

**Guía “Detección Oportuna de Intentos
Autolíticos para Docentes del Instituto
Técnico Superior República del Ecuador”**

*“Jamás ha captado nadie la belleza
de una rosa diseccionando sus pétalos”*

Anthony de Mello
La oración de la rana

Documento Elaborado por:
Jonathan Mauricio Díaz Santacruz
Silvia Eugenia Revelo Pozo

Revisado por:
Msc. Lcda. Rocío Castillo
Docente de la Universidad Técnica del Norte
Enfermera del Hospital San Vicente de Paúl

Msc. Lcda. Susana Meneses.
Docente de la Universidad Técnica del Norte

Introducción.

Mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

La prevención del suicidio en adolescentes es por lo tanto de alta prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los comprendidos en este grupo concurren al colegio, éste último aparece como un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas apropiadas.

Este documento se dirige básicamente a los docentes y demás personal institucional, tales como orientadores, departamento médico y trabajadores sociales, así como directores, miembros de los consejos de enseñanza u otro personal de dirección.

El documento describe brevemente las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia, presenta los principales factores protectores y de riesgo detrás de este comportamiento y sugiere cómo identificar y conducir a los individuos en riesgo y también cómo actuar cuando el suicidio se intenta o se comete en la comunidad escolar.

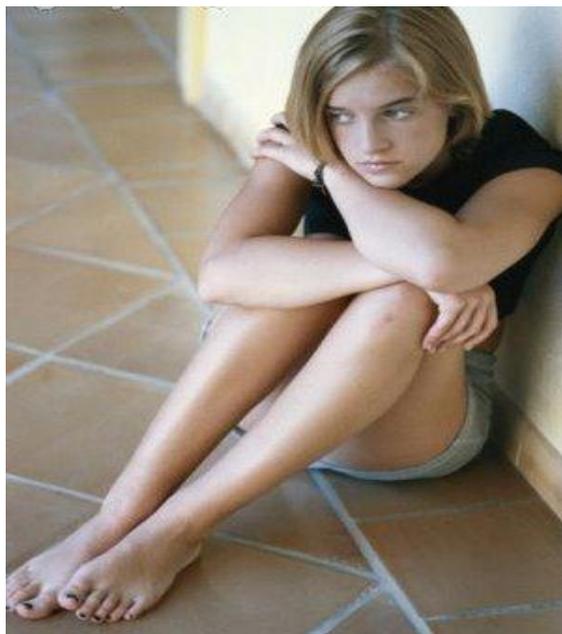
La Adolescencia.



La adolescencia puede ser considerada como una etapa “bisagra” entre la infancia y la adultez.

No es fácil hacer una delimitación cronológica, pero suele ubicarse entre los 10 a los 19 años. En la actualidad se observa una adolescentización generalizada que nos lleva a extender el límite hasta cerca de los 30 años.

El Suicidio, un Problema Subestimado en la Adolescencia.



En algunos casos, puede ser imposible determinar si algunas muertes causadas por ejemplo por accidentes de automóvil, ahogados, caídas y sobredosis de drogas ilegales, fueron intencionales o no intencionales. Se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales.

Los estudios postmortem de adolescentes que murieron por causas violentas indican que no constituyen un grupo homogéneo. Muestran sutiles manifestaciones de tendencias autodestructivas y de riesgo; mientras que algunas de las muertes pudieran originarse por actos no intencionales, otras son actos intencionales generados por su dolor de vivir.

En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres, sin embargo la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Esto probablemente ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal. Los jóvenes a menudo son más agresivos e impulsivos y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas lo cual probablemente contribuye al resultado fatal de sus actos suicidas.

Factores y Señales

Es importante diferenciar entre factores y señales de riesgo suicida. Entendemos por factores aquellas condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en las personas vulnerables.

Por señales consideramos aquellas manifestaciones verbales y/o no verbales por parte del sujeto que nos alertan acerca de la posibilidad de auto-eliminación.

Señales verbales:

El sujeto manifiesta ideas de muerte de manera directa o indirecta.

Ej.:

- “Estarían mejor sin mí”
- “En esta casa estoy demás”
- “La vida no vale la pena”
- “Si esto... sigue así me mato”
- “Quisiera terminar con todo”
- “Quisiera dormirme y no despertar”
- “Voy a matarme”
- “Cuando ya no esté se van a arrepentir”
- “Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara...”

Señales no verbales

- Auto mutilaciones.
- Bajar el rendimiento escolar.
- Regalar cosas significativas sin motivo aparente.
- Abandono de actividades que antes disfrutaba.
- Aislamiento.
- Abandono personal.

Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia



Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional.
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Sociales:

- Discriminación.
- Bullying (hostigamiento en los centros educativos fundamentalmente)
- Pertenencia a una minoría étnica.
- Exilio, emigración, migración interna, des ruralización.
- Institucionalización.
- Problemas con la ley.

- Abandono escolar.
- Expulsión escolar.
- Inflexión académica o mal rendimiento.
- Trabajo infantil.
- Primeras horas luego de un arresto.



Familiares:

- Maltrato.
- Negligencia.
- Sobreprotección.
- Ausencia de límites.
- Crisis disciplinaria.
- Trastornos en la relación padre-hijo.
- Confusión de roles familiares.
- Patología psiquiátrica en el núcleo familiar.
- Brecha generacional amplia con los mismos.
- Paternidad adolescente.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Separación de los progenitores por muerte, abandono, divorcio.
- Mudanzas frecuentes.
- Situaciones de hacinamiento.
- Pérdida de autoridad de los progenitores.
- Frecuentes riñas y querellas en el hogar.
- Falta de comunicación intra- familiar.
- Llamados de atención humillantes.
- Muerte de Familiar significativo.
- Conflicto familiar reciente.
- Suicidio de un ser querido.



Individuales:

- Abuso sexual en la infancia y/o adolescencia.
- Imposibilidad de postergar la realización de deseos (baja tolerancia a la frustración).
- Trastornos de ansiedad (temor, nerviosismo, hiperactividad, tensión).
- Trastornos de conducta.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos del humor (excitación, depresión).
- Abuso de sustancias (cualquier tipo de droga).
- Deseo de reunión con ser querido fallecido.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo de vida.
- Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnía).
- Trastornos alimentarios.
- Aislamiento.
- Hipocondría.
- Amores contrariados.
- Enfermedades crónicas.
- Conflictos graves con amigos.
- Problemas relacionados con su sexualidad.
- Muerte de una figura importante o idealizada.
- Presenciar la muerte de un ser querido.
- Antecedentes personales de IAE.
- Baja autoestima.
- Culpa.
- Alta hospitalaria reciente.



¿Cómo manejar los jóvenes suicidas en la Institución Educativa?



El reconocer que un joven está en situación de aflicción y que necesita ayuda no constituye un gran problema. Es mucho más difícil saber cómo reaccionar y responder al suicidio de los niños y los jóvenes.

Algunos miembros del equipo escolar han aprendido a tratar a los jóvenes suicidas en situación de aflicción, con sensibilidad y respeto, mientras que otros no. Las habilidades de este último grupo tienen que mejorar.

Es importante en el contacto con un joven suicida, lograr un balance entre proximidad y distancia y entre empatía y respeto.

El reconocimiento y manejo de las crisis suicidas en los estudiantes pueden dar lugar a conflictos entre los docentes y el resto del personal escolar, dado que carecen de las habilidades específicas requeridas, tienen poco tiempo o tienen miedo de enfrentar sus propios problemas psicológicos.

Prevención general: antes que suceda algún acto suicida: El aspecto más importante de la prevención del suicidio es el reconocimiento temprano de los adolescentes en situación de aflicción y/o con un alto riesgo de suicidio.

Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional: Primero que nada, es esencial asegurar el equilibrio y bienestar de los docentes y del resto del personal institucional. Para ellos, el lugar de trabajo puede ser de rechazo, agresivo y algunas veces aún violento.



Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes: La autoestima positiva protege a los adolescentes frente a la aflicción mental y el pesimismo y los habilita para manejar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes de la vida. Mientras que la compasión impide la autoestima, la empatía la alienta debido a que el juicio es dejado de lado. La autonomía y el dominio son las bases sobre las cuales se puede desarrollar una autoestima positiva en la adolescencia temprana.

Promoción de la expresión de emociones: A los adolescentes se les debe enseñar a tomar sus sentimientos con seriedad y alentarlos a confiar en sus padres y otros adultos tales como maestros, médicos, o enfermeros/as que atiendan la institución, amigos, entrenadores deportivos y consejeros religiosos.



Prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo: El sistema educativo debe contar con disposiciones específicas disponibles para prevenir el “matoneo” intimidatorio y la violencia dentro y en los alrededores de las instituciones de forma de crear un contexto seguro y libre de intolerancia.

Provisión de información sobre los servicios de atención: La disponibilidad de servicios específicos debe ser asegurada publicando los números de teléfono, tales como las líneas de ayuda para crisis y emergencias, los

números de las emergencias psiquiátricas, de forma tal que estén disponibles para los jóvenes.



Intervención: cuando se identifica el riesgo de suicidio: En la mayoría de los casos, los niños y jóvenes afligidos y en riesgo de comportamiento suicida experimentan también problemas de comunicación.

Consecuentemente, es importante establecer un diálogo con el joven afligido o en situación suicida.

Comunicación: El primer paso en la prevención de suicidio es invariablemente lograr la confianza en la comunicación. Durante el desarrollo del proceso suicida, la comunicación mutua entre los jóvenes suicidas y los que se encuentran a su alrededor es de importancia crucial.

Referencia a profesionales: Una pronta intervención, con autoridad y decisión, (por ejemplo, conducir al joven suicida a un médico general, a un psiquiatra infantil o a un centro de emergencia), puede salvar una vida.

Retirar los medios para el suicidio de la proximidad de los jóvenes y adolescentes suicidas: Varias formas de supervisión así como el retirar o poner bajo llave las medicinas peligrosas, armas de fuego, pesticidas, explosivos, cuchillos y otros, en los colegios, hogares, y otros contextos son medidas muy importantes para salvar vidas. Dado que estas medidas por sí solas no son suficientes para prevenir el suicidio, debe ofrecerse al mismo tiempo apoyo psicológico cuando el suicidio ha sido intentado o cometido.



Informar al equipo institucional y a los compañeros: La institución debe tener planes de emergencia acerca de cómo informar al equipo institucional, especialmente a los docentes, y también a los alumnos compañeros y padres, cuando el suicidio se cometió en la institución, con la finalidad de prevenir suicidios en cadena. El efecto de contagio proviene de la tendencia de los niños y jóvenes suicidas a identificarse con las soluciones destructivas adoptadas por personas que intentaron o cometieron suicidio.

Manejo de la Crisis Suicida

Si en la crisis suicida del adolescente están jugando un papel predominante los rasgos pasivos, dependientes y la timidez, una técnica que puede ser empleada en estos casos es el entrenamiento asertivo, que busca como objetivo cardinal, el hacerse valer, evitando ser manipulado por los demás. Para ello se sugieren seis modos de conducta los cuales se mencionan a continuación:



Primera etapa. Establecimiento del contacto: Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, reflejar sentimientos, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle. Lo que no se debe hacer es restarle importancia a lo que nos expresa el sujeto, ignorar los sentimientos, impedir que el individuo exprese sus sufrimientos y contar nuestra historia en situaciones conflictivas.

Segunda etapa. Conocer la dimensión del problema: Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas que permitan conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos. Explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas. Lo que no se debe hacer es atenerse a realizar preguntas que sean respondidas con monosílabos (sí o no) o evaluar el discurso del adolescente a través de la experiencia propia, que no es válida para otros.

Tercera etapa. Posibles soluciones: Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobar la solución suicida como forma de afrontar situaciones problemáticas. Reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales. Lo que no se debe hacer es permitir que el adolescente continúe sin ensanchar su visión en túnel que es la que únicamente le deja ver la opción suicida. Tampoco deben dejar de explorarse los obstáculos de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida.

Cuarta etapa. Acción concreta: Lo que se debe hacer es tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de salud mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.) Se debe ser directivo y confrontar cuando la situación lo requiera. Nunca debe dejarse sólo a un sujeto en crisis suicida.

Lo que no se debe hacer es ser tímido, indeciso, no tomar una decisión a tiempo, dejar solo al adolescente en riesgo de cometer suicidio o retraerse de asumir responsabilidades.

Quinta etapa. Seguimiento: Lo que se debe hacer es realizar el recontacto para evaluar los progresos o retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida.

Hay quienes consideran que abordar a un adolescente en riesgo de suicidio sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, puede ser peligroso. Esto no es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios:

- Escuchar con atención.
- Facilitar el desahogo.
- Durante el diálogo con el adolescente se deben utilizar frases cortas que les sirvan para continuar exponiendo sus dificultades, como por ejemplo: “me imagino”, “entiendo”, “es lógico”, “no es para menos”, “claro está”, “te comprendo”. Estas frases además de facilitar la expresividad le hará sentir que le comprendemos y tomamos en serio.
- Reformular lo que nos ha dicho, haciendo breves resúmenes que le ratifiquen nuestra capacidad de escucha atenta y genuina de sus dificultades.
- Preguntar siempre sobre la presencia de ideas suicidas.
- Ayudar al adolescente a que él descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, sin confiar en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Por ejemplo: “voy a irme de la casa” (sin tener otro lugar adonde ir), “me voy a olvidar de él” (como si la memoria fuera una pizarra que se puede borrar en un momento y no dejar huellas de lo escrito).
- No dejar nunca a solas a la persona en crisis suicida y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud.

Si estas premisas son utilizadas por el llamado sentido común, un gran número de los adolescentes que hoy intentan el suicidio o se suicidan, no lo harían.

Recomendaciones:

El suicidio no es un incomprensible salto desde el vacío: los estudiantes suicidas le dan a la gente que los rodea suficientes avisos y margen para intervenir.

En el trabajo de prevención de suicidio, los docentes y el equipo institucional enfrentan un desafío de gran importancia estratégica, en la cual es fundamental:

- Identificar los estudiantes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico.
- Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entender y ayudar.
- Aliviar la aflicción mental.
- Ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales y cambios en el comportamiento.
- Ayudar con sus trabajos a los estudiantes menos diestros.
- Evaluar las razones de las faltas injustificadas.
- Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y drogas psicoactivas.
- Remitir a los estudiantes para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y el abuso de alcohol y drogas.
- Restringir el acceso de los estudiantes a los medios aptos para el suicidio .drogas tóxicas o letales, pesticidas, armas de fuego y otras armas, etc.
- Proporcionar a los docentes y otros miembros del equipo que trabajan en la institución acceso inmediato a medios para aliviar su estrés en el trabajo.

Bibliografía.

- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.
- FAISEM. Plan de Calidad 2006-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, 2006. http://www.faisem.es/ficheros/Plan_Calidad.pdf.
- OMS. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 2000. http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf.
- PÉREZ BARRERO, SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 1996.
- SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERHOF A, BJERKE T, CREPET P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996.
- ISOMETSAÄ ET, LÖNNQUIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998.
- MIRÓ E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 2000.
- KAPLAN HI, SADOCK BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 1999.
- GARCÍA-RESA E, BRAQUEHAIS D, BLASCO H, RAMIREZ A, JIMÉNEZ L, DÍAZ-SASTRE C et al. Sociodemographic features of suicide attempts. Actas Españolas de Psiquiatría 2002.

- P, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000.
- HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997.
- ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies- a review. Eur Psychiatry 2001.
- BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. Am J Psychiatry 1996.
- 2KING EA, BALDWIN DS, SINCLAIR JMA, BAKER NG, CAMPBELL MJ, THOMPSON C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. Br J Psychiatry 2001.