante la primaria, el 23% durante sus estudios universitarios, el 7% en la secundaria y en la universidad, y el 3% en estas tres épocas de su vida.

Ladame, psiquiatra y psicoanalista suizo, subraya que una de las cuestiones más importantes de la problemática del suicidio en la adolescencia son las reincidencias. En un estudio realizado en Francia en 1986, dos de cada tres niñas y uno de cada tres varones reincidían en su intento de suicidio. Además, es importante recordar que cada nuevo intento de suicidio es habitualmente de una gravedad médica mayor que la anterior. Una investigación realizada por Otto en 1972 encontró que de diez a quince años después de un primer intento de suicidio durante el período de la adolescencia, cerca del 10 % de la totalidad de la muestra de sexo masculino y el 3% de sexo femenino habían muerto por suicidio.

Volviendo al estudio realizado en la Universidad Javeriana, es interesante observar que a diferencia de otros estudios en los cuales se reporta una frecuencia dos veces mayor en las mujeres, al menos hasta los 17 años, cuando esta tendencia se equilibra en ambos sexos, se encontró que el género no constituye una diferencia significativa, lo que coincide con los datos del Estudio Nacional de Salud Mental. El 53% de la muestra total que habían intentado suicidarse correspondía a mujeres y el 47 % a hombres.

Entre las características de la familia en un estudio realizado en Canadá por Samy Mourni (1991), psiquiatra y psicoanalista, éste encontró que en

el 72% de los adolescentes con intentos de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar, más de la mitad tenían un padre que había reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales, el padre presente (generalmente la madre) trabajaba fuera del hogar. En general, en los diferentes estudios realizados es significativo el elevado índice de conflictos, en particular la separación de los padres y la ausencia de una figura representativa de autoridad parental. En el estudio realizado en la Universidad Javeriana se encontró una diferencia significativa dentro del grupo con intentos de suicidio, de los cuales el 61% de los padres vivían juntos y el 31% estaban separados y el otro 7% correspondía a otro tipo de situación familiar, en comparación con los jóvenes que no habían intentado suicidarse, en los cuales el 74% vivían con ambos padres, el 19 % tenían padres separados y el 6% restante otro tipo de convivencia.

De la misma manera, son importantes los antecedentes familiares patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de drogas y alcohol; por ejemplo, el índice de alcoholismo en uno de los padres o en ambos es muy elevado en estos casos. Aunque en el estudio realizado en la Universidad Javeriana no se preguntó exactamente por antecedentes patológicos de tipo mental, sí se exploró la cercanía afectiva a personas que se han intentado suicidar o se han suicidado, y se encontraron datos interesantes como éste: los adolescentes que han intentado suicidarse, el 60% han tenido vínculos con personas cercanas que han intentado suicidarse o que se han suicidado, a diferencia del 32% de los que no han intentado suicidarse.

Según Medicina Legal, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7% restante por otras causas. En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio, los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de fármacos. En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del botiquín de la casa, medicamentos consumidos con regularidad por los padres o bien aquellos que les han recetados a ellos para su angustia o depresión. En 1985 Davidson realizó un estudio en el cual encontró que de los medicamentos utilizados para los intentos de suicidio, el 33% eran barbitúricos, seguido por los tranquilizantes, 26 %, y analgésicos, 19%; otros métodos utilizados

son la flebotomía, el ahorcamiento, hacerse atropellar por un carro, arrojar-se de una ventana, las armas de fuego, etc. Es importante anotar además lo que se denomina «equivalentes suicidas», es decir, métodos empleados por el adolescente para suicidarse que pueden ser confundidos con accidentes, tales como: accidentes automovilísticos, sobredosis de drogas, riesgos diversos sin intencionalidad aparente.

Recuerdo una paciente de 14 años, que tuve oportunidad de entrevistar, llevada a consultas por múltiples problemas con su madre. Su padre había fallecido, la madre sospechaba que la niña estaba «por malos pasos», refiriéndose a su sospecha de consumo de drogas e inició de su vida sexual, ya que había pasado una noche entera fuera de casa y solía pasar muchas horas fuera de ésta sin dar mayores explicaciones. Al hablar con la niña acerca de esta situación, me contó que la noche que no había llegado a su casa se encontraba muy triste porque el padre de una amiga había muerto y se había pasado la noche entera caminando por barrios peligrosos de Bogotá. Al preguntarle si no pensaba que se había expuesto a una situación muy peligrosa, me contestó que en ese momento realmente no le importaba nada.

Es muy importante subrayar que en los últimos tiempos, por fortuna, se ha eliminado la idea de que un intento de suicidio es una forma de llamar la atención en un sentido peyorativo, una forma de manipulación, es decir, de chantaje, un capricho o un berrinche. Aunque no se puede negar que en muchos casos es un aspecto del síndrome del adolescente suicida, no es el motivo principal, que siempre es inconsciente y mucho más profundo. Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, un recurso a una acción potencialmente letal traducida por la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente.

Además, desde hace mucho existe una confusión entre la gravedad psíquica y el acto suicida, es decir, el grado en el cual la vida es puesta en peligro, y la gravedad psicológica y psicopatológica del adolescente. Es importante que quede claro que no hay relación alguna entre el riesgo letal de un acto suicida y el grado de angustia, desamparo total y de dolor mental asociado al acto. No se debe olvidar que en el momento de la ruptura que

constituye el intento de suicidio, en el cual tambalean las facultades de prueba normal de la realidad (esto se explicará más adelante), el adolescente se suicida con aquello que tiene a la mano, se trate de un producto anodino o del más temible de los tóxicos. Siempre hay que tener en cuenta que un adolescente que ha intentado suicidarse, sea con aspirinas o con «matasiete», es un adolescente que está sufriendo profundamente.

EL PROCESO SUICIDA

G. Bouchard (2000) plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- *El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis.* La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- *El segundo momento es la ideación suicida.* En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.
- *El tercer momento es la rumiación.* La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angus-

tia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.

- *El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada.* El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- *El último momento es el elemento desencadenante.* Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

FACTORES DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

El *Equipo de Intervención en Crisis para adolescentes de Montreal* plantea que los factores implicados son numerosos y complejos, pero, según su experiencia, se pueden clasificar en:

1. La motivación y la intención
2. Los factores psicosociales
3. La psicopatología individual

1. La motivación y la intención

a. *La Motivación*

Se pueden distinguir tres tipos de motivación: racionales, pulsionales e impulsivas.

La *motivación racional* de suicidio es extremadamente rara, supone la presencia de una amenaza exterior y la ausencia de psicopatología. La motivación del suicidio se resume a una decisión racional y se encuentra casi exclusivamente en los casos de eutanasia. Es muy importante no confundir entre una decisión racional y una racionalización, defensa bien conocida en los adolescentes. La racionalización busca dar explicaciones aparentemente racionales a motivaciones de otro orden, conflictivas e inconscientes. Algunos adolescentes tienen un discurso pseudofilosófico, aparentemente racional, pero que esconde mal la verdadera naturaleza de su angustia.

La *motivación pulsional* es casi siempre psicopatológica y se produce en casos de una psicopatología clínica severa. Las rumiaciones suicidas son permanentes y el estado suicida es constante y crónico. Un buen ejemplo es el riesgo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se sabe que el riesgo de suicidio en esta población es alto: hasta un 10% muere por suicidio, y en especial se suicidan en los primeros años del trastorno, por lo que pacientes esquizofrenicos que se suicidan son jóvenes.

La *motivación impulsiva* es la más frecuente. El Equipo de Montreal plantea que es un grupo en el que los pacientes estarían menos depresivos y que parecen haber reaccionado a un estado de tensión aguda. Estos pacientes consideran más fuertemente la posibilidad de sobrevivir. Cuando el intento de suicidio es de tipo impulsivo, es una reacción espontánea a una angustia de larga data, que ha sido continua y que se ha alimentado por las dificultades interpersonales desde hace largo tiempo. Tal vez por esto la impulsividad del gesto suicida contribuye a que el acto se vuelva incomprendible o a que se reduzca el sentido de los eventos que lo han precedido; es común, por ejemplo, que los padres se encuentren sorprendidos y no entiendan o no puedan creer lo que sus hijos hicieron. Este tipo de intentos de suicidio está relacionado con la totalidad del individuo y con su historia tanto pasada como presente.

b. *La Intención*

Cuando nos referimos a la intención, estamos buscando el sentido profundo que el adolescente le atribuye a ese acto, es decir, cómo explicar ese intento de suicidio en esa persona en ese momento. Es importante tener en cuenta que la intención, en muchos de los casos, no es la muerte misma; por lo tanto, es necesario una evaluación profunda para determinar cuál es la intención del acto suicida y cuál es el grado de claridad de ese acto.

Nuestro trabajo consistirá en encontrar con el adolescente el sentido profundo de su acto suicida que se esconde en una historia totalmente individual, por lo tanto la intención es particular en cada caso.

En ocasiones, el intento de suicidio puede disimular un pensamiento mágico; por ejemplo, la fantasía de una «reunión» es la expresión de un deseo de cambiar, de renovación o de revisión de su vida. Los adolescentes sienten que cuando ellos se «despierten» su vida habrá cambiado o podrán comenzar de cero. A nivel intrapsíquico, un sentimiento de omnipotencia infantil está muy presente y con frecuencia también la fantasía de reencarnación.

- Paula es una joven de 15 años, había quedado huérfana de madre a los 7 años y nunca había aceptado este hecho; no se entendía con su padre ni con la novia de éste y se sentía mal en todas partes. Cuando se acercaba el mes de mayo se dedicaba a hacer tarjetas para el día de la madre, que vendía. Su padre le anunció su intención de casarse de nuevo. Días después del anuncio se tomó todos los medicamentos que encontró en su casa. Cuando fue entrevistada en el servicio refirió querer morirse para estar más tranquila y cerca de su madre porque no soportaba su ausencia.
- Sara tiene 17 años, es su tercer intento de suicidio. Durante una psicoterapia de grupo refirió: *«Cuando uno se muere se queda en ese sueño largo, hermoso y sincero, me quedo así. A mí me dicen que yo no entiendo que esto es una enfermedad. Yo tengo la idea de matarme desde hace rato, y quisiera que fuera ya; yo veo la muerte como algo exquisito porque nadie le dice a uno nada».*

En otras ocasiones, el deseo de suicidio puede ser la solución a un problema personal o familiar el adolescente piensa que no tiene otra solución posible.

- Luisa tiene 15 años, es hija única y sus padres pelean constantemente por ella, porque no se ponen de acuerdo respecto a su educación. El padre maltrata física y verbalmente a la madre y a Luisa, lo que le resulta insoportable a ésta. Luisa le ha advertido a su madre: *«O te separas o yo voy a terminar matando a mi papá un día, o me mato yo»*. Además, ha empezado a salir con el novio de su prima. En su primera entrevista en el servicio, luego de lanzarse del tercer piso de su casa, refirió: *«Soy un estorbo para todo el mundo, lo único que hago es mal a las personas que me rodean. Si me voy, estoy segura que todo se va a arreglar. Yo no quería seguir siendo un estorbo; cuando me tiré no pensé en qué podía pasar, sólo que ellos iban a estar bien»*.

A veces, el deseo del suicidio puede ser una reacción de miedo exagerado ante la muerte.

- Jaime sufre de una enfermedad congénita grave y poco conocida. Desde su nacimiento había sido tratado en el mismo hospital y por el mismo equipo médico, con el que tenía buena relación. Cuando tenía 12 años, su madre, viuda, decidió cambiar de ciudad y se radicó en una mucho más pequeña. Jaime no quería y se sentía inseguro, ya que los médicos de la nueva ciudad no lo conocían y el hospital le resultaba extraño. Sentía que la próxima vez que se enfermara no estaría a salvo; se angustió mucho y decidió tomarse una sobredosis de su propio medicamento. En parte logró su objetivo, ya que después la madre, sin dudar, regresó a su ciudad de origen.

Se puede afirmar que el acto suicida es el último medio para hacer la experiencia de un control de su vida; en ocasiones no se trata solamente de morir, sino de escoger su forma de morir.

- María tiene 19 años, es su segundo intento de suicidio. Refirió: *«La gente ve la muerte como algo tenaz porque no sabe cómo vivirla, no sabe cómo sentirla. La muerte sería para mí un descanso. La gente se quiere*

aferrar a la vida. ¿Y si ahí está todo mal? Me tomo unas pastillas, me duermo y listo. ¿Por qué no me dejan?»

Tanto los problemas psicosociales como la psicopatología individual son la causa de que el adolescente se sienta solo, aislado, malo, pasivo, excluido de un mundo adulto familiar. Se puede decir que las estructuras internas y externas que deberían darle un sentido y un orden a su vida se han tornado para él inadecuadas. Se puede afirmar que los adolescentes que intentan suicidarse viven un caos social y psicológico, el cual está bien representado en juegos como la ruleta rusa o las intoxicaciones con medicamentos, ya que en éstas el adolescente, en la mayoría de los casos, no puede saber de manera precisa el efecto que esas píldoras tendrán en sus órganos vitales, y si hay un efecto dañino, cuáles son las circunstancias que determinarán ser socorrido a tiempo o no. Estos adolescentes «juegan» igualmente con su vida. Mourny Samy (1991) refiere que este aspecto de «juego» se encuentra en la mayoría de los intentos de suicidio y representa un elemento importante de la vivencia del adolescente suicida, la ambivalencia, que es una manera de dejar que el destino decida su vida.

- Rosa tiene 15 años, recordando el momento en que se intentó suicidar expresó: *«Yo me tomé 70 pastillas, y mientras me las tomaba no sentía nada. Estaba sentada y agarré un balde y empecé. La primera vez que lo intenté fue diferente; esta vez no me sentía horrible, ni nada, era como por inercia, tenía que tomar y tomar pastillas, ya no me sentía horrible [...] yo me iba a cortar las venas, pero no encontré el maldito bisturí. Antes de tomarme las pastillas era todo como tan natural. Me desayuné como si nada, cogí las pastillas, me subí a mi cuarto, me las tomé escuchando música y luego iba a bajar por un límpido, pero no pude porque ya me sentía como mareada, entonces me encontré un Robitussin y me lo tomé.»*

Mourny Samy (1991) refiere que el acto suicida es un acto de desesperanza y de impotencia, pero también es, a nivel de la fantasía, un revés para lograr el control y la renovación. Es, por lo tanto, principalmente en el inconsciente donde se debe buscar el porqué del acto suicida y la expresión particular que toma este acto, por ejemplo, intoxicación o arma de fuego. Las tentativas de suicidio, como todo síntoma psicológico, dramatizan a la vez el conflicto inconsciente y la solución simbólica o defensiva de este conflicto.

El adolescente no conoce todavía la muerte como una cosa absoluta e irreversible (estudio realizado por Maurer sobre la maduración del concepto de muerte). Su pensamiento es frecuentemente de aspecto concreto. En una situación de gran angustia o bien sobre el efecto de intoxicación por medicamentos se manifiesta una regresión hacia un estado mental más concreto. En un nivel más o menos consciente, el adolescente puede creerse inmortal. Morir se confunde frecuentemente en su mente con el deseo de fuga, de partir, de salir de un *impase*, «dormir un largo tiempo», «no sentir más», «no crecer más», «cambiar de vida», «devolverse a antes». Rojas U. (2000, comunicación personal) plantea que en su experiencia la intención más frecuente del acto suicida en los adolescentes es la de reencontrar una paz perdida y la búsqueda de descansar del sufrimiento.

En el momento del acto suicida hay una negación del miedo a la muerte. Para ejecutar el acto suicida, la angustia de la muerte debe ser atenuada en provecho de una regresión hacia una omnipotencia infantil. Trauman (1961) ha descrito el contenido del pensamiento antes, durante y después del gesto suicida. El describe una pérdida breve del contacto con la realidad y un trastorno en el pensamiento racional. Un momento de impulsividad que se asemeja a un estado de trance, seguido inmediatamente por un «sueño» brusco a las consecuencias del acto. Hay entonces pánico y llamado de auxilio. El primer signo de vigilancia mental es reencontrar el miedo a la muerte, sin embargo ausente un instante antes.

Según Trauman (1961), esta pérdida momentánea de contacto con la realidad vuelve posible el gesto suicida y se explica por la intensidad del dolor mental provocado por el evento desencadenante, el cual toma a menudo la forma de una pérdida objetal.

Los determinantes del comportamiento suicida ligados a la motivación y a la intención suicida se revelan complejos y en el centro del problema. Por lo tanto, es evidente que sólo una evaluación completa y profunda del adolescente suicida permite una comprensión justa del porqué de su gesto.

2. Los factores psicosociales

Los factores psicosociales se dividen en:

- El estallido de la familia
 - La discontinuidad de la Experiencia
 - La psicodinamia familiar
- *El estallido de la familia:* El estallido de la familia nuclear no es específico de las familias de adolescentes con intentos de suicidio. Lo que parece específico es la manifestación durante la temprana infancia; es frecuente encontrar la carencia afectiva que resulta de la doble ausencia física y emocional de los dos padres. Las separaciones son a menudo múltiples, escalonadas sobre muchos años. Más de la mitad de los adolescentes suicidas tienen un padre que sufre de una enfermedad física. Los problemas psiquiátricos son frecuentes; en un primer rango se encuentra el alcoholismo y la depresión. 20% de los adolescentes suicidas tienen un padre suicida. Estos adolescentes particularmente vulnerables tienen gestos suicidas a una edad precoz.
 - *La discontinuidad de la Experiencia:* La vida del adolescente suicida está marcada por la deserción afectiva de los adultos de su entorno y por el rompimiento de su existencia. Hay muchos cambios importantes y problemáticos en la vida del adolescente suicida que han intervenido en los seis meses anteriores a una tentativa de suicidio. Sus cambios, además de las rupturas de su vivencia, son cuatro veces más numerosos que en los adolescentes promedio. Entre los cambios se pueden mencionar: la separación de los padres o el divorcio, el compartir el cuidado de los niños, el concubinato de uno de los padres, el volverse a casar, el nacimiento de un medio hermano, los hijos de la segunda pareja van a vivir al hogar, etc. Cada una de las alteraciones genera nuevas modificaciones: cambios de domicilio, de barrio, de colegio, de amigos, de adaptación a nuevas personas casi extrañas compartiendo la misma intimidad. Además, cada cambio reactiva la angustia vinculada a la experiencia de la primera separación.
 - *La psicodinamia familiar:* Sobre el plano de la psicodinamia, la familia del adolescente suicida ha sido objeto de múltiples observaciones. La madre ha sido descrita como fría, rechazante, sin descuidar en ningún momento los cuidados físicos esenciales. Con frecuencia, uno se encuentra frente a una madre muy joven, impotente y rebasada por su

tarea parental. Ella tiene una necesidad de dependencia aumentada. Mientras que el adolescente no toma (en un reinvertir los roles) la responsabilidad del bienestar afectivo de su madre, es considerado como un obstáculo a la felicidad y a la libertad de esta última. El padre está física y emotivamente ausente de la vida familiar; su relación es distante y desprovista de afecto. Zilborg (citado por Samy, 1991) ve en los adolescentes suicidas una identificación con el padre ausente.

El adolescente se siente «de más». Nos dice espontáneamente que su problema comenzó con su nacimiento; percibe un deseo parental consciente o inconsciente de deshacerse de él. La felicidad de su familia depende de su desaparición. Rojas U. (2000) plantea que podría entenderse también como un deseo inconsciente del adolescente de deshacerse de los padres que se vuelve contra él.

Ciertas familias reaccionan a la angustia de manera bien particular; manifiestan una reacción de débil intensidad que tiende a minimizar el alcance del conflicto y no buscan restablecer la comunicación entre sus miembros. Esta reacción, descrita por Richman (citado por Samy, 1991), busca ignorar la existencia de un problema en lugar de transmitir la inquietud o la desaprobación que sería apropiada en tales situaciones. Los conflictos permanecen sin ninguna esperanza de resolución.

- Carlos, un niño de 11 años, fue llevado a mi consulta por no querer ir al colegio, según me refirió la madre. Carlos tenía una situación familiar particular, era adoptado, hecho que no se le había contado y que según su madre él no sabía. Sus padres se habían separado hace 5 años, y aunque Carlos vivía la mayor parte del tiempo con su madre adoptiva, también pasaba períodos con su padre, cuando la madre ya no soportaba su mal comportamiento, según dijo ella en la primera entrevista. Carlos vivía con su madre, con su hermano mayor, también adoptado, y con un sobrino de la madre que había quedado huérfano hacía dos años, pero según la madre: «Todos son como hijos naturales míos». Carlos era cuidado por una niñera. Su padre se había vuelto a casar con una mujer que tenía 3 hijos de su primer matrimonio y con él tenía uno. Carlos los visitaba, según el padre quisiera, de forma caprichosa. Su madre permanecía en la casa, pero repartía su tiempo entre su novio y decorar su

enorme casa, porque según ella: «Siempre debe parecer como una taza de té». En el momento en que se le avisó a la madre de Carlos la necesidad de hacer una hospitalización preventiva por el gran riesgo suicida en que se encontraba su hijo, me dijo que pensaba que yo exageraba, pues Carlos siempre jugaba diciendo que se quería morir.

Hay otros factores ligados a la vida del adolescente que son de importancia: la escuela, la actividad sexual y las relaciones amorosas. El rompimiento de la familia nuclear, los trastornos ligados a la relación con los padres y la psicopatología individual del adolescente tienen consecuencias importantes en el plano afectivo e influyen en todas las esferas de funcionamiento, y obstaculizan el desarrollo normal del adolescente e influyen sobre todas las otras consideraciones socio-afectivas. En esta perspectiva hay que mencionar la importancia de ciertos aspectos de la vida del adolescente, tales como: el colegio, la sexualidad y la relación con los pares.

El desempeño escolar juega un rol determinante para un subgrupo de jóvenes suicidas provenientes de familias ambiciosas, para las cuales el logro social es predominante. La tasa de suicidios es elevada en los colegios y universidades de prestigio, y el riesgo letal aumenta con el desempeño escolar. Por el contrario, en la mayoría de los jóvenes que intentan suicidarse, el colegio no constituye el corazón del problema; la mayoría pasan apenas su año. Los problemas emocionales y relacionales interfieren en su motivación y su desempeño. Aquellos que fracasan y pierden prematuramente el colegio no se inquietan por esto, porque sus problemas afectivos movilizan y requieren todas sus energías. Por otra parte, las relaciones sexuales no aparecen como importantes en los adolescentes que se suicidan, muchos de éstos han tenido muy pocas o ninguna relación sexual, mientras que los que intentan suicidarse sí tienden a tener relaciones sexuales muchas veces dentro de pasos al acto de orden sexual, o tienen antecedentes de abuso sexual.

3. Psicopatología individual

Diferentes autores han discutido si los intentos de suicidio hacen parte o no del desarrollo normal de la adolescencia. *«Algunos autores plantean el intento de suicidio como un elemento natural dentro del proceso de transformación psicodinámico característico de la adolescencia»* (Rojas, 1992). Para M.H. Samy

(1991), los adolescentes que intentan suicidarse presentan todos un cierto grado de psicopatología que se manifiesta a través de muchos síntomas psíquicos y físicos asociados a patologías de la personalidad. Estos adolescentes tienen una emotividad excesiva, y sus sentimientos de tristeza, de cólera, de rabia o de irritabilidad son desbordantes. Muestran un nivel elevado de impulsividad y una tendencia al paso al acto*. La erosión de las estructuras internas y externas los vuelve hostiles a la disciplina. Sus reacciones al estrés se caracterizan por la fuga. El uso de drogas, aunque frecuente, está lejos de ser generalizado. Los adolescentes suicidas tienen una vulnerabilidad extrema a la separación. Las niñas, en particular, son vulnerables a la autoacusación y la autopunición. Casi siempre existe depresión, sentimientos de impotencia y de desesperanza.

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuente pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares.

La presencia de enfermedades psiquiátricas como tales es más probable en los adolescentes que se suicidan. Se encuentran desórdenes afectivos mayores o esquizofrenia en al menos 30% de casos de suicidio. La gravedad de la enfermedad en estos casos es el factor determinante, más que la clase de enfermedad o su duración.

Es necesario no confundir la presencia de síntomas depresivos con la presencia de enfermedades psiquiátricas. Los adolescentes que intentan suicidarse reciben sobre todo los siguientes diagnósticos: patologías de personalidad, reacciones adaptativas, depresión neurótica. Algunas veces no se puede establecer ningún diagnóstico. Aunque no siempre, la sintomatología está ligada a una falla del proceso de desarrollo y a los factores situacionales más que a una enfermedad psiquiátrica.

Una posición radicalmente opuesta es la de M. y M.E. Laufer, psicoanalistas que trabajan con adolescentes en Londres, quienes plantean que en

* *Paso al acto*: es con frecuencia violento y agresivo y tiene un carácter impulsivo y delictivo.

los adolescentes existe la patología del «breakdown» o derrumbe en su proceso de desarrollo. Consideran que las conductas fundamentalmente autodestructivas de los adolescentes, tales como la bulimia, la anorexia, el juego compulsivo y los intentos de suicidio, son derrumbes en el proceso que llevan del autoerotismo a la complementariedad y que finaliza en el momento en que se es capaz de integrar la representación de un cuerpo sexuado activo masculino o femenino.

Siguiendo esta línea, los Laufer consideran que siempre un intento de suicidio en la adolescencia es un signo de un derrumbe agudo del movimiento hacia la organización de una identidad sexual estable, lo que no significa necesariamente una patología ya establecida en el adolescente. Es como si el desarrollo hubiera sufrido un *impasse*; los procesos de desarrollo entonces se detienen y el adolescente tiene el sentimiento de que no hay ninguna posibilidad, sea de un progreso hacia el estado adulto, sea de una regresión hacia la dependencia de los objetos edípicos. Por lo tanto, es frecuente que el intento de suicidio en los adolescentes esté inmediatamente precedido de un evento que señala el fracaso de su tentativa de desprendimiento de una relación de dependencia frente a sus padres.

Así, en el momento en el cual un adolescente toma la decisión de suicidarse, lo que este acto significa para él es un ataque al cuerpo sexuado, porque los vínculos al primer objeto son todavía predominantes. Morir es matar el cuerpo no el espíritu. Por eso el adolescente no considera su cuerpo como una parte de él mismo sino como un objeto que podrá expresar todos sus sentimientos y todas sus fantasías, es decir, vive su cuerpo como aquello que lo ataca, de una manera particular, por lo cual lo identifica como el agresor fantaseado que debe mantener reducido al silencio. Como se sabe, la pubertad reactiva la prohibición al incesto entre los hijos y los padres. El adolescente, por lo tanto, debe encontrar los medios para satisfacer sus necesidades y deseos sexuales y narcisistas en figuras diferentes a las de sus padres. Pero el adolescente que es incapaz de establecer relaciones, cualquiera que sea la razón histórica, pierde toda esperanza de encontrar una solución a su angustia y a sus tensiones, y se vuelve entonces susceptible de considerar su cuerpo como la fuente de su angustia y de su odio. Para el adolescente, la sexualidad genital es emancipadora o incestuosa, y en los dos casos inaceptable.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, voy a exponer brevemente la importancia de la primera intervención, la necesidad de una evaluación general y las modalidades de tratamiento.

Samy y Grizenko plantean que la intervención debe comenzar desde el primer contacto con el adolescente en la sala de urgencias. Para ellos es de suma importancia la entrevista inicial con el paciente y su familia, que en general se tiene en la sala de urgencias, ya que es un momento en el cual están más permeables para recibir ayuda. En la medida que sea posible, la persona que recibió al adolescente debe ser quien tome a cargo el caso, lo que permite una continuidad.

La pregunta de la hospitalización se impone en estos momentos: ¿debe el adolescente ser hospitalizado o no? Como es lógico, en primer término estará determinada por su situación médica; pero también es conveniente una hospitalización si el riesgo de suicidio continúa presente, si hace falta la colaboración de la familia, por la razón que sea (indiferencia o incapacidad), como medida de protección o como una indicación para poder iniciar el tratamiento. En general, aunque por supuesto depende de cada caso, las hospitalizaciones son cortas, y por lo tanto las intervenciones que se hacen en ese período son de suma importancia.

Una de las primeras cosas que se deben tomar en cuenta cuando se recibe un adolescente con un intento de suicidio es que en el período que sigue inmediatamente después de este hecho los adolescentes se sienten relajados y calmados. El paso al acto, es decir, el acto que se realizó, ha sido precedido por un período de una gran tensión y de un enorme sufrimiento, y el intento suicida aporta un alivio temporal: la angustia se disipa, la depresión se difumina, las familias se encuentran atentas, cambian su actitud con respecto a sus hijos, les dan cosas que antes les habían negado y el adolescente dice sentirse bien y que todo se ha arreglado; pero esta calma es pasajera, porque el intento de suicidio en el fondo no ha solucionado nada, o bien esta calma puede continuar pero por medio de una negación masiva (desafortunadamente, a veces colectiva y en la cual entran en ocasiones los trabajadores de la salud) que a la larga tiene un costo muy alto.

La evaluación global tendrá como objetivo establecer el porqué de ese intento de suicidio, en ese adolescente y en ese momento preciso, es decir, la Intención, como ya lo vimos. Hará parte de ésta la entrevista con el adolescente, con la familia, cuando sea necesario, con sus amigos y con su medio escolar. La evaluación no busca solamente determinar las causas inmediatas del intento de suicidio, porque eso no es suficiente; se debe descubrir el significado personal y las razones e intenciones profundas de ese acto suicida. La evaluación debe implicar, entre otras: cuál es el comportamiento social del adolescente, cómo es su capacidad para aceptar las separaciones y los rechazos, cómo está su desarrollo cognoscitivo, si posee o no un pensamiento abstracto, cómo son sus relaciones afectivas, si pertenece a alguna religión, cuál es su grado de autonomía y de la cohesión de su identidad, lo que nos permite apreciar la psicopatología de la personalidad (la presencia de una psicopatología de personalidad debe ser cuidadosamente estudiada en esta fase de evaluación general). También es importante cómo es percibido por la familia el intento de suicidio, así como los modos de funcionamiento que reinan en el seno de ésta y la situación social.

La modalidad de tratamiento depende de los resultados de la evaluación global y, por supuesto, de los medios que se tengan. Cuando el caso lo amerite, es necesario un tratamiento psicofarmacológico, y éste debe ir siempre acompañado con recomendaciones a la familia cuando el paciente ya esté siendo tratado por consulta externa. La creación de una alianza terapéutica es necesaria en cualquier caso, así como la instauración de una psicoterapia individual. Cuando el profesional de la salud que recibió al paciente en el servicio de urgencias no es la persona que va a seguir la psicoterapia, es recomendable que el paciente inicie su psicoterapia estando hospitalizado, lo que brinda la posibilidad de que se dé la alianza terapéutica. La psicoterapia individual tiene como primer objetivo romper el aislamiento del adolescente formando una buena alianza de trabajo, para que éste pueda reflexionar sobre sí mismo, sobre sus verdaderos deseos, buscar medios para restablecer su autoestima y disminuir su impotencia y su desesperanza.

Samy y Grizenko (1991) recomiendan que en la psicoterapia individual el adolescente debe sentir que el control sobre su vida le incumbe a él y que, por lo tanto, él es parte activa de su tratamiento. Es muy importante que el adolescente esté informado desde un comienzo que el terapeuta no estará

amarrado por el secreto profesional si se trata de protegerlo contra todo comportamiento autodestructivo. En este caso, el adolescente debe estar al corriente de las gestiones del terapeuta. La posibilidad del vivir es sobre todo del paciente y el cuidado será especialmente de la familia, que debe estar informada del riesgo suicida que tiene el paciente, para que tome las medidas correspondientes.

Una de las herramientas más útiles en estos casos son las «terapias bifocales», propuestas por Phillippe Jeammet, en las cuales se da la intervención de dos terapeutas que se mantienen en un trabajo coordinado pero independiente uno del otro; uno de ellos se encargará de la psicoterapia individual y el otro del manejo psicofarmacológico, en caso de ser necesario, así como de la familia y de las hospitalizaciones, si éstas son necesarias.

Lo ideal sería que todo adolescente, además de su psicoterapia individual, accediera por lo menos a una psicoterapia familiar o a una psicoterapia de grupo, y si es posible, a las dos modalidades. La psicoterapia de familia es, en general, un proceso arduo y una empresa de larga duración, especialmente por las características de estas familias. J. Richman afirma que el objetivo de este tipo de intervención es instaurar y poner en marcha un proceso de curación que permita a los participantes aceptar ciertos cambios individuales y familiares y darles de nuevo una esperanza. Se debe recordar que un intento de suicidio de un adolescente es un período de crisis fuerte tanto para éste como para su familia.

La terapia de grupo es útil, ya que cuando el adolescente se encuentra con otros adolescentes que tienen la misma problemática se siente en general un poco menos aislado; encuentra un grupo de pares con los cuales es posible sentirse acompañado, aceptado y comprendido. La terapia de grupo desarrolla la autocrítica y da un mayor dominio de las dificultades; permite además una confrontación sana de los mecanismos de defensa y de la imagen social que el adolescente proyecta. Para poder realizar una terapia de grupo con adolescentes es imprescindible dos psicoterapeutas con entrenamiento en trabajo con adolescentes y un supervisor constante.

Como hemos visto, la problemática entre adolescencia y suicidio es bastante compleja; se puede decir que el riesgo suicida es indisoluble de la

experiencia adolescente en nuestra sociedad contemporánea, y por lo tanto es necesario un estudio profundo de las particularidades propias del comportamiento, de la personalidad, del funcionamiento psíquico y mental del adolescente suicida.

Quisiera resaltar, para terminar, la importancia de una intervención adecuada con estos adolescentes que han perdido toda esperanza y dejar que uno de ellos sea quien nos muestre el dolor, el sufrimiento, la soledad y la tristeza que los lleva a tomar la determinación de matarse:

- Pilar tiene 16 años, está hospitalizada por su segundo intento de suicidio: «*La primera vez que intenté suicidarme me llevaron a urgencias. El médico me pegó un regaño y me dijo que dejara de ser inmadura. Cuando salí del hospital, mi mamá lo único que hizo fue pasarme la factura por la cara para ver lo caro que había salido. Yo tengo 16 años y siento que mi vida es una porquería, yo no recuerdo ni un solo momento feliz en mi vida*».

Bibliografía

- ALLEÓN, A.M., MORVAN, O. y FACY, F. Tentative de suicide a l'adolescence. Clinique de la tentative de suicide. Approche épidémiologique de la tentative de suicide. Editions Techniques – Encycl. Méd. Chir. (Paris, France). Psychiatrie, 37216 H1991, 7p.
- BOUCHARD, G. «Le Suicide a l'adolescence». Artículo internet.
- BOLETÍN CRNV. *Suicidio en Colombia*, 1998. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Vol. 4, N° 5, mayo 199. República de Colombia.
- *Epidemiología del Suicidio*. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Vol. 3, N° 7, junio, 1998. República de Colombia.
- KAPLAN, H. y SADOCK, B. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8ª ed. España, Ed. Médica Panamericana, 1999.
- LADAME, F., RAIMBAULT, G. y SAMY, M.H. *Adolescence et Suicide. Epidémiologie, Psychodynamique, Interventions*. París, ESF éditeur, 1991.
- LAUFER, M. y LAUFER, M.E. *Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique*. Presses Universitaires de France, 1984.
- ROJAS, U. A. «Adolescencia y Suicidio». Ponencia presentada en el *2º Congreso colombiano de Salud Mental Infantil y del Adolescente*. Cartagena, abril de 1992.