



Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes.

*Dr. Ramón Mauricio Campos Campos**

Co-autores:

Dr. Juan Carlos Valerio Rojas;

Dra. Susana Padilla Calvo;

Dra. Heidy Lobo, Dra. Carol Cruz Soto;

Dra. María Isabel Monge Montero;

Dra. Adriana Fonseca;

Dra. Mónica Mohs Alfaro;

Dr. Marco Vinicio Fallas Muñoz;

Dr. Carlos Argumedo Carvajal

Dr. Fabián Sanabria González;

Dr. Maikel Vargas Sanabria

Coordinadores del proyecto:

Dr. Javier Céspedes Vargas;

MSc. Liliana Mejías Vargas;

Licda. Aurora Sánchez Monge

“El proyecto de prevención en el que cual ustedes brindan toda su ayuda posible me parece excelente, es muy “tuanis” ver que personas que ni siquiera me conocen se preocupan por mí, me hace creer que todavía hay esperanza, en tener confianza en algunas personas”

Estudiante del colegio.

“Quién tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”

Nietzsche

Introducción

El suicidio en jóvenes es, desgraciadamente, una realidad cada vez más latente en nuestro país y que al igual que en la mayoría de países alrededor del mundo, va en aumento.

Durante la adolescencia, esta etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas

situaciones que les producen ansiedad y depresión y que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio.

Desafortunadamente este problema se da en más individuos de los que imaginamos, ya que debemos ser concientes del subregistro de casos, no sólo en nuestro país, sino a nivel mundial.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia que se menciona pocas veces en nuestra sociedad, suele callarse y evadirse, pues nos enfrenta directamente con la realidad de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa. Es un tema que impacta y cuestiona nuestro sistema familiar y social; sin embargo, es importante encararlo y tratar de comprender las posibles razones que llevan a un adolescente, con todo un futuro por vivir, a terminar repentinamente con su vida.

Es de suma importancia conocer y reflexionar en las causas que llevan a un o una joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. Debemos estar concientes de que en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo y, generalmente, la persona pedirá auxilio de una u otra forma. Por lo tanto si el comportamiento, ya sea verbal o no verbal, de un o una joven no revela que podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad

* Médico General, Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Coordinador y autor del Proyecto Vigente de Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes.



de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlo a cambiar su perspectiva del problema o prevenir situaciones de emergencia.

Es precisamente esta posibilidad de ayudar a que los jóvenes se decidan por su propia vida lo que motiva a realizar un proyecto con métodos prácticos que promueva una adecuada prevención del suicidio, no esperando que los individuos se acerquen a los medios de salud para pedir ayuda, lo cual usualmente no sucede, sino, llevando la ayuda directamente a los centros de estudio donde se encuentra la mayor concentración de esta población.

Es necesario valernos de la capacidad de los jóvenes para compartir y relacionarse entre sí, comprendiendo que una adecuada información y formación acerca de la problemática del suicidio puede hacer la diferencia entre el desconocimiento o la seguridad para enfrentarse a esta realidad tan dolorosa. Por esta misma línea de acción, la formación, o invitación a diferentes grupos de apoyo juveniles pueden repercutir positivamente en dos sentimientos ligados íntimamente al suicidio, la soledad y la desesperanza.

Asimismo, el hecho de brindar ayuda directa por medio de una entrevista con los muchachos que se puedan detectar en posible riesgo, se convierte en el instrumento fundamental del proyecto para la prevención del suicidio.

El presente proyecto tiene su origen en la inquietud que nos ha dejado, iniciando nuestra experiencia como médicos internos, recibir frecuentemente, dos o

tres casos de intentos de autoeliminación en un solo día en los servicios de emergencia de los hospitales nacionales. La pregunta que surge inmediatamente de esta situación es, ¿si nosotros, como futuros profesionales en salud, como futuros padres, o simplemente como personas concientes de la magnitud del problema, podremos hacer algo para trascender en la vida de estos jóvenes y evitar que el flagelo del suicidio siga destruyendo vidas, y a su vez, familias enteras?

La respuesta a esta pregunta depende de nosotros mismos, ya que podemos continuar cerrando nuestros ojos ante una realidad palpable, o decidimos a actuar. Si no lo hacemos estaremos permitiendo conscientemente que muchos de nuestros jóvenes permanezcan divagando entre la decisión de continuar viviendo sumidos en sus angustias y tristezas o acabar con el dolor sin posibilidades de volver atrás, y esto, sin lugar a dudas, no es vida.

Este trabajo es nuestra colaboración para tratar de disminuir esta problemática, y consideramos que su aplicación práctica puede utilizarse en diversas instituciones en forma simple y organizada para poder ser un instrumento de prevención con el objetivo fundamental no sólo de salvar vidas, sino de mejorarlas, a tal punto de que la persona que se beneficie de este servicio, sea conciente que la solución siempre será continuar luchando.

Objetivo general

Crear un proyecto útil y práctico para la prevención del suicidio en adolescentes



basándose en estrategias que han probado ser eficaces para lograr este objetivo:

- Educación sobre el tema, dirigida tanto a adolescentes como a personal del sistema educativo: riesgos, signos de alerta e intervenciones.
- Detección de adolescentes en riesgo.
- Ofrecer alternativas de ayuda tales como los grupos de apoyo juveniles, centros especializados y líneas de crisis.

Objetivos específicos

1. Informar a las y los adolescentes y al personal de los centros educativos acerca de la problemática del suicidio juvenil, enfatizando los datos existentes sobre este problema en Costa Rica.
2. Dar a conocer las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que pueden hacer sospechar que un adolescente presenta ideas o intenciones suicidas.
3. Promover en el joven habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno para así prevenir conductas de riesgo relacionadas con el suicidio.
4. Identificar jóvenes en riesgo de suicidio mediante un instrumento fácilmente aplicable como lo es el Test de Tamizaje para adolescentes de la CCSS.
5. Detectar a tiempo estados depresivos que podrían poner en peligro al joven por medio de la realización del test de

Zung.

6. Ofrecer atención profesional a los adolescentes en riesgo detectados por el tamizaje del adolescente de la CCSS, refiriéndolos a los especialistas en campos como psiquiatría, psicología y trabajo social, para proporcionar una atención integral.
 7. Brindar a los jóvenes alternativas de apoyo por medio del personal de Salud de la Clínica de Aserrí, el PAIA, grupos de jóvenes como las Pastorales Juveniles de Desamparados y servicios telefónicos de ayuda en crisis como la línea "Cuenta conmigo".
 8. Crear un proyecto piloto en conjunto con instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales (entre ellas PAIA, IAFA, ACJ) el cual sirva de base para crear un programa de prevención del suicidio a nivel de escuelas secundarias.
- ### **Metodología y estrategias**
- Charla interactiva de aproximadamente una hora de duración, en la cual se informará acerca de los temas ya descritos en los objetivos.
 - Uso de material audiovisual alusivo al tema.
 - Presentación del video "Comunicación y otros volados para una adolescencia plena" realizado por el PAIA, el cual trata la problemática del suicidio en la adolescencia, por lo cual es de utilidad para cumplir los objetivos planteados.
 - Realización del test de Tamizaje para



adolescentes que consulten en la CCSS, para así evaluar el riesgo que presentan los jóvenes, haciendo especial énfasis en la posibilidad de que éstos afirmen sentirse deprimidos, haber tenido deseos de morir, matarse o haberlo intentado con anticipación (preguntas 6,7,8 del test respectivamente)

- Realización e interpretación del test de Zung con la finalidad de detectar jóvenes que presenten estados depresivos los cuales requieran intervención de los servicios de salud.
- Entrega de material informativo (folleto ilustrativo) que resuma los principales puntos de la charla, así como información de cómo contactar redes de apoyo.
- Posteriormente a la charla y a la revisión de los test, se citará a los estudiantes que se consideren en riesgo para ser entrevistados en esta ocasión por parte del médico interno o la persona que participe en la realización del proyecto, y se evaluará la necesidad de referir al joven a la consulta de Salud Mental de la Clínica de Aserrí.
- Se tomará en cuenta también la información que el personal docente de la institución pueda brindar acerca de los estudiantes de todo el plantel, citando también a jóvenes en situaciones especiales para así evaluar la posibilidad de que estén en riesgo de suicidio.
- Coordinación con los grupos de pastoral juvenil para que éstos acojan los jóvenes que deseen asistir a sus actividades y les puedan brindar adecuadas formas de apoyo.
- Coordinación con instituciones involucradas en el trabajo con adolescentes como lo son PAIA, IAFA,

Hospital Nacional Psiquiátrico, HNN, ACJ con el fin de lograr apoyo logístico al proyecto.

El proyecto piloto se iniciará tomando como población de trabajo a los grupos de décimo año de secundaria del colegio de Aserrí, debido a que se considera que los jóvenes entre 16 y 17 años pueden estar aptos, en lo que respecta a su madurez, para poder captar el mensaje brindado en la charla y así poder participar más activamente del tema.

Asimismo se dispondrán los días necesarios para la actividad según las posibilidades y preferencias del centro educativo y tomando en cuenta que los grupos individuales no sean excesivamente grandes, en lo posible, menos de 40 personas, para poder interactuar más con los jóvenes y aclarar las dudas que puedan presentarse en el transcurso de la presentación. Se invitará a participar de la actividad a los docentes que gusten asistir, ya que su influencia en los jóvenes con respecto a temas tan importantes como el suicidio, es fundamental.

La charla tendrá como puntos específicos a tratar:

- 1-Suicidio en jóvenes, situación a nivel mundial.
- 2-Suicidio, situación en Costa Rica.
- 3-Casos reales.
- 4-Factores de riesgo.
- 5-Signos de Alerta.
- 6-¿Cómo puedo ayudar a alguien en esta situación?
- 7-Aceptación del problema.
- 8-Habilidades para vivir:



autoconocimiento, autoestima, comunicación, manejo de la presión de grupo y de la ansiedad, planteamiento de metas .

9-¿Dónde puedo conseguir ayuda?

10-Importancia de los grupos de apoyo e invitación a ser partícipes de los mismos.

11-Preguntas y comentarios.

Con esta presentación se espera poder ofrecer a los jóvenes no solamente información acerca del tema del suicidio, sino al mismo tiempo brindarles puntos concisos de reflexión con respecto al problema y las medidas de prevención con las que pueden contar, haciéndolos partícipes de la solución e invitándolos a buscar ayuda, ya sea para sí mismos o para otras personas en riesgo.

Es importante enfatizar que la charla debe realizarse en medio de un ambiente de cordialidad y confianza, donde los asistentes sientan, que pueden preguntar libremente y aclarar sus dudas, así como que son capaces de opinar y manifestarse. Es necesario, asimismo que la presentación y lectura de la información se alterne con la mención de situaciones divertidas de su interés, que se acoplen a sus realidades y que ayuden a mantener su atención en el mensaje que se va a brindar.

Los criterios que se tomarán en cuenta para determinar los candidatos para la entrevista serán los siguientes:

- Tamizaje de la CCSS que muestre riesgo moderado o alto (o sea con más de 9 puntos en total).

- Riesgo suicida al tener positivas las preguntas 7/8 del Tamizaje de la CCSS.
- Consumo de drogas (pregunta 11 positiva del Tamizaje de la CCSS)
- Relaciones sexuales en situaciones de riesgo (o sea con más de un compañero o sin el uso de preservativo), teniendo la pregunta 12 positiva más la 13 y la 14 del tamizaje de la CCSS.
- Test de Zung que muestre algún grado de depresión (mayor de 50 puntos).
- Ser referido por algún miembro del personal docente de la institución educativa que considere pertinente la valoración según posibles factores de riesgo.
- Haber sido catalogado con riesgo por el grupo de participantes del proyecto en los meses anteriores.

Con respecto a la entrevista que los estudiantes considerados en riesgo tengan con el médico interno, es necesario tomar en cuenta la importancia de un adecuado manejo de la relación médico-paciente, en la que la confianza que se logre establecer entre ambos es fundamental para una adecuada evaluación del caso. Estos jóvenes, que en la mayoría de los casos están enfrentando situaciones muy difíciles y traumáticas necesitan, además de un médico, un amigo que pueda orientarles y ofrecerles una esperanza para salir adelante y desechar la idea de que la muerte es la única salida. Consolar y dar cabida a que puedan desahogar sus sufrimientos es ya una gran ayuda, por lo que es necesario brindar la oportunidad de que alguien los escuche con atención y paciencia.



Es imprescindible contar con la ayuda de los docentes del plantel, especialmente los orientadores, para lograr detectar con mayor precisión los casos que podrían presentar mayor riesgo en el colegio y que aún no han recibido la charla o realizado el test. Debemos utilizar esta experiencia, ya que son ellos quienes más conocen las realidades que enfrentan los estudiantes con los que conviven diariamente.

Marco teórico

Al abordar el tema de la prevención del suicidio en jóvenes, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y es el fundamento principal de este proyecto, que trata de desarrollar, por medio de diferentes estrategias, un método para lograr descubrir personas en situaciones de riesgo, para brindarles ayuda lo más pronto posible.

En las páginas siguientes se trata de englobar información en forma resumida, tomando en cuenta frases y párrafos de diferentes trabajos y autores, queriendo así, brindar a quienes se interesen en ahondar el tema, una referencia adecuada y concisa, la cual está sujeta a modificaciones y otros agregados que beneficien el objetivo primordial, prevenir.

El suicidio

Generalidades

El suicidio es definido como la muerte auto-infligida intencionadamente. Es “el

acto conciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas” (5)

El suicidio no debe ser considerado como un acto realizado al azar o sin sentido, ya que al contrario, es, para la persona que lo comete la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insostenible, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar.

Conceptos

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Los gestos suicidas son aquellos planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito. Ese tipo de mensajes no debe ser pasado por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos, especialmente si se tiene en cuenta que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio.

El intento de suicidio es, pues, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo. La mayoría de las personas que hacen



algún intento de suicidio están ambivalentes respecto al deseo de morir, de hecho, el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida.

El suicidio consumado es el que tiene como resultado la muerte.

El comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas) Ejemplos de este tipo indirecto de conductas suicidas son el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito de fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, hacer huelga de hambre, llevar un comportamiento delictivo y conducir de forma imprudente.

Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social. El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención

de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente, esto se presenta por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

La conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida".
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el individuo no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del individuo y que, generalmente, éste



exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El suicida intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Epidemiología

El suicidio en el mundo

Cada año se producen 30.000 muertes por suicidio en Estados Unidos (30.232 muertes en 1989). Esta es la cifra de suicidios consumados; el número estimado de intentos de suicidio es de 8 a 10 veces ese valor.

En Estados Unidos se producen anualmente unos 300.000 intentos de suicidio, de los cuales se consuma el 10%. Los intentos de suicidio representan cerca del 20% de los ingresos médicos por urgencias y aproximadamente el 10% de todos los ingresos.

Las mujeres hacen de 2 a 3 veces más intentos de suicidio que los hombres, pero éstos suelen lograr su objetivo mortal con más frecuencia.
Entre 1970 y 1980 más de 230.000

personas se suicidaron en Estados Unidos, aproximadamente una cada 20 minutos, 75 suicidios en un día. La proporción total se ha mantenido constante a través de los años. La tasa actual es de 12,5/100 000 habitantes. Se clasifica como la octava causa general de muerte en este país, después de cardiopatías, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, neumonía, diabetes mellitus y cirrosis.

En Costa Rica se tiene una tasa de 7-8 suicidios por 100 000 habitantes.

Las tasas de suicidio en Estados Unidos son la mitad de las aportadas por los países industrializados a las Naciones Unidas. Internacionalmente, las proporciones se extienden desde un máximo de 25/100 000 en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países europeos del Este (el cinturón suicida), y Japón, hasta un mínimo de 10/100 000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países Bajos.

Como curiosidad se menciona que el puente Golden Gate de San Francisco es el lugar donde más personas se suicidan, con más de 800 suicidios desde que se inauguró en 1937.

Las personas casadas, sin importar el sexo, con una relación matrimonial estable, tienen una incidencia de suicidio significativamente menor que las personas solteras.

Los profesionales, incluyendo abogados, dentistas, militares y médicos, parecen tener tasas de suicidio superiores. Por otro lado, entre médicos menores de 40 años el suicidio es la principal causa de



muerte. Los médicos de ambos sexos utilizan como método la sobredosis de fármacos con más frecuencia que la población en general. Por especialidades médicas, la tasa más alta se encuentra entre los médicos psiquiatras.

Un dato importante confirmado a nivel mundial es que el suicidio es menos frecuente entre practicantes adscritos a grupos religiosos (sobre todo católicos), que suelen estar respaldados por sus creencias y apoyados por fuertes vínculos sociales que los protegen frente a actos autodestructivos. Esta referencia, asociada a otras que se mencionarán más adelante, respalda la intención del proyecto de fomentar en las personas participantes la adhesión a grupos de apoyo positivos como Pastorales Juveniles, ya que éstas promueven en sus integrantes lazos firmes de ayuda y encontrar un sentido concreto de existencia, lo que como será expuesto, es considerado primordial en la prevención.

Suicidio adolescente en Costa Rica

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora mueren de causas más previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados así como, en los en vías de desarrollo.

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y 24

años, después de accidentes y homicidios. En este mismo grupo, los intentos de suicidio oscilan entre 1 millón y 2 millones anualmente. Actualmente la mayoría de los suicidios se dan entre aquellos de 15 a 44 años.

El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático recientemente a través del mundo y nuestra nación no es la excepción.

Para dar una referencia de la magnitud del problema en nuestro país, se ha querido agregar en este apartado una serie de datos tomados de artículos del periódico La Nación, donde se muestran informes con respecto al suicidio en nuestro país.

El Organismo de Investigación Judicial (OIJ) informó en un estudio realizado, que entre 1986 y 1998 se presentaron 2210 suicidios. Cuando se analizaron los rangos por edades, el equipo encontró que 50 de esos casos correspondían a menores de 15 años, 198 eran de jóvenes de 15 a 20 años de edad y 306 entre los 21 a 25 años. Una cuarta parte (554) menores de 25 años.

De acuerdo con estadísticas del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) sólo en 1999, 28 jóvenes con edades entre 15 y 19 años se suicidaron. Esta cifra no toma en cuenta todos los casos de tentativas de suicidio que las autoridades de salud atendieron en el mismo período.

El tema de los suicidios tomó gran importancia en el país por las reveladoras cifras a partir del año 2000. En este año se



suicidaron 263 personas, de las cuales 16 eran menores de edad. La mayoría (105) de quienes se suicidaron en el 2000 tenía entre 18 y 19 años de edad. Le siguieron (74 casos) los que tenían entre 20 y 29 años. En total, 195 menores de 30 años, la gran mayoría. San José y Cartago son las dos ciudades en que más casos se registraron en los dos últimos años.

En el 2001 hubo 173 suicidios, 90 menos que un año antes.

Los problemas conyugales encabezan los móviles de los suicidios. Por esa causa se mataron 85 de las 263 personas fallecidas en el 2000. Le siguen los líos económicos (32); pasionales (30) y familiares (24). En general, los hombres (más de un 90 por ciento de los casos) se suicidan más que las mujeres. En Costa Rica, fallecen más personas a causa de suicidios que de homicidios (730 casos contra 703 entre 1998 y el 2000).

Un estudio de los médicos Guido Miranda –expresidente de la Caja Costarricense de Seguro Social– y Luis del Valle Director de la Medicatura Forense, reveló que cada vez más, las personas menores de 20 años recurren al suicidio.

Por otra parte la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños realizó un estudio en todo el país para investigar el tema. En colegios públicos, privados y técnicos se analizaron más de 7.000 estudiantes de décimo y undécimo año. Se comprobó que en un 23% de la muestra existen niveles significativos de desesperanza, sentimiento que precede al suicidio en casi la totalidad

de los casos.

Se concluyó que aproximadamente, para un 50% de las y los adolescentes costarricenses esta etapa transcurre sin grandes altibajos. Un 25% de las y los jóvenes presentan trastornos anímicos leves y el restante 25% tienen problemas realmente serios, que pueden predisponerlos fuertemente a la depresión. Por ejemplo, poseen familias disfuncionales, han abandonado el colegio, se han fugado de la casa o están involucrados en alcoholismo o drogas.

Debe tenerse presente que actualmente la depresión se sitúa entre las diez enfermedades de mayor prevalencia en el mundo. Se estima que 1 de cada 5 personas ha tenido depresión en algún momento de su vida.

Debe recordarse también que los informes de suicidios son subdimensionados debido a estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinflingidos, como algunos accidentes de tránsito.

Los datos citados solo nos dan una leve imagen de lo que se ha registrado, sin embargo, es necesario reconocer que el problema va más allá de las personas que se suicidan, ya que son muchas más aún las que lo tratan de hacer, e incontables las que a lo largo de su vida han pensado o piensan seriamente en el suicidio como alternativa. Es a estas personas, a las que se debe tratar de abordar, o al menos, a todas las que nos sea posible.



Factores asociados con el suicidio:

Los siguientes factores son los que más frecuentemente se asocian con el suicidio:

- **Género.** Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, un valor que se mantiene constante en todas las edades. Las mujeres, sin embargo, lo intentan cuatro veces más que los hombres.
- **Métodos.** La proporción más alta de suicidios consumados en hombres se relaciona con los métodos que utilizan (armas de fuego, ahorcamiento o salto desde lugares elevados). Las mujeres tienen más probabilidad de tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o de veneno, pero están comenzando a usar armas de fuego más a menudo que anteriormente.
- **Edad.** La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 y entre las mujeres, después de los 55.
- **Religión.** Históricamente, la proporción de suicidio entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Parece ser que una medida más precisa de riesgo en esta categoría es el grado de ortodoxia e integración en la religión, más que la simple afiliación institucional religiosa.
- **Estado civil.** Los casados con hijos tienen un menor riesgo de suicidio.
- **Profesión.** Cuanto más alto es el status social de una persona más grande es el riesgo de suicidio, aunque una caída

en el status social también aumenta este riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio.

- **Salud mental.** Factores psiquiátricos altamente significativos en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia, y otros trastornos mentales. Casi el 95% de los pacientes que se suicidan o hacen tentativas tienen un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%.

Un estudio de San Diego mostró que los diagnósticos de abuso de sustancias y el trastorno antisocial de la personalidad son más frecuentes entre víctimas suicidas menores de 30 años de edad, y los de trastornos afectivos y trastornos cognitivos son más frecuentes entre víctimas de 30 o mayores. Los factores estresantes que se asociaron al suicidio en los menores de 30 años fueron la separación, el rechazo, el desempleo y problemas legales; entre las personas suicidas de 30 años eran más frecuentes factores debidos a enfermedad.

Los pacientes que acuden a los servicios de urgencia especialmente aquellos con trastorno por crisis de angustia, también tienen mayor riesgo. Un estudio afirma que tales pacientes tienen una tasa de suicidio siete veces mayor que la tasa de la población general equiparados por edad y sexo.

Por esto, los profesionales de la salud mental que trabajan en servicios de

urgencia deben ser expertos en la elaboración de la historia psiquiátrica del paciente, en el examen de su estado mental, la valoración del riesgo de suicidio, y en orientar adecuadamente y debe conocer la necesidad de contactar con los pacientes con riesgo, que llegan en visitas educativas.

Otros factores asociados

- Esquizofrenia: el riesgo de suicidio es elevado entre los esquizofrénicos: más del 10% mueren por suicidio. En Estados Unidos se estima que se suicidan 4 000 esquizofrénicos cada año.
- Alcoholismo: más del 15% de los alcohólicos se suicidan. La tasa de suicidio se estima en 270/100 000 en un año; en Estados Unidos entre 7 000 y 13 000 alcohólicos se suicidan cada año.
- Farmacodependencia: diversos estudios realizados en varios países muestran un aumento del riesgo de suicidio entre las personas que abusan de sustancias.
- Conducta suicida previa, probablemente el mejor indicador de un elevado riesgo de suicidio es la tentativa previa. Los estudios muestran que alrededor del 40% de los pacientes deprimidos que se suicidan han realizado un intento previo. El riesgo de que un paciente realice una segunda tentativa es más alto a los tres meses de la primera.
- Genética: Se ha sugerido la existencia de un factor genético en el suicidio.

Los estudios muestran que tiende a presentarse en determinadas familias. Sin embargo, en algunas situaciones, particularmente entre adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado podía servir de modelo, con el cual identificarse cuando la probabilidad de suicidarse se convierte en una posible solución a la angustia psicológica insoportable.

El suicidio en jóvenes

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que la o el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia.

La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal, por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de



su trabajo de duelo.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se encuentran: la depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado. La falta de un perfil personal consistente dificulta la identificación de los adolescentes que presentan riesgos de suicidio.

Significados

El intento de suicidio en adolescentes puede tener varios significados posibles:

1. *La huida*, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insostenible.
2. *El duelo*, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. *El castigo*, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. *El crimen*, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a

otro a la muerte.

5. *La venganza*, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
6. *La llamada* de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
7. *El sacrificio*, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
8. *El juego*, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

No puede considerarse la conducta suicida del o la joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El o la adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo, por ello el trabajo que se trata de desarrollar en este proyecto, implica utilizar esta lucha interna, estas ganas de seguir viviendo que solo necesitan ser estimuladas.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del y la adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de



autodestrucción.

A su vez, se ha encontrado una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el o la joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el o la joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Razones

Las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar;
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.
- Una autoevaluación negativa, con

autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Comunicación

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del o la adolescente y que, generalmente, exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El o la joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

La familia del suicida

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a



ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada.

Depresión y suicidio en adolescentes

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras

nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución.”

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven puede tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda.

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de estos síntomas, los padres tienen que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten.

Síndrome Depresivo en Adolescentes

Manifestaciones posibles:

1. Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
2. Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
3. Actuaciones violentas, irritabilidad, comportamiento rebelde o escaparse de la casa.
4. Uso de drogas o de alcohol.
5. Abandono poco usual en su apariencia



personal.

6. Cambios pronunciados en su personalidad.
7. Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
8. Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
9. Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
10. Poca tolerancia de los elogios o los premios.
11. Poca disposición a aceptar ayuda o a establecer contacto.
12. Conductas autoeróticas aumentadas.

El adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

1. Quejarse de ser “malo” o de sentirse “abominable.”
2. Lanzar indirectas como: “no les seguiré siendo un problema”, “nada me importa”, “para qué molestarse” o “no te veré otra vez.”
3. Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
4. Ponerse muy contento después de un período de depresión.

Conductas autodestructivas

1. Robos, delincuencia.
2. Mentiras.
3. Escapes de la casa o colegio.
4. Promiscuidad sexual.
5. Abuso de drogas.
6. Cambio súbito de religión.
7. Accidentes frecuentes.

8. Fallo escolar o laboral.

Signos de Alerta

A modo de resumen podemos encontrar los siguientes signos de alerta en una persona que está pensando en suicidarse,

La persona puede:

- Amenazar con suicidarse
- Hablar o escribir acerca de su deseo de morir
- Parecer deprimida, triste, ajena o desesperada
- Presentar significativos cambios en su comportamiento, aspecto, humor o disposición (ya sea que cambie de “normal” a deprimida, o viceversa)
- Abusar de drogas o alcohol
- Lastimarse a sí misma, deliberadamente
- Decir que si faltara nadie la extrañaría
- Regalar sus más preciados efectos personales

Estos signos son de suma importancia y serán utilizados a la hora de exponer la charla, tratando de enfatizarlos, ya que es fundamental que las personas participantes puedan tomarlos en cuenta para sí mismos y para la gente con quienes conviven, con el fin de enseñar a detectar posibles situaciones de suicidio.

¿Cómo ayudar?

A continuación se presentan también a modo de resumen una serie de pasos y mensajes para brindar adecuada ayuda a la persona que comunica sus planes de suicidio, es necesario también utilizar esta



información en la charla para enseñar a los oyentes la forma correcta de actuar en una situación semejante.

Pasos a seguir:

- Permanecer calmado y escuchar con atención
- Tomar en serio las amenazas de suicidio
- Dejar que la persona hable acerca de sus sentimientos
- Aceptarlo; no emitir juicios
- Preguntar si ha tenido pensamientos de suicidio
- Preguntar con cuánta intensidad y frecuencia ha pensado en ello
- Preguntar si tiene algún plan para llevar a cabo el suicidio
- Averiguar si esa persona cuenta con los medios para llevar a cabo su plan
- No debe guardar el secreto; más bien comuníquese a alguien
- Enfatizar a la persona la necesidad de recibir ayuda

Es conveniente aclarar la importancia de obtener ayuda lo más pronto posible, se debe acompañar a la persona a buscar ayuda en :

- La sala de urgencias de un hospital
- Algún servicio de salud mental
- La policía
- La familia, algún amigo o amiga, algún familiar
- Algún sacerdote, pastor, maestro o consejero
- El médico de la familia
- Llamar por teléfono a alguna línea de servicios de emergencias

En una situación de riesgo no es pertinente afrontar el problema sin ayuda, se debe enfatizar la necesidad de recibir ayuda profesional y de no subestimar la posibilidad de suicidio, aún cuando la persona parezca más tranquila luego de la intervención de amigos o compañeros.

Muchas personas piensan en el suicidio, porque les parece que no les queda otro recurso. Para ellas en este momento la muerte es su mundo y no se deberá minimizar la desesperación real, fuerte e inmediata que las lleva a pensar en el suicidio como último recurso.

Entre las medidas principales a tomar para ayudar a una persona con ideas suicidas se encuentra hablar. Se debe recordar que el suicidio es a menudo la solución permanente de un problema pasajero y cuando estamos deprimidos tenemos la tendencia de enfocar las cosas bajo un punto de vista muy estrecho. Con el paso de una semana o un mes, las cosas podrían cambiar completamente de aspecto. La mayoría de las personas que han contemplado alguna vez el suicidio, posteriormente se alegran de estar vivas. Dicen que no querían poner fin a sus vidas – sencillamente deseaban evitar la pena-

Estos mensajes deben ser usados en la charla, no sólo orientados a enseñar a las personas para usarlos en caso de emergencia, sino también con el objetivo de influir directamente en los que anteriormente hayan pensado en el suicidio y estén presentes en la exposición.



El paso más importante es hablar con alguien. Las personas que están al borde del suicidio no deberán intentar arreglárselas a solas. Tienen que buscar ayuda AHORA. Tan solo hablar con un miembro de la familia o con un amigo o compañero puede aportar un gran alivio. En el caso de que no se pueda confiar en la familia o amigos, existen centros que ofrecen apoyo y amistad, donde se puede hablar con voluntarios que han sido entrenados para escuchar. Por otro lado, si una persona está pasando por un largo período de abatimiento o al borde del suicidio, es posible que él o ella sufra una depresión clínica. Este es un estado causado por un desequilibrio químico que generalmente puede ser tratado por un médico mediante la prescripción de medicamentos y sesiones de terapia.

Tratamiento del intento de suicidio

Intervención oportuna.

Lo primero que debe tenerse claro es que una gran cantidad de suicidios se pueden evitar con la intervención conjunta de profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores), si ésta se logra hacer a tiempo. Este es precisamente el fundamento del proyecto.

Más de la mitad de los pacientes que se han suicidado, han consultado a un médico pocos meses antes, el 20% ha estado en tratamiento psiquiátrico durante el año anterior al evento. La contribución más grande que puede hacer el médico a la prevención del suicidio consiste

en la detección y el tratamiento de la depresión íntimamente relacionada con esta problemática.

Es imprescindible que a todo paciente deprimido o en que se sospeche que está en riesgo, se le pregunte cuidadosamente sobre ideas de suicidio. Debe descartarse la creencia de que con estas preguntas se inculca una idea de autodestrucción, al contrario, comentar esto con el paciente le da al médico una idea de la profundidad del trastorno y la desesperación del paciente, y es muy probable que el individuo se sienta aliviado al poderse confiar a alguien.

La evaluación de un suicidio potencial requiere de una historia completa, un examen cuidadoso del estado mental del paciente, un estudio de los síntomas depresivos, de los pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas. Entre los factores que aumentan el riesgo encontramos la falta de planes a futuro, regalar posesiones personales, hacer testamento, despedirse o haber sufrido una pérdida reciente.

La evaluación del adolescente debe incluir las siguientes preguntas:

- ¿Has tenido últimamente pensamientos o ideas sobre la muerte, ya sea la tuya o de alguien más?
- ¿Recientemente has sentido ganas de morirte?
- ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo?
- ¿Te has sentido alguna vez tan mal que pensaste en suicidarte?



- ¿Lo has intentado?
- ¿Has pensado en algún plan?

Por otro lado algunos aspectos que nos indican riesgo suicida inminente son:

- Intentos suicidas previos.
- Métodos usados.
- Ideación suicida actual
- Nivel alto de desesperanza.
- Soledad constante, poca supervisión de padres.
- Poca capacidad de interacción o de pedir ayuda.
- Armas en la casa, disponibilidad de medicamentos.

La necesidad de hospitalización depende del diagnóstico, la gravedad de la depresión, la ideación suicida, la capacidad de salir adelante, apoyo familiar, social, y la ausencia o presencia de otros factores de riesgo.

Emergencia

En el caso de encontrarse en una situación de emergencia cuando una persona amenaza con suicidarse debe tenerse siempre presente que el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio, por lo que el médico o la persona que ayuda debe concentrarse en apoyar el deseo de vivir, se le debe ofrecer una esperanza de solución al individuo que pasa por una crisis como ésta. La ayuda psicológica de emergencia consiste en establecer una relación de comunicación franca, para ello es útil recordarle en forma sutil al individuo su identidad (llamándole por su nombre repetidamente), se debe

desvelar el problema que generó la crisis y ofrecerle ayuda para solucionarlo, tratando de adoptar una actitud positiva y recordándole que su familia y amigos se preocupan por él o ella.

Si una persona hace una llamada telefónica diciendo que está realizando un acto suicida, se debe mantener ocupado a la persona en la línea, mientras que otra debe contactar a la policía para intentar el salvamento.

Luego de un intento de suicidio, la evaluación psiquiátrica debe llevarse a cabo lo antes posible. Esta recomendación es difícil de ponerse en práctica en los hospitales nacionales, donde se nota una seria deficiencia en el tratamiento que se les da a los pacientes que ingresan a emergencias por intento de autoeliminación, ya que es necesario no sólo tratar la urgencia médica (intoxicación por ejemplo), sino que el mismo médico sea una fuente de ayuda sólida y segura, con una atención cordial y expresando su preocupación y comprensión hacia los sentimientos que originaron en la persona la toma de esa decisión. En lugar de esto, se muestra a menudo un total desinterés y hasta un menosprecio hacia este tipo de pacientes, siendo ellos, precisamente los que más necesitarían una atención especial.

La atención médica de los pacientes suicidas se logra mejor cuando los médicos proporcionan servicios completos, incluyendo una evaluación y tratamientos médicos y psicosociales. La atención completa y continua da al



médico la oportunidad de obtener la información necesaria para detectar a los jóvenes que presentan riesgos de suicidio u otras conductas autodestructivas. Este modelo de servicio también ayuda a crear una relación médico-paciente con apoyo social, que puede moderar las influencias adversas que los adolescentes encuentran en su entorno.

Posibles Soluciones

Habilidades para vivir

En este proyecto y como parte fundamental de la charla que se les brinda a los jóvenes se ha propuesto agregar información concisa sobre posibles soluciones a la problemática que origina el suicidio, como por ejemplo la falta de metas, una autoestima deficiente, sentimiento constante de desesperanza, falta de apoyo, etc. Esta información tiene como objetivo ser una fuente accesible de respuestas ante la situación que se enfrenta, ya que no es recomendable concentrar todos los esfuerzos en la detección del problema, sino empezar desde ya a aumentar la resistencia de los participantes a los factores que promueven un suicidio.

Para ello se ha utilizado como guía el programa "Trazando el Camino", que se inspira en los programas de prevención que desarrollan "Habilidades para la Vida", los cuales han sido puestos en práctica en diferentes países y se concentran en fortalecer a los adolescentes en habilidades que les capacite para enfrentarse a la vida en forma constructiva y con esperanza,

esto ha probado disminuir el consumo de drogas, promoviendo no el miedo hacia las consecuencias de su uso, sino resolver las situaciones que motivan a los jóvenes a usarlas.

Desarrollar en los jóvenes adecuadas habilidades para vivir podría motivar a que estos tomen decisiones acertadas al enfrentarse a problemas y situaciones de angustia, lo que ayudaría no solamente a que no usen drogas para escapar, sino a que no huyan por otras vías erróneas como el suicidio. Con esto se logra no sólo atacar el conflicto, sino sus raíces principales.

En Costa Rica el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia conjuntamente con el Ministerio de Educación Pública, propone y desarrolla el enfoque de la prevención integral del consumo de alcohol y otras drogas, el cual coincide con aspectos teóricos y filosóficos de "Habilidades para Vivir", lo cual se constituye en una estrategia para desarrollar dicho enfoque. Es por esta razón y después de revisar los diferentes documentos que son usados para poner en práctica este programa, que el proyecto utiliza algunos de sus postulados para llamar la atención de los jóvenes acerca de las habilidades que deben adquirir para una existencia plena y que pueda ser vivida satisfactoriamente.

Los siguientes fragmentos son tomados de las guías para el docente de octavo y noveno año de Trazando el Camino, debido a que son conceptos fundamentales para que los estudiantes tomen conciencia de



estas habilidades.

“Existen momentos en la vida en que debemos afrontar realidades dolorosas o amenazantes y tendemos a negar o evitar estas situaciones. En muchos casos el consumo de drogas es el resultado de evitar tomar conciencia de datos de nuestra realidad interna y externa que nos causan ansiedad, dolor, impotencia y sufrimiento”.(1)

“Muchas veces, enfrentarnos con nosotros mismos no es fácil y por esto optamos por la inconciencia y mecanismos de evasión, para escapar de la realidad por medio de las drogas, el sexo, el trabajo, etc. El temor al dolor, a la desilusión, al fracaso a lo desconocido hay que enfrentarlo, resolverlo y superarlo en un proceso”.(1)

Autoestima

Conceptualizada como los sentimientos e ideas que uno tiene de sí mismo.

“Para una persona con autoestima alta, los temores se convierten en oportunidades que le permiten enfrentarlos con confianza, y así favorecer el conocerse más íntimamente”.(1)

Con ello se puede establecer la importancia de una buena autoestima, ya que en el caso de su deficiencia el individuo reacciona ante los retos con miedo y desesperanza, lo que puede favorecer los estados de depresión que pueden culminar en un suicidio.

“Sin embargo una persona con autoestima

alta puede experimentar situaciones que le afecten en algún momento y la hagan sentirse mal con una autoestima baja”.(1)

Autoaceptación

Definida “ como la plena aceptación de sí mismo, convertirse en el mejor amigo de uno mismo. Como vencer las resistencias emocionales ya que puede ser difícil aceptar que no somos perfectos, que fallamos, que nos sentimos amados, que sentimos celos, enojo y envidia ”(1)

“Si reconocemos un obstáculo, lo aceptamos y tomamos una decisión de cambio, estamos en una mejor posición para resolverlo. Por ejemplo, negar que estoy en una situación de riesgo porque experimento con marihuana, tabaco o alcohol, solo logra aumentar mi situación de riesgo para desarrollar una adicción”(1)

Vivir con propósito

“La visión o propósito de futuro se convierte en el mejor precursor de éxito en la vida de las personas. De ahí que es sumamente importante definir metas claras y realistas, lo cual le dará sentido a nuestra vida y nuestros esfuerzos serán más productivos, todo lo cual redundará en una autoestima saludable. Primero hay que conocer qué quiero para mí mismo. Es vital que las metas que nos propongamos sean propias, pues debemos tener convicción de lo que queremos y creer en ellas, no por complacer a otros: (por ejemplo: cumplir los sueños de los padres y no los propios). Por ello es importante



explorar la propia conciencia, ser muy honesto consigo mismo para poder lograr una visión clara de cuál es el propósito de nuestra vida. Debemos desglosar o dividir cada meta en varios pasos ”.(1)

Toma de decisiones

“Un aspecto fundamental en la vida de una persona es el que se refiere a la toma de decisiones. Es decir, ese proceso emocional y racional de sopesar las circunstancias evaluando todas las alternativas y eligiendo alguna ”.(1)

“Una persona que no se conoce, que no se valore y no se respete así misma y a los demás probablemente evitará, negará o esperará a que pase la tempestad, metiendo la cabeza en la arena como el avestruz y no será capaz de tomar decisiones acertadas. El autoconocerse, autoaceptarse, valorarse y respetarse a sí mismo y a los demás y manejar una comunicación asertiva, se convierte en herramientas fundamentales al momento de vivir un proceso de toma de decisiones en situaciones de la vida diaria ”.(1)

Los fragmentos antes citados pueden resumir a grandes rasgos los conceptos principales en el desarrollo de habilidades para vivir, sin embargo es necesario aclarar que en el presente trabajo, sólo son brevemente mencionados, por lo que para su mejor difusión se debería contar con el desarrollo conjunto del programa “Trazando el camino” en los colegios.

Grupos de apoyo

“Con respecto a la naturaleza de las

relaciones se reconoce que todos tenemos la necesidad de aceptación de nuestros iguales (amigos, compañeros, sentirnos bien en el grupo) y evitar el sentirnos rechazados. Esta necesidad se vuelve más intensa en la etapa de la adolescencia porque los adolescentes pasan más tiempo con sus compañeros que con cualquier otro tipo de personas y grupos ”.(1)

El ingreso de los jóvenes a grupos donde se les ofrezca aceptación es clave en la realización personal, por ello, no encontrar un grupo afín o ingresar a un grupo negativo puede ser un factor agravante o detonante del suicidio, por lo que se debe tomar en cuenta a la hora de mencionar habilidades que promuevan su prevención. Para esto sin embargo, es necesario tener presentes los siguientes puntos.

“Los adolescentes enfrentan la presión de sus pares motivados por la necesidad de formar parte del grupo y de ser aceptados por sus miembros. En la mayoría de los casos pueden manejar la presión de sus pares cuando las situaciones son acordes con sus necesidades ”(1)

“En el caso de los grupos de apoyo negativos se irrespeta el derecho a ser ellos mismos y a tomar sus propias decisiones, por lo que se sienten presionados incluso a hacer cosas desagradables o peligrosas como delinquir o consumir drogas ”(1)

“La presión negativa del grupo hace que la persona se deje llevar sin más por los demás, por lo que se dice en el grupo,



pierde su libertad individual y tiene que hacer cosas no coherentes con sus criterios personales”(1)

“Estar en un grupo tiene muchos aspectos positivos. El más importante sería el de satisfacer la necesidad vital de relacionarnos, pero además de este aspecto, la inclusión en un grupo aporta otra serie de valores positivos básicos para el ser humano: favorece el autocontrol y el asumir responsabilidades comunes, sentirse amado y amar a otros, compartir, ser solidario, ceder ante otras opiniones, no ser egoísta, recibir apoyo en los momentos críticos, servir de compensación a problemas de relación con adultos y como defensa”(1)

La Pastoral Juvenil como opción

Entre las posibles opciones recomendadas por el proyecto y en íntima relación con la formación de grupos de apoyo positivos se encuentra la de invitar a los jóvenes participantes del proceso a visitar, conocer y participar de la experiencia pastoral orientada hacia jóvenes que se desarrolle en su propia localidad.

La experiencia de estos grupos en el ámbito de ayuda a la población juvenil de nuestro país es muy amplia, miles de jóvenes han pasado por los grupos juveniles adquiriendo en ellos, no solo compañía, sino guía, orientación y verdaderas motivaciones para vivir y salir adelante.

Antonio Hualde en su libro Pastoral Juvenil enmarca el objetivo de ésta como

un llamado al joven, donde se le invita a encontrar sentido a su propia vida, aspecto fundamental en la lucha contra el suicidio, se promueve el descubrimiento de sus potencialidades y el crecimiento de la persona en sí misma.

Se promueve: “Una formación de plenitud humana, personalizante, comunitaria, liberadora de todos los condicionamientos internos y de los externos que pudieran impedir el propio crecimiento. Adquirir la conciencia de ser dueño del propio destino y descubriendo la propia libertad como un medio de ser más cada vez, hacia una meta de trascendencia”(4)

En los grupos de Pastoral Juvenil se presenta la opción de buscar ayuda en diferentes personas, que aunque jóvenes, pueden ser fundamentales también en el reconocimiento y prevención del suicidio adolescente, este es el caso de los llamados “servidores”, “coordinadores” o “grupos de apoyo”, cuya función en este ámbito es entrar en relación amistosa de camaradería, aprecio y confianza con los integrantes, interesándose por ellos y por sus problemas, compartiendo sus angustias, participando en sus anhelos, identificándose con sus preocupaciones y brindándoles ayuda. Son muchas, en verdad las historias vivenciadas en estos grupos donde personas sin deseos de vivir y con intentos de suicidio anteriores, han encontrado no solo un apoyo firme en otros jóvenes, sino una verdadera razón para continuar luchando en sus vidas a pesar de las múltiples dificultades que enfrentan.

La influencia de los grupos en el ser



humano es palpable, somos frutos de nuestra propia pertenencia a grupos, además la posibilidad de relaciones interpersonales ayuda al individuo en alto grado.

En el campo educacional los grupos influyen mucho sobre todo en el aprendizaje intelectual y en la vida emocional. En este aspecto es importante recalcar que un sentimiento de bienestar y camaradería entre alumnos beneficia significativamente a un centro docente, así, si los jóvenes que asisten a él se sienten felices y satisfechos con ellos mismos, el ambiente de la escuela o colegio mejora. Por el contrario, lo que se está experimentando en los centros actualmente es fruto de la infelicidad y necesidades insatisfechas de los estudiantes, a los cuales es necesario ofrecer una vía adecuada para el bienestar de su situación, o al menos una ayuda significativa en los conflictos que enfrentan.

La problemática que se vive actualmente en los centros educativos de nuestro país se fomenta definitivamente en la falta de directrices claras para los jóvenes, que sean enseñadas con respeto, conocimiento y amor. La actitud adolescente no deja de ser sólo un signo del vacío existente en la persona, que trata de llenar infructuosamente en pandillas, "barras", o por medio de drogas u otras actividades no sanas. Es por esta razón que no debemos buscar más la razón de que nuestros jóvenes no quieran vivir, la respuesta está frente a nuestros ojos.

La adhesión a grupos juveniles, como

pastorales, grupos evangélicos, guías y scouts, juventud cruzrojista y otros no debe entenderse como la obligación de pertenecer a ellos, este no es el objetivo, sino que lo que se pretende con el proyecto es la cordial invitación de los jóvenes a visitarlos para que ellos mismos, según sus necesidades y preferencias puedan identificarse con una causa que les ayude, en compañía de otros jóvenes a encontrar su propio sentido de la vida.

La búsqueda del sentido

Para cumplir los objetivos del proyecto se requiere verdaderamente poner en práctica una serie de estrategias que logren, como se ha expuesto, primero, detectar a los individuos de una población que tengan un mayor riesgo de suicidio para luego llevar a cabo medidas que puedan ayudarle a salir adelante, como la atención de un profesional de salud, ya sea en la rama médica de la psiquiatría u otras como psicología y trabajo social.

Sin embargo, el proyecto también busca tener un fundamento ideológico que permita dar a los participantes una visión clara acerca de las soluciones del problema. En el caso del suicidio, la ausencia del imprescindible sentido del vivir es lo que lleva a tomar esta decisión, por lo que es de suma importancia que tanto los que buscan ayudar, como los que necesitan esta ayuda, comprendan el especial énfasis que debe hacerse en conseguir una motivación para seguir viviendo, ya que esto es lo único que puede asegurar que una persona logre vencer, por completo y a largo plazo,



los sentimientos de desesperanza que desembocan en la autoeliminación.

Para este fin se utilizará la mención de algunos conceptos expuestos en la obra “El hombre en busca de sentido”, del Dr. Víctor E. Frankl, psiquiatra y escritor, considerando que sus aportes ideológicos pueden ser de gran utilidad para llevar a cabo el proyecto, no solo en el momento de la charla, sino en las entrevistas con los estudiantes, recordando la necesidad de estos de recibir palabras de apoyo y motivación.

El Dr. Frankl explica, en este libro, la experiencia que lo llevó al descubrimiento de su teoría de la logoterapia, cuyo cometido, precisamente, de ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida, haciéndolo conciente de lo que anhela en lo más profundo de su ser. Este tipo de terapia se fundamenta en penetrar en la dimensión espiritual (significación, sentido) de la existencia humana.

Este médico, que fue prisionero en los campos de concentración alemanes por mucho tiempo, pudo llegar a la conclusión de que el ser humano puede enfrentarse a las situaciones más dolorosas aún si tan solo queda la esperanza, un motivo, un por qué vivir. Nos enseña, a través de su desgarradora historia, que aún cuando al hombre ya solo le quede su “existencia desnuda”(3), éste es capaz de trascender las dificultades y descubrir razones (personas, talentos, habilidades, recuerdos) para vivir. Así, si se logran descubrir estas motivaciones en estas personas, se tendrá también razones por las cuales impulsarlas a seguir viviendo.

“Quien tiene un por qué para vivir, encontrará casi siempre un cómo” Nietzsche. Esta frase es utilizada por el Dr. Frankl para explicar que fueron los que tenían una tarea aún por realizar en sus vidas, precisamente, los que regresaron de los campos de concentración; los que se dejaron hundir en la desesperanza murieron, no tenían ya por qué vivir.

Para el doctor Frankl, “lo que el hombre realmente necesita no es vivir sin dificultades, sino esforzarse por una meta que le merezca la pena”, por ello, la ayuda se debe orientar a la formación de un sentido de vida y así reducir lo que llama “vacío existencial”. Según comenta: “No es comprensible que se extiendan tanto los fenómenos del alcoholismo y la delincuencia juvenil a menos que reconozcamos la existencia del vacío existencial que les sirve de sustento”(3)

“No deberíamos buscar un sentido abstracto de la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Por tanto ni puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla”(3)

Si se pudiera lograr que los jóvenes a quienes llegue este proyecto amplíen su perspectiva acerca de su propia existencia se lograría ya un primer paso muy importante en los que presentan riesgo, y asimismo, se beneficiaría de gran manera a los demás, previniendo, futuras situaciones de riesgo y promoviendo que ellos mismos sean capaces de interactuar y motivarse mutuamente.

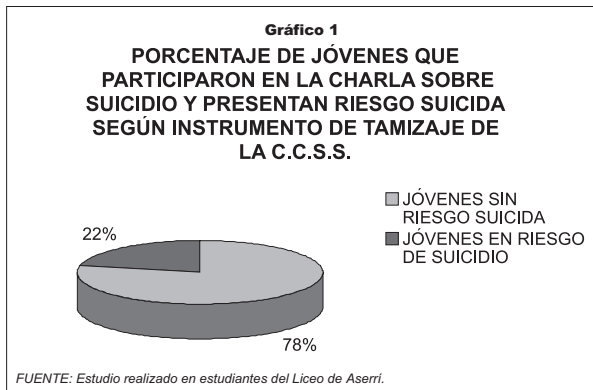
Análisis y resultados

A continuación se analizará por medio de diversos cuadros ilustrativos los datos principales recopilados en la realización del Proyecto de Prevención que se llevó a cabo en el Liceo de Aserri.

Se realizaron tres charlas por separado en tres grupos de décimo año (10-3, 10-4 y 10-

6). El test de tamizaje de la C.C.S.S y el test de Zung fueron aplicados luego de finalizar la presentación.

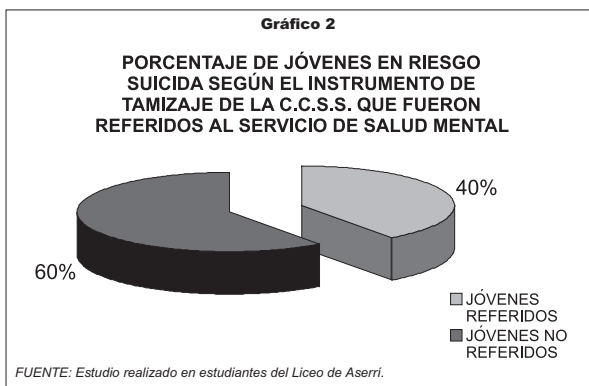
Se incluyen también los datos obtenidos de las entrevistas con los jóvenes citados por recomendación de los orientadores, quienes también realizaron los test antes mencionados.



Un total de 69 estudiantes recibieron la charla, de los cuales, 15 (22%) presentaron riesgo de suicidio. Este riesgo se consideró a partir de la afirmación de la pregunta 7 u 8 del test, en las que se cuestiona al estudiante sobre si ha tenido deseos de morir o matarse en los últimos 12 meses o si se ha intentado suicidar en los últimos 12

meses, respectivamente.

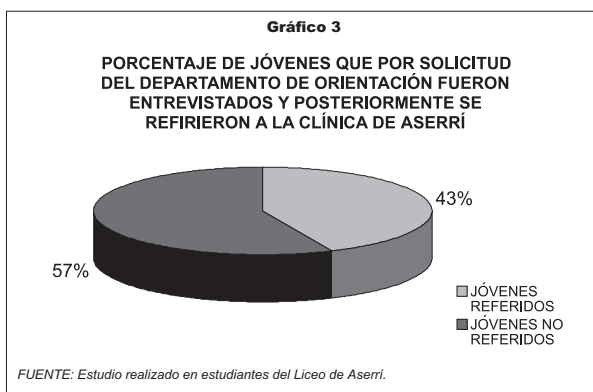
Así, podemos observar que casi una cuarta parte de estos jóvenes habían pensado en matarse o morir. Analizando los test, se pudo encontrar que dos de las estudiantes habían además, intentado suicidarse en los últimos doce meses.



Los jóvenes que recibieron la charla y que se encontraron con un riesgo positivo de suicidio fueron posteriormente entrevistados para evaluar la necesidad de ser referidos al Servicio de Salud Mental de la Clínica de Aserrí. De un total de 15, fueron referidos 6 (40%), para esto fueron tomados en cuenta por los médicos internos los factores de riesgo que el individuo asociara, si se contaba con un plan, el método, la

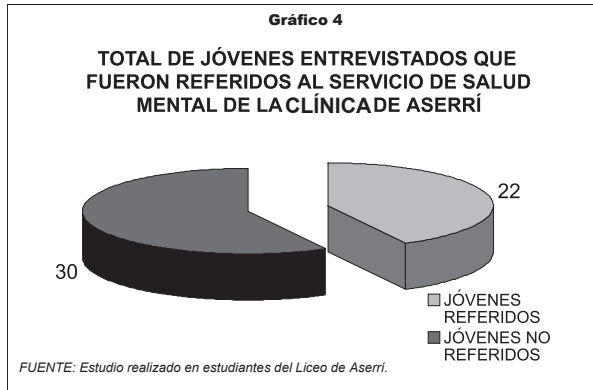
presencia o ausencia de apoyo, y otros elementos especificados ya en el marco teórico.

Por lo tanto, se puede observar que un importante porcentaje de los adolescentes detectados en riesgo necesitaron la intervención profesional de un médico un psiquiatra o trabajador social para afrontar su problemática.



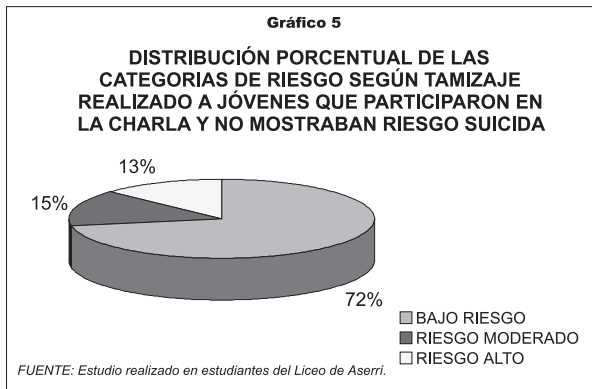
De un total de 37 jóvenes entrevistados por los médicos internos y que fueron citados por los orientadores de la institución, 16 (43%) fueron referidos a la Clínica de Aserrí, estos datos

reflejan la importancia de la colaboración del personal docente para detectar posibles casos de riesgo inminente en el centro educativo, que no pueden esperar a la exposición de la charla para



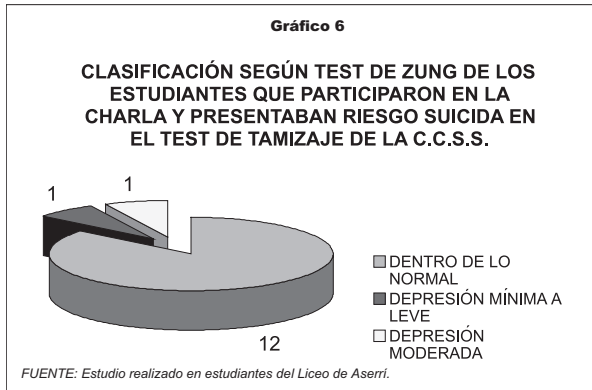
Para enfatizar la importancia de la detección temprana de los casos se presenta en este cuadro el total de jóvenes que fueron entrevistados en el colegio (52) y el total que fueron referidos

(22), lo que nos indica que el 42% de los estudiantes detectados necesitaron ayuda profesional debido al riesgo o problemática presentada.



Es importante tener presente que en los jóvenes que no fueron detectados con riesgo suicida se pueden encontrar otros factores importantes (drogadicción, relaciones sexuales a temprana edad) que

son considerados riesgosos, por lo que es necesario buscar otros medios para influir positivamente en sus problemáticas.



Según el test de Zung que se aplicó en todos los estudiantes que recibieron la charla y fueron posteriormente entrevistados, solo 2 de los 14 presentaban depresión de mínima a leve (50-59 pts) y moderada (60- 69 pts), los demás (menos de 50 pts) se consideraron dentro de rangos normales, sin psicopatología. Los dos casos en que hubo puntuación mayor de 50 fueron precisamente las 2 jóvenes que habían intentado suicidarse recientemente. Sin embargo, todos los demás estudiantes, aun los que tuvieron presente la idea de suicidarse registraron una puntuación menor a 50, considerado dentro de lo normal.

UNIFICACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se procederá a analizar el último reporte del presente proyecto, el cual pretende unificar el trabajo realizado durante aproximadamente 7 meses por parte de los médicos internos que realizaron el internado de Salud Comunitaria en la Clínica

de Aserri durante el segundo, tercero y cuarto bloques, para así contar con una muestra mayor y más significativa de adolescentes y tener una visión más fidedigna de la situación actual de dicha población.

Se procedió a la aplicación del Test de Tamizaje de Adolescentes de la CCSS y el Test de Zung, así como también la realización de entrevista a aquellos estudiantes que presentaban un riesgo alto en alguno de los test realizados, muy en especial si se detectaba riesgo suicida en el adolescente. Además se incluyen aquellos casos de riesgo detectados por los médicos internos de los diferentes bloques pendientes de evaluar que fueron citados para darle continuidad al proyecto.

Los datos obtenidos de las entrevistas con los jóvenes citados por recomendación de los orientadores, quienes también realizaron los test antes mencionados, se decidieron omitir de los resultados que se presentan a continuación debido

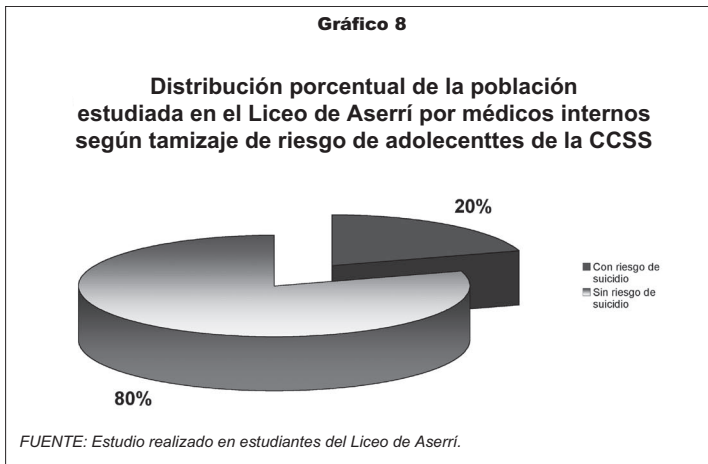
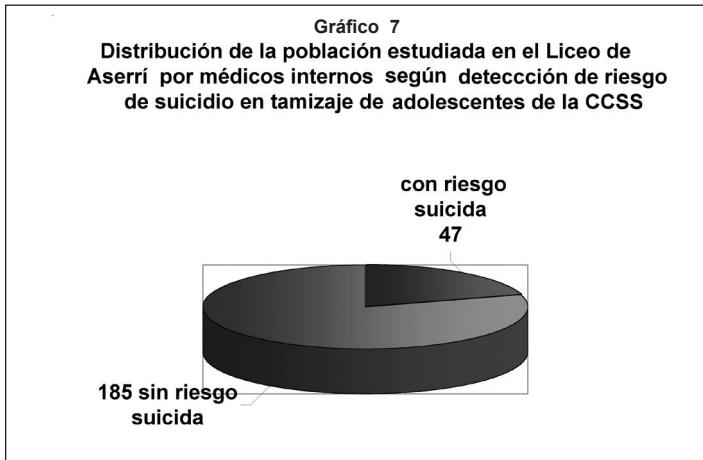


a que este grupo de jóvenes no se encuentra dentro de la población en estudio del presente trabajo.

En el proyecto se evaluaron un total de 232 alumnos de décimo año del Liceo de Aserri de los cuales 47 presentaron riesgo de suicidio según la aplicación del Test de Tamizaje de la CCSS, lo cual equivale a un 20% de la población en estudio. Los 185 estudiantes restantes

no presentan riesgo de suicidio. (Ver gráficos 7 y 8)

Este riesgo de suicidio se consideró a partir de la afirmación de la pregunta 7 u 8 del test, en las que se cuestiona al estudiante sobre si ha tenido deseos de morir o matarse en los últimos 12 meses o si se ha intentado suicidar en los últimos 12 meses, respectivamente.

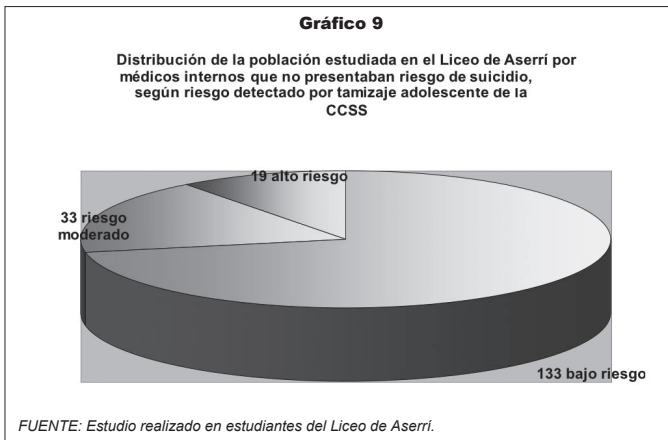


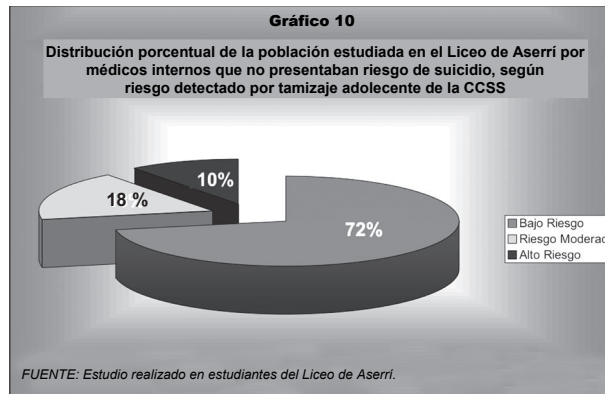
Como se aprecia en los gráficos anteriores (Gráficos 7 y 8) los datos anteriores coinciden con la problemática actual que se vive en Costa Rica y en el resto del mundo con respecto al suicidio, ya que en las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de muerte en adolescentes en donde el suicidio representa la tercera causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y 24 años, después de accidentes y homicidios. Por ejemplo en Costa Rica se tiene una tasa de 7-8 suicidios por 100 000 habitantes.

Además si se comparan los resultados obtenidos de este proyecto con el estudio realizado en todo el país por la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños en donde se analizaron a más de 7 000 estudiantes de décimo y undécimo

año, en el cual se comprobó que en un 23 por ciento de los adolescentes existen niveles significativos de desesperanza, sentimiento que precede al suicidio en casi la totalidad de los casos. Este porcentaje coincide con los datos obtenidos en el presente proyecto donde el 20% de la población del estudio se encuentra en riesgo de suicidio según el Tamizaje de Riesgo de Adolescentes de la CCSS.

De los 185 estudiantes que no presentaron riesgo de suicidio por no cumplir con los hallazgos antes mencionados, se determinó que se distribuyen de la siguiente manera: 133 estudiantes corresponden a bajo riesgo, lo cual equivale a un 72% de este grupo, 33 casos de riesgo moderado que corresponde a un 18% y los otros 19 presentan alto riesgo, equivalente a un 10%. (Ver gráficos 9 y 10)





Conclusiones y recomendaciones

Seguidamente se presentan una serie de conclusiones con respecto a los resultados obtenidos en el trabajo realizado y se exponen recomendaciones para la continuación del proyecto a partir de la experiencia de su primera aplicación en el Liceo de Aserrí.

- Los métodos utilizados como estrategias (charla, entrevista, test) mostraron ser efectivos para la detección por lo que recomendamos que se sigan utilizando según lo especificado en el trabajo escrito.
- Preparar adecuadamente al personal docente de la institución es fundamental, considerando su continua relación con estos jóvenes, por ello consideramos que la charla debería de brindárseles lo más pronto posible a ellos también.
- Sugerimos continuar, en el próximo bloque de internado con la charla a nivel de décimos años y posteriormente undécimos años. Se ha confirmado la buena aceptación del proyecto por los

estudiantes, por lo que sería importante brindar esta oportunidad a los que están más cerca de terminar su etapa colegial.

- La charla, en el caso que de que sea muy difícil continuar presentándola grupo por grupo, podría, a nuestro parecer brindarse conjuntamente a varios grupos a la vez, preferiblemente del mismo nivel, utilizando el Gimnasio. Sin embargo, advertimos que esto podría afectar la confianza que se logra al trabajar con un solo grupo en privacidad, por lo que hay que evaluar el “costo-beneficio” adecuadamente. Según la experiencia vivida en los bloques tercero y cuarto no se recomienda esta modalidad debido a la posible dificultad que constituiría el trabajar con grupos grandes, lo que afectaría fuertemente los resultados.
- Es necesario hacer partícipes a los padres de familia de la solución, no solo preparándolos en el tema, sino motivándolos a ayudar a sus hijos por medio de su cariño y comprensión.



Recordemos que gran cantidad de la problemática del adolescente se encuentra en su propio hogar.

- Según el análisis de los resultados, el test de Zung es de gran utilidad para detectar casos de riesgo suicida, ya que al analizar la muestra de estudiantes en el segundo bloque que se consideraron con riesgo después de la entrevista, sólo cuatro adolescentes no fueron detectados por el test de Zung, lo que implica una sensibilidad del 83,3%. Por lo tanto se recomienda su uso como aporte al test de tamizaje.
- El test de tamizaje de la CCSS, a nuestro parecer podría afinarse para una mejor detección y evaluación de la depresión y el riesgo suicida, por lo que en el futuro sería adecuado contar con un instrumento más sensible.
- Consideramos que coordinar la realización de actividades (convivios) con grupos de apoyo como la Pastoral juvenil local sería de gran beneficio para la motivación de estos jóvenes a ser partícipes de los mismos.
- Se recomienda realizar actividades de una dinámica similar al presente trabajo en forma integral con el resto de los profesionales en salud de la Clínica de Aserri, abarcando otros temas importantes para la población estudiantil como por ejemplo sexualidad y métodos de planificación, drogas, alcohol y tabaco, entre otros, ya que ellos mismos han expresado su interés.

- Adecuación de un espacio permanente con mayor privacidad y que cumpla con los estándares de calidad para la realización de la consulta integral del adolescente. Para esto se necesitan instrumentos básicos como camilla, ropa blanca, otoscopio, oftalmoscopio, estetoscopio, esfigmomanómetro, papelería, archivo con llave y equipo para peso y talla.
- Dar seguimiento a los casos evaluados que ameritaron referencia al Comité de Salud Mental dando prioridad a los casos con riesgo suicida.
- Recomendamos no iniciar las charlas a otros niveles del Liceo de Aserri sin antes no haber evaluado a todos los casos en riesgo, que se encuentran pendientes de valoración en décimo año.
- Sugerimos continuar, en el próximo bloque de internado con la charla a nivel de undécimos años, ya que se ha confirmado la buena aceptación del proyecto por los estudiantes, por lo que sería importante brindar esta oportunidad a los que están más cerca de terminar su etapa colegial.
- Tomando en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial consideramos necesario recalcar la importancia, a partir de esta experiencia, de capacitar a los médicos para identificar signos y síntomas de tensión física, social y emocional que indiquen o estén relacionados con el suicidio en la población adolescente, para evaluar el riesgo de los mismos y evitar así muertes que pueden



prevenirse.

- También es primordial que en un país como el nuestro se implementen sistemas de atención médica que permitan el uso de servicios de consulta de salud mental destinados a evitar el suicidio y en los que se incluya la atención médico social a pacientes que hayan intentado suicidarse.
- En nuestro criterio, el proyecto presentado expone una forma práctica de lograr esta recomendación de la sociedad Médica Mundial, por lo que esperamos pueda implementarse con éxito en otros centros educativos, y retroalimentarse del conocimiento que se obtenga en otras localidades, para lograr así una mejor atención y un mayor impacto en la sociedad costarricense.

Revisión crítica de la experiencia

La experiencia vivida a raíz de la aplicación de este plan piloto en el Liceo de Aserrí ha sido sumamente enriquecedora para nosotros, ya que al interactuar en una forma más personal con los jóvenes del centro, no sólo pusimos en práctica los conocimientos adquiridos en lo que respecta a la detección del riesgo en adolescentes, sino que al mismo tiempo pudimos madurar nuestra perspectiva de la relación médico-paciente, tan necesaria hoy en día y lo que consideramos como uno de los objetivos principales del bloque de Salud Comunitaria.

Es precisamente en este bloque del internado de medicina donde se insta al

futuro médico, a tener interacción mayor con la comunidad y donde se nos trata de sensibilizar acerca de las realidades humanas de nuestro entorno. Por ello consideramos fundamental en nuestra práctica realizar un trabajo de calidad que no solamente nos acerque a la población joven, sino que es nuestro deseo colaborar con la formación de una mejor calidad de vida para estas personas a través de un proyecto práctico, con metas claras y resultados palpables, que pueda aplicarse (gracias a de la experiencia de Aserrí), a otros colegios, con el fin no sólo de salvar vidas, sino de mejorarlas.

El proyecto, hubiera sido imposible de realizar sin la visión integral de la salud que tiene el personal de la Clínica de Aserrí, especialmente en las especialidades de Trabajo Social y Psiquiatría, áreas fundamentales, ya que por medio de sus servicios se pudo brindar a los jóvenes un proceso más completo de acuerdo con sus necesidades aún y cuando esto significara un esfuerzo mayor al que normalmente se realiza. Por esta razón, este tipo de trabajo, para poder llevarse a cabo, necesita del compromiso personal y de la vocación de los profesionales de las Clínicas, EBAIS y Áreas de Salud, entre otros.

No menos importante es la visión de los directores, orientadores y grupo docente de los centros educativos en los que se pueda realizar. En el caso del Liceo de Aserrí, pudimos encontrar un apoyo que nos impresionó sobremanera, desde el primer día hasta el último contamos con el trabajo unido del personal para la óptima realización del proyecto. Esto



fue motivado por el genuino interés de los colaboradores en la problemática de los alumnos de esta institución, no se escatimaron recursos para poder ofrecerles a estos la mejor atención posible lo que demuestra la magnitud del compromiso de los educadores para con sus estudiantes. Para que el proyecto tenga un impacto positivo importante en los jóvenes debe contar, necesariamente, con el apoyo del colegio, con una apertura hacia nuevas ideas y con esperanza, aspectos que afortunadamente, se lograron obtener en esta primera experiencia.

Con respecto a la realización del proyecto, la primera y segunda semanas fueron dedicadas a las entrevistas con estudiantes citados por los orientadores, ya que estos, a través de su convivencia con los muchachos, conocían situaciones de riesgo en ellos que podían estar relacionadas a ideación suicida.

La tercera semana se dedicó a la realización de tres charlas en tres grupos diferentes, la experiencia en las presentaciones fue muy satisfactoria, ya que los asistentes, aunque inquietos por naturaleza, pudieron, a nuestro parecer comprender adecuadamente el mensaje que se quería brindar. Pensamos que se logró captar la atención en gran medida por varios aspectos, la importancia del tema, la ejemplificación con casos reales, las imágenes visuales, el lenguaje accesible, y la confrontación por medio de preguntas claves como: ¿Sos feliz?, ¿Te ha pasado a ti?, ¿Te has sentido así alguna vez?, ¿Te ha pasado por la mente?, entre otros. Consideramos importante recomendar

que durante la charla siempre esté un profesor u otra figura de autoridad, para guardar el orden.

Queremos recalcar que durante la presentación se logró tener un ambiente de confianza, lo que permitió que los muchachos pudieron hacer preguntas sobre el tema y que en una ocasión, dos de las jóvenes con problemática más seria se acercaran a pedir ayuda sin necesidad de citarlas. Por otra parte encontramos que en casi la totalidad de las entrevistas se logró establecer un vínculo adecuado con los jóvenes considerados en riesgo, más por el hecho de que en verdad estaban deseosos de poder comentar con alguien sus inquietudes y recibir alguna ayuda o consejo. La respuesta en general fue muy buena y según comentaron, hablar con el médico interno fue de mucha ayuda en la mayoría de los casos. Algo curioso fue el interés de varios jóvenes para que otros de sus amigos recibieran la charla y la entrevista, ya que conocían varios casos de ideación suicida y sentían que así como se les estaba ayudando a ellos, se podría lograr con los demás.

Se llevó un registro de los jóvenes entrevistados con el propósito de entregar una lista de los mismos al colegio, para fomentar con esto, que se lleve, por parte de la institución un seguimiento más adecuado de estos estudiantes, verificando que asistan a las citas médicas y observando el progreso de los mismos. Se registraron también los casos entrevistados en hojas de evolución, esta información quedará en la clínica para su uso posterior en caso de ser necesario,



por quienes deseen continuar con el proyecto.

Es de nuestro agrado comentar que en varios de los casos se les pudo ofrecer una ayuda importante que dio sus frutos muy rápidamente, algunos jóvenes que recibieron la entrevista y la consejería comentaron sentirse más tranquilos y con ideas más ordenadas con respecto a su futuro.

Queremos compartir el caso de dos jovencitas, una de ellas tenía diversos problemas en su hogar y había intentado en varias ocasiones quitarse la vida. Comentó que sabía donde su padre guardaba un arma, y que no entraba a menudo al cuarto del mismo porque sabía que si tomaba el arma se mataría, ella fue vista por el psiquiatra de la Clínica y recibió mucha ayuda, según confirma, en esta consulta. El otro caso corresponde a una jovencita con problemas depresivos ya diagnosticados, intentó suicidarse arrojándose a un auto en movimiento dos días antes de terminar el trabajo en el colegio, pero gracias a la confianza que logró adquirir pidió ayuda, fue referida de emergencia al Departamento de Psiquiatría de la Clínica, donde se le pudo brindar apoyo oportuno.

Por último el personal del colegio mostró su agradecimiento por los logros alcanzados y se quedaron muy interesados en continuar con el trabajo, así como en afianzar las relaciones con la Clínica de Aserrí, poniendo en práctica otros proyectos, como una consulta médica en el colegio y talleres para padres.

Para concluir queremos expresar nuestra satisfacción al cooperar en la lucha contra el suicidio juvenil. La motivación de hacer el proyecto surge de tomar la iniciativa en una problemática tan grave, debemos mirar más allá que la mayoría de las personas, debemos creer firmemente que no hay esfuerzo que no de resultado, y aunque éste sea mínimo, lo importante es hacer lo que creemos correcto, dejando atrás el pesimismo y teniendo confianza en Dios y en las demás personas, ya que trabajando unidos verdaderamente podemos lograr un cambio en la vida de nuestros jóvenes.



Agradecimientos

- Lic. Liliana Mejía. Trabajadora Social de la Clínica de Aserrí.
- Dr. Eduardo Abarca. Médico Psiquiatra de la Clínica de Aserrí.
- Dr. Javier Céspedes V. Director de la Clínica de Aserrí.
- Personal docente y administrativo del Liceo de Aserrí.
- Departamento de Orientación del Colegio de Aserrí.
- Dr. Marco Díaz Alvarado. Director del Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA)
- Dra. Giselle Amador Muñoz(IAFA)

Nota:

Para mayor información sobre el Proyecto o interés de aplicarlo en otras áreas de salud y colegios, pueden comunicarse al 295-2299/223-8948 (PAIA) con Dr. Mauricio Campos o Dr. Marco Díaz.

BIBLIOGRAFÍA

Brenes, Valverde, Zúñiga 2001. Trazando el Camino, 9o año. Guía para el docente. 1o Edición. San José, Costa Rica

Frankl V. 1998. El hombre en busca de sentido. 19o Edición. Herder. Barcelona. España
Hualde, A 1991. Pastoral Juvenil. Bogotá, Colombia: 2o Edición. Ediciones Paulinas. Bogotá, Colombia

Kaplan 1994. Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: 7o Edición, Editorial Medica Paramericana. Buenos Aires Argentina.

- <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolesc.htm>
- <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/suicide.htm>
- <http://www.nacion.com/dominical/2001/julio/15/dominical15htm>
- <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/depres3.html>
- <http://www.familymanagement.com/facts/spanish/apuntes10.html>
- http://www.wma.net/s/policy/10-23_s.html
- <http://monografias.com/trabajos10/suiad/suiad.shtml>