



DEPRESIÓN Y SUICIDIO INFANTO JUVENIL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN PSICOSOCIAL.

Héctor S. Basile

Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Profesiones Afines (AAPI).
Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infantojuvenil de Asociación Psiquiatras Argentinos (APSA).
Vicedecano de la Facultad de Servicio Social de la Universidad del Museo Social Argentino
Profesor Titular de Psicopatología.

hectorbasile@sinectis.com.ar

PALABRAS CLAVE: Suicidio, Infancia, Depresión.

RESUMEN:

La depresión infantil y la de los adultos tienen manifestaciones diferentes, (que dificultan su correcto diagnóstico) debido a los procesos del desarrollo que existen en la niñez y la adolescencia.

Para realizar el diagnóstico temprano de depresión en el niño es necesario, evaluar su edad y desarrollo, su nivel de madurez emocional, su situación familiar, y su autoestima. El mayor riesgo de la depresión es el intento suicida, especialmente doloroso en un niño o un adolescente. De allí la necesidad del diagnóstico precoz que posibilite prevenirlo.

Se describen los recursos preventivos: identificar los grupos de riesgo juvenil, los perfiles de personalidad vulnerables, los métodos de diagnóstico precoz y los métodos de prevención desde la comunidad.

El término trastorno depresivo no lo utilizaremos para referirnos a ciertos momentos tristes experimentados durante la vida, sino a un trastorno que afecta al desarrollo del niño o al adolescente e interfiere con su progreso madurativo psicológico y social.

El diagnóstico "depresión" puede corresponder a un síntoma, un síndrome, un grupo de respuestas psicológicas o una enfermedad psicopatológica.

Lo que diferencia un síntoma de un trastorno es la duración e intensidad de la respuesta (como la tristeza). Por ejemplo, un niño puede estar triste como reacción a un trauma, y la tristeza puede

durar poco tiempo.

El trastorno depresivo se caracteriza por una respuesta de larga duración y está asociado con el insomnio, la irritabilidad, los cambios en los hábitos alimentarios y los problemas en la escuela y con los amigos. Siempre que una problemática no desaparezca, se debe considerar la posibilidad que el niño padezca un trastorno depresivo.

Algunos de los síntomas de depresión en los niños de edad escolar son: dejar de comer, mantenerse inactivos, estar tristes, mostrarse agresivos, llorar, presentar hiperactividad, quejarse de molestias físicas, tener miedo a la muerte, sentirse frustrados, tristes o desesperados, mostrarse críticos de sí mismos, estar muy distraídos, tener baja autoestima, negarse a ir a la escuela, tener problemas de aprendizaje, moverse con lentitud, estar enojado con los padres o profesores, y perder interés en actividades que antes les gustaban.

Algunos de estos síntomas pueden aparecer como respuesta a las etapas de desarrollo normales, por lo que es importante determinar si están relacionados con la depresión o son sólo parte del desarrollo del niño.

Para realizar el diagnóstico de depresión en el niño es necesario evaluar su situación familiar, su nivel de madurez emocional, su edad y desarrollo y su autoestima. Es preciso realizar un estudio completo de los síntomas de la depresión en el niño para obtener un diagnóstico correcto y elegir el tratamiento eficaz.

La evaluación de la situación del niño se centra en el historial médico-psicológico del niño, la observación de su conducta por parte de los padres, maestros y profesionales de la salud mental a su cargo, las entrevistas con el niño y los resultados de las pruebas psicológicas.

La depresión infantil y la de los adultos tienen manifestaciones diferentes, debido a los procesos del desarrollo que existen en la niñez y la adolescencia.

El término depresión puede ser interpretado de diversas maneras, como:

- 1-Un sentimiento, un estado emocional transitorio. ("Me sentí deprimido cuando me diste la noticia").
- 2-Un estado de ánimo de determinada intensidad. ("Juan estaba muy deprimido ayer").
- 3-Un síntoma, percepción subjetiva de un malestar. ("Me siento deprimido").
- 4-Un signo, indicadores observables exteriormente en el comportamiento o conducta manifiestos (facies triste, pérdida de peso)
- 5-Un síndrome, conjunto integrado de síntomas y signos (tristeza, apatía, inhibición), sin etiología precisa.
- 6-Puede estar presente como una comorbilidad en muchas condiciones clínicas. Ej.: hay síntomas depresivos en el 33 a 65 % de los casos con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad, y también en otras enfermedades orgánicas.
- 7-Un trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo, una constelación psicodinámica, un sistema complejo integrado por ideas y sentimientos, conscientes o inconscientes, referidos a una pérdida real o simbólica. ("Tiene una depresión no resuelta desde que murió su madre")
- 8-Un cuadro psicopatológico, en tanto se vincula el trastorno a anomalías específicas de tipo genético, patoquímicas, fisiopatológicas o estructurales. Alude a una constelación de síntomas, signos, mecanismos de defensa, con un curso determinado. (Depresión mayor)

El síndrome depresivo

1- SÍNTOMAS ANÍNICOS

Disforia, abatimiento, pesadumbre, infelicidad e incluso irritabilidad. Puede negar los sentimientos de tristeza, o alegando no tener sentimiento alguno.

2- SINTOMAS MOTIVACIONALES

Apatía, indiferencia, disminución de la capacidad para disfrutar, estado de ánimo deprimido. Este tipo de síntomas constiuye la denominado "inhibición psicomotriz".

2- SINTOMAS COGNITIVOS

Valorización negativa de sí mismo, de su entorno, de su futuro; anomalías cognitivas relacionadas con la memoria y la atención.

3- SINTOMAS FISICOS

Pérdida de sueño, fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y los deseos sexuales e impotencia; quejas acerca de molestias corporales como cefaleas, lumbalgia, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.

4- SINTOMAS VINCULARES

Deterioro de las relaciones con los demás (el 70 % de los depresivos dice haber disminuido su interés por la gente), que condiciona rechazo de las personas que lo rodean, lo que determina que se aislen más.

LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES SON:

Insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, irritabilidad, problemas de memoria, desesperanza, ideaciones suicidas, intentos de suicidio.

Criterios para el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes

A. ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO

Los estados de ánimo y las sensaciones disfóricas se caracterizan por las expresiones del paciente que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa, y dificultad para poder ser complacido.

Los niños tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que los adultos.

Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes.

Las alteraciones del estado de ánimo se expresan a menudo en días variados, alguno de los cuales el estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras existen otros períodos intercalados de sentimientos de depresión e irritabilidad.

B. IDEAS DE AUTODESPRECIO

Se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable.

A los niños les resulta difícil expresar los sentimientos de culpabilidad, pero son evidentes en su conducta y en sus dichos.

Es frecuente que proyecten sus sentimientos de baja autoestima en creencias autoreferenciales (todo el mundo me odia", o " no soy un buen chico")

C. IRRITABILIDAD Y AGITACIÓN

Son conductas frecuentes las peleas, la falta de respeto para con la autoridad, las discusiones y la hostilidad excesiva.

El aumento de los conflictos para con los demás como consecuencia de la agitación es lo que motiva la consulta.

Puede confundirse con el Trastorno Negativista y Desafiante, pero la conducta cede al mejorar la depresión.

D. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Los niños depresivos expresan con frecuencia la sensación subjetiva de un insomnio parcial, que no siempre se confirma objetivamente.

El insomnio medio no es infrecuente en los niños pequeños. El insomnio terminal es mucho más frecuente en los adultos deprimidos.

E. ALTERACIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR

La falta de concentración se manifiesta en forma de alteración del rendimiento escolar.

Los maestros manifiestan que el niño sueña despierto, que le falta concentración y atención, que no está suficientemente motivado, que ha perdido interés por las actividades escolares, que realiza las tareas en forma incompleta, y que rinde menos.

Es frecuente que los niños tengan problemas para completar el trabajo en clase, lo cual hace que tengan más deberes (esto es otro motivo de conflictos entre padres e hijos).

F. DISMINUCIÓN DE LA SOCIALIZACION

Muestran una menor participación en el grupo y menor interés social y no es probable que intenten hacer amigos.

En los adolescentes, esto puede manifestarse por sentirse atraído por un grupo de compañeros poco recomendable.

G. CAMBIOS DE ACTITUD RESPECTO DE LA ESCUELA

Refleja La pérdida de interés o placer.

Una reacción fóbica respecto de ir a la escuela (temor de ir a la escuela) puede ser una actitud sintomática de depresión Puede constituir el motivo principal de consulta. Debe diferenciarse de la fobia escolar por Trastorno de Ansiedad por Separación.

Este síntoma puede ser una manifestación de la variación diurna del estado de ánimo, pues algunos niños se sienten capaces de concurrir a la escuela por la tarde y no por la mañana, cuando al despertarse se sienten deprimidos.

H. QUEJAS SOMATICAS

En los niños son un síntoma frecuente de depresión las quejas somáticas vagas que consisten en cefaleas, dolores de estómago, etc., sin causa diagnosticable. Puede ser el único síntoma significativo y motivar amplios estudios médicos que complican la situación emocional de hijos y padres.

I. PERDIDA DE LA ENERGIA HABITUAL

El joven deprimido se queja de fatiga mental y física, y es menos activo en sus actividades deportivas. Un niño con buena capacidad y activo en una determinada área, puede referir cansancio, tendencia a la fatiga, falta de energía e incluso aburrimiento durante la ejecución de esa actividad.

A menudo se superponen los síntomas vegetativos de falta de energía y tendencia al sueño con los síntomas psicológicos de falta de interés.

J. CAMBIOS DEL APETITO O DEL PESO

Es frecuente que en el niño deprimido aparezca la necesidad de satisfacer ciertos "caprichos" como comer golosinas, etc. A veces pueden alimentarse en exceso y de manera voraz.

En algunos niños y adolescentes, se observa excesivo aumento de peso, pero lo habitual es que estos últimos lo pierdan en lugar de aumentarlo.

La ausencia del aumento de peso esperado y no la pérdida de peso es una manifestación frecuente en los niños y adolescentes deprimidos.

Los síntomas de la depresión en los diversos periodos evolutivos

El niño es un ser en constante evolución y maduración biológica, psicológica y social, y por lo tanto, la forma de expresar sus emociones, tanto en la normalidad como en la patología, es diferente y propia de cada nivel evolutivo.

Seguidamente veremos las características de los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, en las distintas edades del niño y el adolescente.

A. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA PRIMERA INFANCIA

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE 0 A 3 Años. (OMS)

Se dio en los últimos años un gran paso en la descripción de las manifestaciones cuando se publicó esta clasificación de los trastornos psicológicos en la primera infancia, que describe entre los trastornos afectivos de la primera infancia en dos categorías: 1) La Reacción de Duelo o Aflicción Prolongada, ante la falta de la figura materna o un cuidador alternativo, y 2) La Depresión de la Infancia o la Niñez temprana.

1. REACCION DE DUELO / AFLICCION PROLONGADOS:

Este estado puede manifestarse por cualquier etapa de la secuencia de protesta, desesperación y desinterés:

1.El niño llora, llama y busca al progenitor ausente, rechazando los intentos de consolarlo por otras personas.

2. Retraimiento emocional, con letargo, expresión facial de tristeza y falta de interés en las actividades apropiadas para la edad.

3. Desorganización del comer y el dormir.

4. Regresión o pérdida de hitos evolutivos ya alcanzados. Ej., enuresis o hablar como bebé.

5. Estrechamiento de la gama afectiva.

6. Desinterés. Indiferencia a los recordatorios de la figura cuidadora (fotografía o mención del nombre de la cuidadora), u "olvido selectivo" por falta de aparente reconocimiento de esos recordatorios.

7. Como alternativa, el niño puede volverse extremadamente sensible a cualquier recordatorio del cuidador, presentando agudo malestar cuando alguien toca o se lleva algo que recuerda a esa persona. Estos objetos pueden ser fuente de consuelo y recuerdos felices, pues el niño pequeño aun no reconoce la permanencia de la pérdida. Es posible que reaccione con una fuerte emoción a cualquier tema conectado con la separación y la pérdida, por ej., negándose a jugar a las escondidas o estallando en lágrimas cuando un objeto de la casa es desplazado de su lugar habitual.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL con:

a.Estrés postraumático: Hay mayor tendencia a la reescenificación y a los patrones compulsivos.

b.Duelo/aficción prolongados: Hay mayor tendencia a la depresión y apatía

2. DEPRESION DE LA INFANCIA Y DE LA NIÑEZ TEMPRANA:

1.Patrón del estado de ánimo deprimido o irritable

2.Con interés disminuido, placer disminuido, o ambos, en las actividades apropiadas para su desarrollo,

3.Capacidad reducida para protestar,

4.Excesivo gimoteo,

5.Repertorio disminuido de interacciones sociales e iniciativas.

6.Perturbaciones en el dormir o el comer,

8.Pérdida de peso.

9.Síntomas presentes durante un período de por lo menos dos semanas:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL con:

a.Trastorno reactivo del apego por privación.

b.Maltrato en la infancia: especialmente si la privación es severa.

c.Trastorno de adaptación: si el trastorno no es severo y ocurre por ejemplo ante la vuelta de la madre al trabajo.

B SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PREESCOLAR, EL ESCOLAR Y EL ADOLESCENTE		
PREESCOLAR	ESCOLAR	ADOLESCENTE
Tranquilidad	Inseguridad	Abatimiento
Timidez	Asociabilidad	Rumiación de ideas
Agitación	Irritabilidad	Oscilaciones del ánimo
Agresividad	Falta de concentración	Impulsos suicidas
Renuncia a jugar	Mal rendimiento	Humor depresivo
Humor depresivo	Humor depresivo	Trastornos del apetito
Descarga de llanto	Aburrimiento	Cefaleas
Poco apetito	Aislamiento	Quejas somáticas
Trastorno del sueño	Llanto	
Mov. Estereotipados	Emuresis	
Manipulación genital	Onicofagia	
	Terrores nocturnos	
	Quejas somáticas	

Síntomas de depresión en niños y adolescentes

1. DEPRESION EN EL PREESCOLAR

Enojados, irritables, agresivos. Pelean con otros niños. Pesadillas. Se ubican en un rincón. Se aíslan y evitan situaciones grupales. Les cuesta hacer amigos. Les cuesta cumplir con las reglas.

2. DEPRESION EN EL ESCOLAR

Infelicidad. Imagen de sí mismo negativa. Pérdida de interés en actividades. Cambio de hábitos en el sueño y las comidas. Irritabilidad. Síntomas somatoformes (cefaleas, dolores, gastralgias).

Hablan de muerte o de suicidio.

Hay tres diferentes cuadros clínicos:

A- EL CUADRO MÁS FRECUENTE:

Conductas disruptivas, problemas académicos y problemas con los compañeros. Los padres dicen que al niño no lo complace nada. Si es varón frecuentemente se odia a sí mismo y a todo lo que lo rodea. Los síntomas vegetativos no son prominentes.

En los niños pequeños: el THDA y en trastorno negativista desafiante suelen preceder a la depresión.

En los prepúberes: mentiras, robos, agresividad y destrucción de la propiedad, como en el Trastorno Disocial

MOTIVOS DE CONSULTA: agresividad, amenazas de suicidio y empeoramiento.

B. CON SÍNTOMAS PARECIDOS A

LA DEPRESIÓN ADULTA:

Antecedentes de ansiedad, evitación o ansiedad de separación. Tendencia al llanto, irritabilidad, anorexia (como en los criterios de depresión). Retraimiento social, alteraciones del sueño (insomnio inicial, resistencia a dormir lejos de los padres).

Cefaleas, gastralgias, astenia persistente. Amenaza de suicidio.

MOTIVOS DE CONSULTA: rechazo a la escuela, berrinches ante la separación, conducta suicida:

Niños y padres tienen dificultad para describir sentimientos depresivos, o lo atribuyen a problemas físicos o que nada se puede hacer para cambiar.

C: EL CUADRO MENOS FRECUENTE

Episodio agudo de depresión mayor sin antecedentes.

Son púberes o prepúberes.

Hay cambio evidente de comportamiento y dificultades académicas (notas bajas)

Suele diagnosticarse retrospectivamente, durante un segundo episodio en la adolescencia

3. DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

Cambio en el rendimiento escolar. Dificultades de concentración. Inestabilidad o enojo. Cambios de hábito en el sueño y las comidas. Excesiva ansiedad y/o culpa.

Quejas de síntomas somáticos. Conductas agresivas y de riesgo antisocial.

Uso o abuso de drogas. Pensamientos sobre muerte y suicidio.

CLASIFICACION CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

1 DEPRESION MAYOR

2 TRASTORNOS BIPOLARES

3 DISTIMIA

1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. PAUTAS DIAGNOSTICAS DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA

A. Estado de ánimo deprimido o irritable: se molesta fácilmente, se lo ve enojado, triste, angustiado, desesperanzado o parece incapaz de mostrar sus emociones, o bien:

B. Pérdida de interés y placer: no disfruta de las actividades que antes le resultaban divertidas, se aburre fácilmente, se queda sentado sin hacer nada. (tener expresión de triste en niños menores de 6 años)

Deben presentarse, además, por lo menos cuatro (4) de los siguientes síntomas y signos:

1-Tener cambios en el apetito. Significativo aumento o pérdida de peso.

2-Dificultades con el sueño: le cuesta dormirse, se despierta durante la noche o muy temprano por

la mañana, duerme en forma excesiva.

3-Retardo psicomotor lentitud en los pensamientos o movimientos; o agitación: aparición o recrudecimiento de inquietud motora, camina constantemente, no puede quedarse quieto.

4-Fatiga o pérdida de energía :se queja a menudo de que se siente cansado o refiere que tiene que hacer un esfuerzo importante para realizar las actividades cotidianas.

5-Sentimientos de desvalorización o culpa excesiva: es muy crítico de sí mismo, se culpa mucho por pequeños errores.

6-Dificultades para concentrarse: Exacerbación o aparición de distractibilidad; indecisión y olvidos.

7-Pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio.

Estos síntomas deben estar presentes casi todos los días por un período no menor de dos semanas,

Deben representar un cambio con respecto al nivel de funcionamiento previo, y generar dificultades en la relación con los demás o en las actividades habituales.

Los síntomas no deben ser atribuibles a la ingestión de drogas de abuso o medicamentos.

Ni ser producidos por otra enfermedad psiquiátrica, duelo o condición médica.

Los niños con frecuencia presentan síntomas de ansiedad, que incluyen fobias y la dificultad de separarse de los padres, quejas somáticas, irritabilidad y trastornos de conducta.

Los adolescentes y adultos presentan más alteraciones del sueño y del apetito, más síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) que los niños.

La intensidad, incidencia y gravedad de los intentos de suicidio aumentan después de la pubertad.

2. TRASTORNO DISTIMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estado de ánimo deprimido o disfórico,

Menos intenso que el TDM. No hay períodos en que el paciente está bien.

La duración es al menos de 1 año en los niños. Existen días buenos y días malos, pueden tener días mixtos,

Pero no tienen semanas buenas.

Frecuentemente tienen síntomas depresivos desde la edad preescolar

Cuando crecen puede aparecer un TDM,

Esta situación se denomina depresión doble.

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DISTIMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Prevalencia en niños 0,6 a 1,7 %
Prevalencia en adolescentes, 1,6 a 8 %

COMORBILIDAD :

TDM	70 %
Otros Trastornos psiquiátricos	50 %
Que incluyen:	
Trastornos de ansiedad	40 %
Trastornos de conducta	30 %
ADDH	24 %
Enuresis o encopresis	15 %

El 15 % de pacientes con distimia de aparición temprana tiene una duración media de 4 años y presenta comorbilidad con dos o más trastornos psiquiátricos.

Aproximadamente el 70 % de los niños con distimia tiene un episodio depresivo mayor a los dos o tres años de iniciada la distimia.

Los niños con distimia de inicio temprana tienen más antecedentes de trastornos afectivos que los de inicio en la vida adulta.

CAUSAS MEDICAS DE DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- .Mononucleosis Infecciosa.
- .Gripe.
- .Hepatitis.
- .SIDA
- .Enfermedad de Cushing.
- .Hipotiroidismo.
- .Hiperparatiriodismo.
- .Bloqueadores beta.
- .Corticoides.
- .Lupus.
- .Porfiaría.
- .Uremia.

Suicidio en el niño y adolescente

El mayor riesgo de la depresión en el adolescente es el intento suicida, de allí la necesidad de diagnosticarlo y prevenirlo precozmente. (1, 2, 3)

CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL JUVENIL CON MAYOR RIESGO SUICIDA

- . Sexo masculino predominando sobre el femenino (prop. 3 ó 4 a 1).
- . Franja entre 10 a 14, 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

A. FACTORES ASOCIADOS

- . Enfermedad incurable.
- . Afecciones dolorosas crónicas.

B. PSICOPATOLOGÍA

- . Depresión asociada con desesperanza más que al grado de intensidad de la depresión.
- . Ideación suicida.
- . Impulsividad
- . Retraimiento.
- . Soledad, desarraigo.
- . Irritabilidad y hostilidad.
- . Déficit de adaptación.
- . Sadismo, masoquismo.
- . Stress.
- . Falta de expectativas.
- . Es frecuente el suicidio castigador, idea de castigo hacia fuera, una forma de expiar las propias culpas e instalarlas en otros.
- . Sentimiento culposo "por salirse de la norma" y el consiguiente castigo social. (Por homosexualidad, cometer delito, pertenencia a sectas, etc.)
- . Crisis conductual (con conductas antisociales como la agresión o la violencia externalizados o internalizados).
- . Alcoholismo.
- . Drogadicción. El 60% de los casos de suicidio se vincula con alcohol o drogas (no significa que sean alcohólicos o drogadictos).

C. ENFERMEDAD MENTAL SEVERA

- . Esquizofrenia.
- . Trastornos bipolares.
- . Delirios.
- . Trastornos de Personalidad.

D. PERTURBACIÓN DEL MEDIO FAMILIAR, caracterizado por:

- . Inestabilidad y desorganización.
- . Incomunicación familiar
- . Disputas interpersonales
- . Padres separados o muertos.
- . Malas relaciones con sus pares.
- . Problemas de estudio o de trabajo.
- . Dificultad y separación de la pareja.
- . Maltrato infantil, violación.
- . Abuso sexual realizado por un familiar.
- . Falta de comunicación con padres y hermanos.
- . Familiares que se han suicidado.
- . Jóvenes en prisión.
- . Conductas antisociales.

E. FACTORES AMBIENTALES Y SOCIALES

- . Vida urbana.
- . Rupturas afectivas significativas.
- . "Cultura de la muerte" (difusión explícita de conductas violentas, vivir situaciones de guerra, etc.)
- . Aislamiento (encarcelamiento, internación, nucleamiento social cerrado)
- . Inseguridad social.
- . Crisis económicas.
- . Desempleo juvenil.
- . Marginación: El joven que transforma su frustración en rabia, está probablemente más propenso a accidentes por excesos o descontrol, pero menos al suicidio. Sí lo estaría el que asume frente a la frustración una actitud retraída o distante y por lo tanto a estados prolongados de desesperanza y depresión, conformando un perfil de alto riesgo.

F. AFILIACIONES RELIGIOSAS

- . Disminución del apego a creencias y utopías
- . Más frecuente en budistas que en islámicos.
- . Más frecuente en protestantes que en católicos.

G. OTROS FACTORES IMPORTANTES

- . Accesibilidad de arma o método.
- . Difusión de suicidios de personajes a través de los medios de comunicación.

FACTORES DE RIESGO EN LA PUBLICIDAD DE LOS ACTOS SUICIDAS:

- a) La difusión publicitaria promueve imitación,
- b) El Modelo Romantizado de los Ídolos Juveniles ("los famosos como arquetipos"),
- c) Influyen especialmente en los Grupos susceptibles: jóvenes conflictivos con conductas de riesgo (depresión, introversión, angustia).

- . Estos adolescentes pueden considerar la acción de otros como convalidadora
- . de sus ideas de suicidio, y junto a ello
- . de los métodos que utilizaron los publicitados, considerarlos significativos y eficientes.

PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA:

Entre los síntomas que presentan tanto el adolescente depresivo en riesgo de suicidio (4), como su entorno, se debe prestar preeminente atención a:

- . Haber tenido un gesto suicida reciente o gestos suicidad anteriores.
- . Presentar trastornos psiquiátricos: depresión, esquizofrenia, alcoholismo, anorexia nerviosa, trastorno de personalidad, angustia, y marcada fatiga.
- . Historia familiar de suicidio y trastornos psiquiátricos.
- . Carencia de vínculos personales profundos, confiables, continentales.

- . Duelo en curso más intenso de lo esperable.
- . Enfermedad física, intervención quirúrgica próxima por alteración importante de la salud.
- . Sexo masculino (34 a 1).
- . Período premenstrual.
- . Contagio grupal.
- . Disponibilidad de medios para el acto suicida.

SÍNTOMAS QUE PUEDEN ANUNCIAR EL SUICIDIO:

- .Cambios en los patrones alimentarios o de sueño.
- .Aislamiento de amigos, familiares o actividades usuales.
- .Conducta rebelde, violenta o fuga del hogar.
- .Abuso de alcohol o de drogas.
- .Abandono del cuidado de su apariencia física.
- .Aburrimiento persistente, dificultad de concentración, y disminución de la calidad del trabajo académico.
- .Quejas físicas frecuentes, como dolores de estómago, de cabeza, fatiga, etc., siempre relacionados con estados emocionales.
- .Pérdida de interés en actividades que previamente le resultaban placenteras.
- .Intolerancia para el elogio o las recompensas.
- .Manifestaciones respecto de sentirse "horrible" interiormente.
- .Comentarios tales como: "no seré un problema para ti por mucho más tiempo", "ya nada importa"o"no te volveré a ver".
- . Poner sus cosas en orden, como por ej., tirar o regalar sus pertenencias favoritas.
- .Volverse súbitamente alegre o eufórico luego de un período de depresión.

INDICIOS DE MAYOR RIESGO EN UN ADOLESCENTE POTENCIALMENTE SUICIDA:

- .Intentos o gestos previos,
- .Plan suicida,
- .Plan letal, en especial con armas de fuego,
- .Disponibilidad de armas de fuego y medicaciones potencialmente letales en el hogar,
- .Plan o método combinado con consumo de alcohol,
- .Precauciones para no ser rescatado,
- .Evidencia de poner en orden sus asuntos,
- .Ideación suicida muy frecuente,
- .Comunicaciones suicidas orales o escritas,
- .Considerar al suicidio como una alternativa viable,
- .No establecer un vínculo con el médico o con sus cuidadores,
- .Incapacidad para cumplir un contrato de no suicidarse,
- .Apoyo, supervisión o juicio familiar inadecuados.

PREGUNTAS A FORMULAR EN LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE UN NIÑO O ADOLESCENTE CON RIESGO POTENCIAL O CON INTENTOS SUICIDAS:

Estas preguntas deben ser formuladas por un profesional de Salud Mental altamente capacitado y entrenado especialmente al efecto.

En el contexto de una entrevista en la que previamente se haya creado un clima de comprensión, contención emocional y con explicitación la profesionalidad de la entrevista, asegurando al paciente deprimido la confidencialidad del contenido de la misma.

Bajo todas estas condiciones, se puede realizar la siguiente entrevista psicológica o psiquiátrica.

Está universalmente comprobado que hablar del tema no induce a cometer el acto, sino que por el contrario, producirá una disminución de tensión emocional en el paciente que se sentirá comprendido afectivamente y le hará más aceptable emprender un tratamiento especializado.

Las respuestas nos orientarán al médico psiquiatra o al psicólogo sobre el riesgo potencial y ayudarán a encontrar la mejor forma de encarar la ayuda psiquiátrica y psicoterapéutica al paciente y su familia (6).

A Fantasías o Acciones suicidas:

¿Alguna vez pensaste en hacerte daño?

¿Alguna vez amenazaste o intentaste herirte?

¿Alguna vez deseaste o trataste de terminar con tu vida?

¿Alguna vez quisiste o amenazaste con suicidarte?

B. Conceptos acerca de lo que podría ocurrir?

¿Qué crees que ocurriría si intentaras lastimarte o matarte?

¿Qué quieres que te ocurra?

¿Crees que te morirías?

¿Crees que podrías sufrir lesiones graves?

C. Circunstancias en el momento de la conducta suicida:

¿Qué sucedía en el momento en que pensabas o intentabas quitarte la vida?

¿Qué sucedió antes de que pensaras en matarte?

¿Había alguien contigo o cerca de ti cuando pensaste o intentaste suicidarte?

D. Experiencias previas:

¿En alguna oportunidad pensaste o intentaste quitarte la vida?

¿Conoces a alguien que intentó matarse o se suicidó?

¿Cómo puso en práctica sus ideas suicidas?

¿Cómo ocurrió? ¿Por qué crees que esa persona quiso acabar con su vida?

¿Qué sucedía en el momento en que esa persona pensó o intentó suicidarse?

E. Motivaciones:

¿Por qué quieres matarte?

¿Por qué intentaste matarte?

¿Quisiste asustar a alguien?

¿Quisiste vengarte de alguien?

¿Quisiste que alguien te salvara antes de que intentaras matarte?

¿Sentiste que alguien te rechazaba?

¿Habías perdido las esperanzas?

- ¿Escuchabas voces que te decían que acabarías con tu vida?
- ¿Tenías pensamientos muy feos y aterradorantes?
- ¿Por qué otros motivos querías matarte?

F. Experiencias y conceptos acerca de la muerte:

- ¿Qué ocurre cuando la gente se muere?
- ¿Puede volver?
- ¿Va algún lugar mejor?
- ¿Va a un lugar más agradable?
- ¿Piensas a menudo en la gente que se muere?
- ¿Piensas a menudo en tu propia muerte?
- ¿Sueñas a menudo con la muerte de otras personas o la tuya?
- ¿Conoces a alguien que se haya muerto?
- ¿Cuál fue la causa de la muerte de esa persona?
- ¿Cuándo murió?
- ¿Cuándo crees que morirás?
- ¿Qué sucederá cuando mueras?

G. Depresión y otros afectos:

- ¿Alguna vez te sentiste triste, alterado, enojado o mal?
- ¿Alguna vez sentiste que no le importabas a nadie?
- ¿Alguna vez sentiste que no vales nada?
- ¿Lloras mucho?
- ¿Te enojas a menudo?
- ¿Te peleas con otra persona?
- ¿Tienes dificultades para dormir, comer o concentrarte en las tareas escolares?
- ¿Tienes problemas con tus amigos?
- ¿Prefieres estar solo?
- ¿Te sientes cansado?
- ¿Te reprochas por las cosas que pasan?
- ¿Te sientes culpable?

METODOS:

- . Los métodos más frecuentes de intentos de suicidio en adolescentes varones son ahorcamiento, precipitación, uso de armas de fuego.
- . Los jóvenes de clase social acomodada utilizan más frecuentemente las armas y los edificios de altura,
- . En tanto que los más pobres recurren al ahorcamiento (denominado el suicidio de los pobres) o las intoxicaciones.

INDICADOR DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS EN MORTALIDAD PREMATURA: (AVPP)

Restar la cantidad de años de vida de la persona muerta al promedio expectativa de vida que tenga en ese mismo período de la vida y en el mismo lugar.

REPETICIÓN DEL INTENTO SUICIDA:

Entre el 14% y el 51% en los dos años siguientes al primer intento.

PROPUESTAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN

- . La conducta suicida se puede detectar a tiempo, por lo que puede ser prevenida.
- . Los ámbitos microsociales más cercanos al joven son los más indicados para la prevención.
- . Cuidadores como la familia, los educadores, el personal de salud como los pediatras son los más aptos para la detección precoz. Ellos deberán ser instruidos para detectar los casos potencialmente suicidas.
- . Las instituciones de salud, como los policlínicos y centros de salud deben coordinarse para implementar políticas microsociales que incluyan la formación en los docentes, los médicos pediatras y trabajadores sociales acerca de cómo detectar una posible conducta suicida.

Esto deberá incluir el dominio de conceptos como: Qué es el suicidio, Los factores de riesgo, Las características de la conducta suicida, Cómo se diagnostica una depresión y Dónde derivar al potencial suicida.

NIVELES DE PREVENCIÓN:

- 1Prevenición primordial.
- 2Prevenición primaria.
- 3Prevenición secundaria.
- 4Prevenición terciaria.

1. PREVENCIÓN PRIMORDIAL

(Promover factores protectores)

Se destaca la necesidad de prevenir precozmente las situaciones de riesgo que pueden gatillar la conducta suicida, como, el consumo de alcohol, el fármaco dependencia, las situaciones de pérdida y conflicto.

11)Plan específico para el desarrollo integral de la persona. Apoyar proyectos locales de gestión comunitaria para el desarrollo integral de la persona, la familia y la comunidad, integrar contenidos acerca del desarrollo integral y salud mental, en planes y programas educativos de la enseñanza media y superior.

12)Plan específico para acciones preventivas de las conductas de riesgo:
Drogadependencia.
Alcoholismo.
Conductas autodestructiva.

13)Plan específico de sensibilización de la opinión pública juvenil a través de los medios de comunicación respecto de la autorregulación de las actividades de riesgo.

14)Promoción pública de las redes de apoyo de la salud mental para los jóvenes en crisis

15)Plan de desarrollo de un sistema de registro y procesamiento de la información de planes preventivos existentes en el mundo.

16) Plan específico de fiscalización de la tenencia de armas venta de estupefacientes y venenos.

2. PREVENCIÓN PRIMARIA

(Localizar grupos de riesgo para generar y promover ayuda)

Es necesario detectar al grupo de riesgo. Esto debe estar a cargo de los que cuidan a los adolescentes, la familia, los educadores y el personal de salud. Lo fundamental es detectar a un potencial suicida para que reciba apoyo y tratamiento.

21) Plan específico de formación y perfeccionamiento profesional:

Desarrollar programas de instrucción para el personal especializado en los servicios de salud que contribuyan adecuadamente a la información del tema suicidio. Este deberá promover en los otros cuidadores de la juventud, padres, colegios, iglesias, entrenadores, instrucciones e indicaciones básicas para la detección de factores y conductas de riesgo.

22) Creación de redes centrales y locales de ayuda (telefónica, etc.)

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA

(Dirigido al grupo de riesgo más alto: los intentadores)

Se dirige a los jóvenes con intento suicida para que no vuelvan a reincidir. Se realizará por los técnicos especializados en el tema del suicidio en los centros de salud. El paciente debe estar en tratamiento y observación durante por lo menos dos años.

31) Plan permanente de Seguimiento de los intentadores.

32) Estudiar el impacto del programa de tratamiento de intentadores.

33) Conocer los instrumentos psicodiagnósticos más adecuados para jóvenes y tratamientos más efectivos en la recuperación de intentadores.

34) Plan específico de apoyo a las actividades de tratamiento y rehabilitación de las redes de apoyo a los jóvenes.

35) Creación de centros de apoyo y acogida para jóvenes en crisis.

36) Promover la vocación de servicio de los jóvenes intentadores y rehabilitarlos para que puedan realizar una acción de ayuda en su propio entorno comunitario.

4. PREVENCIÓN TERCIARIA

(SUICIDADOS)

Se dará ayuda psicoterapéutica a las personas allegadas al suicida, familiares y amigos y otras personas relacionadas íntimamente con él, a fin de evitar estados emocionales patológicos. Se observará la repercusión del acto suicida en los allegados y en la comunidad para limitar la influencia del hecho suicida en otros jóvenes.

41) Promover las redes de apoyo de allegados (familia, amigos del suicidado) con el fin de evitar la presentación de estados psicopatológicos que faciliten la imitación del acto.

42) Realización de estudios en áreas deficitarias sobre el suicidio infanto juvenil:

- . Estadísticas,
- . Zona geográfica y tipos de actividades,
- . Utilización de la metodología de Autopsia Psicológica para estudiar el perfil de riesgo desde una perspectiva policausal.

Bibliografía

- 1 Basile, Héctor. El Suicidio en el Adolescente, Su prevención Psicosocial. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino, Año 72, número 5, 1997.
- 2 Basile, Héctor. El Suicidio en el Adolescente, Estadísticas Argentinas. Conceptos Universidad del Museo Social Argentino, Año 73, número 2, 1998.
- 4 Basile, Héctor . Terapia de Intervención en Red, en Grupos en Riesgo Psicosocial. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino. Año 72, N° 3, 1997.
- 3 Cherro, Miguel. El fantasma omnipresente de la Depresión. En Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia de Grau Martínez y Meneghello. Ed. Panamericana. Buenos Aires. Argentina . 2000.
- 4 Parmelle, Dean. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Virginia. Ed. Harcourt Brace. Madrid. 1998.
- 5 Casullo, María M., Riesgo Suicida en Estudiantes Universitarios. Desarrollos en Psiquiatría Argentina. Año 2, N° 4.
- 6 Kaplan, Harold y Sadock, Benjamin. Tratado de Psiquiatría. Tomo IV. Universidad de Nueva York. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1995.
- 7 Halles, Robert E. y Yudofky. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Universidades de California y Texas. Ed. Masson. Barcelona. España.
- 8 Quiroga, Susana E. Patologías de la Autodestrucción. Ed. Publicar. Buenos Aires. 1996.
- 9 United Nations. Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies. New York, 1996.
- 10 Asociación Médica Mundial. Proposición sobre el suicidio de los adolescentes. Malta. 1991