

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS Y JÓVENES

Por: Cecilia Rodríguez Sánchez

El suicidio es un fenómeno que se ha presentado a nivel mundial en todos los años y todas las épocas del ser humano, sin embargo, en últimas fechas nos ha sorprendido el aumento en población juvenil y cada vez más a etapas muy tempranas del desarrollo.

Iniciemos con algunas definiciones:

- El suicidio es un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1974).
- Proceso dinámico de la interacción de los seres humanos con el futuro y su contexto sociocultural (Rich cols. 1992).
- Suicidio consumado: cuando deviene la muerte.
- Parasuicidio: diversas instancias como ideación, intento y riesgo. (Diekstra, 1993).

El suicida pretende alcanzar su propósito a corto plazo, la ganancia es inmediata, a diferencia de otras conductas que ponen en riesgo la vida. Esto es importante resaltarlo cuando estamos hablando de población muy joven que por inexperiencia y falta de información les es imposible ver otras salidas u opciones a sus problemas.

Pero, ¿cómo lo piensa? ¿Qué siente? ¿Qué ocurre en la mente del joven y niño suicida?

La “ruta suicida” es la forma como nombraremos a los pensamientos y sentimientos que llevan al suicida en la planeación de su deseo de morir y son:

- Ideación suicida pasiva. Aquí solo se piensa, como idea insertada.
- Contemplación Activa del suicidio. Se imagina que pasará después de su muerte.



- Planeación y preparación. A partir de aquí el riesgo es más alto y se piensa en los métodos viables y como adquirirlos para llevar a cabo su intención.
- Intento Suicida. Aquí hay dos posibilidades si lo logra finalizar con la vida y sufrimiento, pero al no lograrlo una gran frustración por el fracaso en la planeación, acción, pocas veces hay agradecimiento por el rescate de la vida.
- ¹Suicidio consumado. Al lograrse es necesario proporcionar una ayuda Teratológica a los sobrevivientes del suicida en donde deben incluirse familiares, amigos y personas cercanas del paciente suicida.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Delegaciones con mayor prevalencia de intento suicida son Benito Juárez y Cuahutémoc, las prevalencias fueron mayores en bachillerato, edad de único intento 15 años, recurrencia de intentos fue mayor en mujeres, motivos desencadenantes fue e la esfera interpersonal y problemas familiares, método fue uso de objeto punzo cortante y la ingesta de medicamentos, Letalidad en la tercera parte de estudiantes reportó haber deseado morir y la mitad que no le importaba morir (González-Forteza cols. 2002):

Es importante recalcar que con todas estas características, **TODO INTENTO E IDEACIÓN SUICIDA DEBE TOMARSE ENSERIO.**

Después de analizar las características epidemiológicas debemos hacer una revisión de la psique del suicida y encontramos de inicio una experiencia dolorosa, difícil de soportar y con la firme idea que no acabara, para ello hay una persona que puede ser el blanco como objeto frustrante y que lleva a ser odiado (puede ser padres, tutores o autoridades) seguido se da una fragmentación o polarización de esa persona en donde se le detecta como

¹ A. Aguila "Suicidio" la última decisión. Ed.- Trillas 2011 pag-25

totalmente mala en donde hay solo dos salidas, la aniquilación (suicidio) o la conservación de la vida lo que incluiría seguir con el sufrimiento.

Ya Albert Camus decía que “El suicida prefiere el fin del horror más que el horror sin fin” y debido a que las salidas y opciones del suicida se reducen en estado de crisis, les es difícil ver soluciones constructivas.

Los factores de mayor riesgo encontrados son principalmente a la pérdida de objetos de amor, (duelos no elaborados) padecer un estado² Depresivo (que generalmente no es diagnosticado) y la falta de control de impulsos aunado con la poca tolerancia a la frustración son las condiciones que encontramos con mayor incidencia en nuestra población infanto-juvenil en donde han aprendido a tener todo en forma rápida e instantánea si mayor espera o esfuerzo de su parte. Y por último las heridas narcisistas llevan a no tolerar críticas o juicios a sus características o conductas. Y por si estos elementos no fueran suficientes al problema se suman el incremento en las ³adicciones, donde el diagnóstico es doble SUICIDO Y ADICCIONES elevándose el riesgo.

CASUISTICA:

² *En una población de adolescentes suicidas:*

En un 75% se diagnosticó depresión mayor y

En un 19,6% se diagnosticó estados distímicos.

● *Los sujetos con antecedentes de intento de suicidio y los sujetos con intentos de suicidio reiterados, manifiestan un grado de depresión más elevado.*

- ³ El riesgo se incrementa de 60-120 veces
- Proporción de 7% entre alcohólicos
- Se incrementa si hay otra patología mental
- La proporción es de hasta 47% entre jóvenes
- En suicidas entre los 18 y 35 años de edad, 24% consumían alcohol y 22% otras drogas



Mientras más hombres logran suicidarse más mujeres lo intentan en una proporción de uno a cinco aproximadamente, el intento de las mujeres se caracteriza por ingesta de medicamentos y cortarse las venas, pero en el hombre la acción es más letal ya que utilizan armas de fuego, ahorcándose o aventarse de un precipicio.

DATOS ESTADISTICOS:

- Segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años.
- Un gran número de suicidios en niños y jóvenes no se reportan.
- Los jóvenes han desplazado a los ancianos en suicidios.

PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD:

No solo hay que evitar el primer intento suicida, además hay que evitar la repetición, es decir evitar el suicidio a toda costa y con todos los recursos posibles.

CONCLUSIONES

- El suicidio no es una condición patológica primaria
- Se debe entender al suicida desde una óptica integral
- Siempre debe ser valorado en forma integral.
- Proporcionar un tratamiento multi e interdisciplinario.

