

Extracto del Programa de apoyo a padres y madres de la Junta de Andalucía

Problemas de ajuste durante la adolescencia

introducción

En esta sesión vamos a trabajar sobre algunas de las manifestaciones más problemáticas de la conducta adolescente, y que normalmente originan mucha preocupación tanto a los chicos y chicas como a sus familias. Concretamente, vamos a analizar la depresión y las tendencias suicidas, los trastornos de la alimentación y las conductas de riesgo que pueden ocurrir coincidiendo con los años de la adolescencia. Pero antes de continuar debemos hacer un par de matizaciones. En primer lugar, es justo indicar que debido a la gravedad de las situaciones que vamos a tratar en esta sesión, y aunque demos alguna información a padres y madres acerca de cómo prevenir en la medida de lo posible la aparición de dichos problemas, cuando exista cualquier sospecha deberemos recomendar siempre la consulta a un profesional.

Por otro lado, es importante dejar claro que afortunadamente, son muchos los jóvenes que no experimentan ninguno de estos problemas, siendo capaces de afrontar de forma adecuada los retos y tareas propios de esta etapa evolutiva. De hecho, los problemas que vamos a considerar en esta sesión deben ser entendidos como un continuo que todas las personas experimentan en mayor o menor medida. Por ejemplo, la mayoría de nosotros habremos experimentado durante nuestra vida síntomas como tristeza, desesperanza, preocupación por el sobrepeso o necesidad de realizar conductas de riesgo, sin embargo, la mayoría probablemente no ha padecido ninguno de los trastornos que vamos a describir.

Así mismo, algo que veremos reiteradamente durante la sesión es que debido a su complejidad, estos problemas no tienen ni respuestas ni explicaciones simples. Analizaremos que normalmente son muchas las fuentes de influencia, y que diferentes combinaciones de estos factores repercutirán de forma diferencial en los chicos y chicas en función de variables personales y sociales. Por ejemplo, veremos que la presencia de situaciones vitales estresantes puede ser un factor de riesgo para la depresión, las tendencias suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria, aunque los y las adolescentes más deprimidos, que intenten suicidarse o que presenten anorexia o bulimia nerviosa no tienen por qué ser aquellos que más estrés experimenten.

Finalmente, y antes de desarrollar los tres grandes bloques que componen la novena sesión (depresión y tendencia suicida, trastornos de la alimentación y conductas de riesgo durante los años adolescentes), vamos a dedicar unas líneas a recordar algunos aspectos ya vistos en otras sesiones del programa y que hacen referencia a sentimientos y emociones que de forma normativa pue-

den estar presentes en nuestros y nuestras adolescentes.

Los chicos Y chicas Y sus emociones

Ya hemos tenido ocasión de comentar que los primeros años de la adolescencia suponen un momento de estrés para los chicos y las chicas. Además de los cambios puberales, los que se producen en el contexto educativo, o el inicio de las relaciones de pareja, la adolescencia es el momento en el que chicos y chicas comienzan a ser capaces de pensar sobre su futuro y a preocuparse por él. Creemos que la siguiente frase de Steinberg y Levine (1997), resume muy bien esta idea: *«La preocupación es el resultado de saber que hay un futuro. Cuando pensamos sobre el futuro y vemos que puede ser incómodo, desagradable o incluso peligroso, las personas nos preocupamos. Si bien niñas y niños no piensan mucho más allá de su presente, los adolescentes sí lo hacen».*

Las fuentes de estrés presentes en los primeros años de la adolescencia hacen que chicas y chicos puedan sentirse especialmente vulnerables y que manifiesten su malestar de diferente forma. De hecho, madres y padres saben que durante estos años no es raro que sus hijos e hijas cambien repentinamente de humor -por motivos a veces completamente incomprensibles- o que muestren un celo feroz por su privacidad.

Ante estas reacciones madres y padres deben tener en cuenta una serie de aspectos. En primer lugar, ser conscientes de que son completamente normales. Por otro lado, aceptar que ellos -los progenitores- pueden ser el objetivo del malestar adolescente porque el hijo o la hija sabe que normalmente el amor de sus madres y padres es incondicional y que lo seguirán teniendo haga lo que haga. De hecho, no sería extraño que chicos y chicas «descargaran» en casa la frustración vivida en otros contextos. Así mismo, padres y madres deben intentar ser comprensivos y tremendamente respetuosos con las emociones y sentimientos de los y las jóvenes, sin hacerles sentir que se preocupan por tonterías o que sus problemas no son realmente importantes. Al mismo tiempo, es conveniente que sean receptivos y que escuchen a sus hijas e hijos siempre que quieran hablar, intentando no presionarles para que lo hagan. Finalmente, es fundamental hacerles sentir que en casa van a tener apoyo y ayuda cuando lo necesiten.

Todo lo anterior requiere al mismo tiempo que se pongan límites y que no se sea permisivo con la falta de respeto o las «malas formas». En el caso de que esto ocurra, padres y madres, más que reñir o reprochar, deberían intentar hacerles ver -quizás no en el mismo momento, sino cuando el chico o la chica se muestre más receptivo- que el sentirse mal o confundido no es una excusa para ciertos comportamientos, y que ciertas reacciones no son tolerables.

◆ ◆ **proBLEMAs de AJuste durAnte LA AdoLescenciA**

El malestar emocional al que estamos haciendo referencia pueden sentirlo la mayoría de las chicas y chicos con la llegada de la adolescencia. Sin embargo, las fronteras entre este malestar general y los problemas psicológicos más severos de los que vamos a hablar a continuación, no están siempre claras. De hecho, hay un punto en el que el mal genio, la tristeza o los cambios de humor dejan de ser normativos y se convierten en auténticos problemas psicológicos.



Problemas de ajuste durante la adolescencia: Depresión y Tendencias suicidas

depresión Y tendencia suicida durante Los Años AdoLescentes

Hablar de depresión durante la adolescencia es complicado por diferentes motivos. A nuestro juicio, dos son los más destacables. Por un lado, la confusión terminológica, ya que cuando hablamos de *depresión* podemos estar haciendo referencia a aspectos muy diferentes, que van desde un sentimiento transitorio de tristeza, hasta un trastorno psicopatológico grave, pasando por un estado de ánimo más general de *distimia* o apatía que cursa con síntomas como fatiga o problemas de sueño. La otra gran dificultad hace referencia a las lagunas existentes sobre el tema, ya que aún existen muchas cuestiones sin respuesta sobre la depresión infantil y adolescente. A pesar de todo, vamos a intentar en los párrafos que siguen aclarar un poco la confusión terminológica, señalando los principales síntomas del trastorno depresivo y dando datos de prevalencia, esto es, del porcentaje de población adolescente que padece el problema. Por otro lado, analizaremos las principales causas del trastorno depresivo y sus consecuencias, destacando las tentativas de suicidio, tema al que dedicaremos también algunos párrafos.

qué es LA depresión: síntoMAs Y cAusAs

La depresión es una patología que se caracteriza fundamentalmente por un estado de ánimo triste, asociado frecuentemente a sentimientos de angustia, y al que acompañan a menudo desesperanza, falta de ilusión por vivir, ideas negativas sobre uno mismo o tendencias suicidas. También suele ser frecuente la disminución de apetito -o de peso-, la aparición de problemas de sueño, la dificultad de concentración, la disminución del impulso sexual y algunos síntomas físicos como dolores de cabeza, musculares o trastornos digestivos. Podemos decir que la depresión es un trastorno psicológico importante que se debe diferenciar de los sentimientos de infelicidad, abatimiento o desánimo que todos hemos sufrido alguna vez a lo largo de nuestra vida.

♦

♦
♦

◆◆ **proBLEMAs de AJuste durAnte LA AdoLEscenciA**

La clasificación más utilizada en la psicología y psiquiatría a la hora de identificar los problemas mentales es la recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los *Trastornos Mentales* (DSM IV). Este manual identifica una serie de trastornos, a los que denomina *Trastornos del Estado de Ánimo*, que incluyen además de otros, los denominados *Trastornos Depresivos*. En esta categoría de *Trastornos Depresivos* aparecen dos cuadros diferentes, el *Trastorno depresivo mayor* y el *Trastorno Distímico*. Ambos cuadros tienen básicamente la misma sintomatología (ver cuadro 9.1), estableciéndose su diferencia en función de la duración o gravedad. Normalmente la *Depresión mayor* consiste en uno o más episodios depresivos intensos y concretos en el tiempo, mientras que la *Distimia* se caracteriza por ser un síndrome depresivo más leve y crónico, que se ha mantenido durante al menos dos años, uno en el caso de niños y niñas adolescentes.

Sintomatología básica de los Trastornos Depresivos **Trastorno Depresivo Mayor. Trastorno Distímico**

- Estado de ánimo triste o irritable en el caso de niñas, niños y adolescentes.
- Falta de interés por la mayoría de las actividades.
- Pérdida importante de peso o apetito.
- Alteración del sueño.
- Disminución de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultades de concentración.
- Ideas de muerte recurrentes.

Cuadro 9.1: Sintomatología básica de los Trastornos Depresivos

Conviene resaltar que, mientras que el principal síntoma de la depresión mayor es el sentimiento de angustia y el estado de ánimo triste y abatido, durante la infancia y la adolescencia la depresión puede estar asociada a irritabilidad e incluso a conductas agresivas y delictivas. Esto puede provocar que algunos trastornos depresivos sean de difícil detección, y que la depresión adolescente sea infravalorada. Además, el estereotipo de la chica o el chico adolescente triste o emocionalmente inestable y recluso durante horas en su habitación, contribuye a que padres y madres puedan considerar el estado de ánimo del chico o la chica como normal. No obstante, insistimos en que la depresión es un trastorno y que debe ser tratado como tal, por lo que debemos prestar atención a sus posibles síntomas durante la adolescencia.



Frecuencia de Los trastornos depresivos en LA Adolescencia

Los estudios que analizan la frecuencia de los trastornos depresivos en la población adolescente no aportan datos definitivos. No obstante, un informe publicado el año 2003 por la Dirección General de Salud Pública indica un porcentaje del 4% de depresiones mayores entre los 12 y los 17 años y un 9% entre los y las jóvenes de 18. Aunque la *Depresión mayor* y la *Distimia* no son muy frecuentes entre la población adolescente, los síntomas depresivos sí lo son. Algunos estudios realizados en Estados Unidos señalan que entre los 11 y los 13 años un 28% de chicas y un 25% de chicos afirman haberlos padecido, y que entre los 14 y los 18 años estas cifras aumentan hasta alcanzar un 59% en el caso de las chicas y un 40% para los chicos.

Si bien no existe un acuerdo total respecto a las cifras exactas, en lo que sí coinciden la mayoría de los trabajos es en que por un lado, al igual que ocurre con otros trastornos psicopatológicos como la esquizofrenia, los inicios de la depresión adulta se remontan en muchos casos a los años de la adolescencia. De hecho, parece que sufrir un episodio depresivo en la adolescencia, sobre todo si ocurre en los primeros momentos, aumenta la probabilidad de la persona para volverlo a sufrir durante la adultez. Por otro lado, la mayoría de los estudios encuentra una tendencia a que los síntomas depresivos aumenten durante la segunda década de la vida.

¿A qué son debidas las diferencias entre chicos y chicas en la frecuencia de trastornos y síntomas depresivos? Algunas hipótesis han sido propuestas. De ellas, quizás las que más apoyo empírico han tenido son las que hacen referencia a la forma en que unas y otros afrontan las situaciones estresantes, ya que si bien las mujeres tienden a la introspección, a rumiar continuamente el problema, a culpabilizarse y a pensar negativamente sobre ellas mismas, los varones suelen utilizar conductas distractoras o incluso pueden volver su frustración hacia los demás. De hecho, hombres y mujeres parecen expresar su tristeza y desesperanza de forma diferente. Mientras que es más probable que los hombres expresen estos sentimientos de forma externa, llegando en algunos casos a conductas agresivas, las mujeres suelen hacerlo de forma interna, incluyendo claramente los síntomas depresivos. Así, hay estudios que apuntan la posibilidad de que las adolescentes tristes o infelices tiendan a estar depresivas, mientras que los adolescentes tristes o infelices presenten principalmente conductas agresivas u hostiles.

cAusas de Los trAstornos Y síntoMAs depresivos

La presencia de estresores, sobre todo si ocurren varios de forma simultánea, influyen en su aparición, pero ¿existe algún otro motivo? En este momento podemos decir que aunque existen muchas posibles causas, ninguna explica de forma única la depresión siempre y en todos los casos, por lo que la opción más correcta sería la de situarse en una perspectiva multicausal que tenga en cuenta el posible efecto de diferentes factores. Estos factores pueden agruparse en tres grupos: los biológicos, los cognitivos, los que hacen referencia a las relaciones interpersonales y aquellos que tienen en cuenta los estresores a los que están expuestos los jóvenes.

♦♦ **Factores biológicos.** Dentro de las explicaciones biológicas se hace hincapié en la importancia de la herencia genética y en los mecanismos fisiológicos de la depresión. No obstante, aún queda mucho por saber de las bases fisiológicas de los trastornos depresivos, por ejemplo, todavía no están suficientemente avalados los conocimientos sobre el posible papel de las hormonas, de los neurotransmisores o de las distintas estructuras del sistema nervioso que intervienen en el problema. Realmente, no están aún confirmados que dichos procesos, más estudiados en personas adultas, funcionen de la misma forma para niñas y niños y adolescentes, ya que por ejemplo, determinados antidepresivos que se saben eficaces para tratar la depresión adulta no lo han sido tanto para la depresión adolescente. Por otro lado, no hay suficiente evidencia del grado exacto de transmisión parento-filiales de estos trastornos, de hecho, respecto a la herencia genética, probablemente lo que se herede sea cierta predisposición a padecer el trastorno ante la presencia de determinadas variables ambientales.

♦♦ **Factores cognitivos.** Un segundo grupo de teorías destacan los factores cognitivos como responsables de los trastornos depresivos. Estas teorías subrayan el papel de unos estilos cognitivos que predisponen a las personas a presentar estados de ánimo triste y abatido y que ayudan a su mantenimiento. Como ejemplos de estas formas de pensar disfuncionales tenemos la visión negativa que las personas depresivas tienen de ellas mismas -«*no valgo para nada*», del mundo -«*siempre es igual, todos están en mi contra y nadie me aprecia*»- y del futuro -«*nada tiene solución*». Estas lentes tan oscuras les hacen percibir e interpretar de forma negativa la realidad, lo que refuerza su visión y aumenta la probabilidad de seguir deprimidos.

Al mismo tiempo, las personas con síntomas depresivos se sienten con muy poco control sobre las cosas que les ocurren, atribuyendo además los su-



cesos negativos a características propias y estables, y los positivos a factores inestables y externos como la suerte o el azar. Así por ejemplo, si ponemos el caso de una chica con síntomas depresivos que va mal en los estudios, según las hipótesis que acabamos de presentar, probablemente considere que la situación no va a cambiar, y que falla académicamente porque es muy torpe y no vale para nada. Con esta percepción tan sesgada no es de extrañar que los síntomas depresivos tiendan a mantenerse a lo largo del tiempo.

◆◆ **Factores relacionados con los estresores.** Además de los sesgos cognitivos, de la presencia de estresores importantes en la vida de los y las adolescentes y de la escasez de habilidades sociales para hacerles frente de forma adecuada, otro de los factores relacionados con la aparición de episodios y síntomas depresivos son las relaciones interpersonales insatisfactorias. En este sentido, las relaciones familiares positivas y estables donde chicas y chicos perciben seguridad y calidez, y la existencia de un grupo de amigos y amigas con los que contar, funcionan como elementos protectores frente al posible surgimiento de trastornos depresivos. Por el contrario, el aislamiento que provoca la carencia de una red de apoyo social, o la existencia de un clima en el hogar especialmente inestable y falta de afecto, donde imperan prácticas educativas autoritarias o indiferentes -recordar lo visto en las sesiones 3 y 4- pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos. Una vez más, es importante destacar los beneficios que un estilo educativo democrático, que combina la supervisión de la conducta con la comunicación el cariño explícito y el fomento de la autonomía adolescente, tiene para el bienestar emocional de chicos y chicas.

Para resumir todo lo comentado acerca de las causas de los trastornos depresivos podríamos decir que la predisposición genética existente en algunos jóvenes podría dar lugar a episodios depresivos dependiendo de la aparición de situaciones ambientales estresantes como relaciones interpersonales insatisfactorias o aislamiento social. Al mismo tiempo, determinados sesgos cognitivos de chicas y chicos podrían influir en la incapacidad para buscar soluciones adecuadas, contribuyendo así al mantenimiento de los síntomas depresivos.

Los trastornos depresivos tienen una serie de consecuencias muy negativas para el bienestar del y la adolescente, consecuencias que van desde bajo rendimiento académico, hasta dolores o algias y otros problemas somáticos, pasando por conductas agresivas y/o delictivas y tentativas de suicidio. Respecto a este último tema conviene señalar que determinados antidepresivos -paroxetina o prozac- aumentan el riesgo de suicidio por su desinhibición motora, facilitando el paso de la idea al acto. Debido a la importancia del tema del



suicidio y a su gravedad, en los párrafos que siguen vamos a detenernos en este último aspecto: el suicidio adolescente.

eL suicidio

Al igual que hicimos en el caso de la depresión, vamos a comenzar este punto aclarando términos, ya que es importante diferenciar por un lado las *ideas o pensamientos suicidas*, por otro las *tentativas de suicidio* y, finalmente, el *suicidio* (ver cuadro 9.2).

ideas o pensamiento suicidas	Pensamientos frecuentes y recurrentes sobre la consecución de la propia muerte, que no tienen por qué implicar necesariamente un intento por parte de la persona de hacerlo realmente.
Tentativas de suicidio	Intentos de causar la propia muerte sin conseguirlo. En algunos casos puede ser un intento de llamar la atención (<i>Gesto Suicida</i>).
suicidio	Es el acto por el cual alguien ha conseguido acabar con su propia vida. Según Durkheim (1985) “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto pasivo o activo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debería producir este resultado”. El punto central de esta definición es el propósito de provocar intencionalmente la propia muerte.

Cuadro 9.2: Aclaración de términos: Ideas o pensamientos suicidas, tentativas de suicidio y suicidio.

Aunque así expuesto todo parece bastante claro, existen muchos casos en los que no es fácil determinar la intencionalidad, por lo que los límites entre conducta accidental -como fallecer por consumir grandes cantidades de drogas o por conducir bebido a gran velocidad- y suicida pueden ser difusos, sobre todo en momentos como la adolescencia, en el que chicos y chicas no siempre son plenamente conscientes de las consecuencias de sus actos -recordemos lo visto en la sesión 1 sobre la fábula personal-. Al mismo tiempo, algo que también complica el diagnóstico de suicidio es estar seguro de si la persona quería provocar realmente su muerte o si era una desesperada llamada de atención, un intento de conseguir ayuda de otras personas. Esto, que se denomina *Gesto suicida*, y que básicamente tiene una intención de comunicación, también debe ser tenido en cuenta, y no sólo porque estos gestos puedan llegar a provocar



la muerte, sino porque están poniendo de manifiesto una gran problemática personal y unas muy escasas habilidades para resolverla.

Frecuencia del suicidio **Y de LAS tentativas de suicidio**

Dar cifras acerca de la frecuencia de pensamientos, tentativas y suicidios consumados en la adolescencia no es tarea fácil, como tampoco lo es darlas para el resto de la población. Esta dificultad se debe a diversos motivos, uno de ellos ha sido comentado en el párrafo anterior y tiene que ver con la intencionalidad, ya que las fronteras entre accidente, gesto suicida, tentativa de suicidio o suicidio pueden ser bastante porosas. Otro tipo de motivos hace referencia al tabú que en nuestra sociedad supone hablar de suicidio. Un tabú motivado por creencias religiosas o morales que generan mucha angustia en la propia persona que tiene ideas suicidas o que intenta realmente quitarse a vida, y más aún en su familia.

A pesar de que muchas de las cifras subestiman la frecuencia real de este tipo de fenómenos, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la población general y en USA es la tercera causante de muerte adolescente, junto con los accidentes de tráfico y los homicidios. En España, y según datos del Instituto Nacional de Estadística, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 20 y los 24 años, sólo precedida por los accidentes de tráfico y seguida por la muerte debida a tumores. Entre los y las jóvenes de 15 a 19 años, la primera causa de muerte sigue siendo el accidente de tráfico, la segunda la presencia de tumores, y la tercera el suicidio. Así, el porcentaje por 1000 fallecidos de chicos y chicas entre los 15 y los 19 años que lo hacen por suicidio es de 0.10 para ellos y 0.03 para ellas. Entre los 20 y los 24 años estas cifras aumentan, alcanzando los chicos y porcentaje de 0.44 y las chicas de 0.08.

Según indican los datos, cada año, uno de cada 3-5 jóvenes puede presentar ideas suicidas, y entre el 6% y el 10% quizás lo intenten de alguna forma. Así mismo, a lo largo de los años adolescentes aumenta la tasa de suicidio, siendo más frecuentes los suicidios en los últimos años de la adolescencia que al inicio. El aumento del estrés, el mayor acceso a armas o sustancias lesivas y la menor supervisión de los adultos puede contribuir a este aumento de la tasa de suicidios a lo largo de la segunda década de la vida. A pesar de estas cifras, las investigaciones no consideran la adolescencia como el momento del ciclo vital en el que más suicidios o tentativas se producen, ya que las personas adultas presentan un porcentaje más alto, siendo la vejez la edad de mayor riesgo.



♦ ♦ **proBLEMAs de AJuste durAnte LA AdoLEscenciA**

Las cifras sobre prevalencia también nos hablan de diferencias de género. Mientras que las chicas intentan suicidarse dos o tres veces más que sus compañeros varones, ellos lo consiguen con mayor frecuencia. Esta tendencia de mayor número de suicidios consumados en el caso de los varones y de tentativas en el caso de las mujeres también está presente en el resto de la población adulta. Algunos autores han propuesto diferentes hipótesis para dar cuenta esta diferencia de género, sin embargo, no existen aún explicaciones concluyentes.

Siguiendo con las diferencias de género, el método elegido para cometer suicidio parece ser diferente entre chicos y chicas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2002, formas violentas como el ahorcamiento son más utilizadas por los chicos, mientras que el envenenamiento o precipitarse de grandes alturas es más frecuente entre las chicas. En Estados Unidos, donde el acceso a armas de fuego es bastante más fácil, ésta es la forma de suicidio elegida por los jóvenes varones.

cAusAs deL suicidio **Y de LAs tentAtivAs de suicidio**

Los chicos y chicas adolescentes que intentan suicidarse se sienten superados por los problemas, sólo perciben dolor en sus vidas y no ven un futuro mejor, se sienten completamente solos -aunque realmente no lo estén- con sus dificultades y su infelicidad, y ven en el suicidio la única salida para su sufrimiento. Sin embargo, existen otros factores relacionados con las ideas, tentativas y suicidios consumados. Entre ellos podemos destacar la acumulación de estresores y la carencia de recursos para hacerles frente, las emociones negativas y un estilo cognitivo pesimista y sesgado:

♦ ♦ **La acumulación de estresores y la carencia de recursos para hacerles frente.** Al igual que comentamos en el caso de la depresión, un ambiente familiar caótico, invasivo, poco afectuoso y excesivamente exigente con el chico o la chica adolescente, en el que se den actos delictivos o en el que haya antecedentes de conductas suicidas puede contribuir a la aparición de este tipo de ideas y tentativas. La carencia de un grupo de amigos y amigas, el aislamiento o el rechazo por parte de los iguales también está relacionado con las conductas y pensamientos suicidas. Así mismo, rasgos personales como síntomas depresivos o ansiedad, escasas habilidades sociales, problemas en la consecución de la identidad sexual, enfermedades crónicas o sucesos traumáticos que haya experimentado el chico o la chica adolescente pueden aumentar la probabilidad de aparición de ideas y tentativas suicidas. Finalmente, entor-



nos sociales especialmente competitivos o donde el chico o la chica adolescente perciba mucha dificultad de promoción y carencia de oportunidades puede influir en la aparición de este tipo de fenómenos. De hecho, existen datos que hablan de una mayor prevalencia de suicidios en sociedades desarrolladas e industrializadas. Resumiendo podríamos decir que la acumulación de varios de estos factores y dependiendo de la importancia relativa que el chico o la chica les otorgue, podría llevarle a considerar el suicidio como la única salida a su sufrimiento.

♦♦ **Una serie de emociones negativas.** Normalmente el adolescente que piensa o intenta suicidarse experimenta un dolor psicológico que llega a ser insoportable, un malestar con el que no puede seguir viviendo. Pero como ya comentamos al hablar de la depresión, en la población adolescente con relativa frecuencia ese malestar no cursa con síntomas depresivos, sino más bien con sentimientos de enfado y agresividad que hacen más complicado y menos evidente el pensar en posibles ideas y tentativas suicidas.

♦♦ **Un estilo cognitivo sesgado.** También en párrafos anteriores hicimos referencia al estilo cognitivo de las personas depresivas como posible elemento que ayudaba a entender el origen de los trastornos depresivos y su mantenimiento. Los chicos y chicas que presentan ideas suicidas o que lo intentan, tienen igualmente una visión muy negativa y pesimista de la realidad, una visión centrada en sus problemas y su dolor que deja poca cabida para un futuro mejor. Así mismo, las ideas suicidas pueden convertirse en ideas recurrentes y casi obsesivas que difícilmente el o la joven podrá controlar y que pueden llegar a dominar su atención.

Entonces, ¿por qué hay adolescentes que piensan en suicidarse sin llegar a hacerlo, otros que lo intentan y otros que finalmente lo consiguen? No tenemos respuestas definitivas, pero existen dos posibles explicaciones. Según la primera de ellas, el paso de las ideas suicidas a las tentativas se produce cuando el sufrimiento psicológico se vuelve tan insoportable para el o la joven que terminar con su vida es la única salida. No obstante, según la segunda explicación la tentativa de suicidio respondería más bien a una decisión impulsiva ante un suceso muy estresante pero puntual, incitado en algunos casos por el consumo de alcohol y otras sustancias.

Como recomendaciones generales a madres y padres debemos señalar tres aspectos. Por un lado, que cualquier amenaza de suicidio tiene que ser considerada seriamente ya que es una llamada de auxilio, y aunque el adolescente no lo haya conseguido, puede intentarlo otra vez. Los «avisos» de suicidio

◆ ◆ **proBLEMAs de AJuste durAnte LA AdoLescenciA**

no deben ser infravalorados. Es un error pensar que si alguien habla de sus intenciones no lo va a realizar realmente. En segundo lugar, la reacción sosegada y serena -en la medida de lo posible- por parte de los progenitores ante un suceso de este tipo es fundamental. Aunque son reacciones comprensibles, padres y madres deben huir de actitudes negativas como ira o culpabilización -del o la adolescente o de ellos mismos- mostrando toda la comprensión posible y animando a el o la joven a pedir ayuda profesional. Por último, es fundamental hablar sobre el tema, tanto si es el propio hijo o hija quien ha intentado suicidarse como si alguien a su alrededor lo ha hecho. Discutir sobre las ansiedades y miedos que un suceso como este puede provocar es fundamental para que el chico o la chica lo supere de forma constructiva.



ideAs cLave (depresión y tendencias suicidas)

- Durante la adolescencia chicas y chicos suelen experimentar toda una serie de emociones negativas (tristeza, ansiedad, malestar emocional...) debidas a la gran cantidad de situaciones que están experimentando. Cuando superan cierto límite, estas reacciones dejan de ser normativas, llegando a alcanzar el grado de trastornos psicopatológicos. Este es el caso de la depresión.
- Es importante no infravalorar la presencia del trastorno depresivo en la adolescencia (lo sufre un 4% de los adolescentes entre 12 y 17 años, y un 9% entre 18 y 24 años), siendo más frecuente entre las chicas.
- La depresión es debida a la confluencia de diversos factores: la vivencia de varias situaciones estresantes unida a un sentimiento de incapacidad para hacerle frente; un sesgo cognitivo que refuerza las ideas negativas sobre la realidad y las relaciones interpersonales conflictivas y en algunos casos, cierta base genética.
- Algunas consecuencias del trastorno depresivo durante la adolescencia son: bajo rendimiento académico, aumento problemas físicos, conductas agresivas o ideas suicidas.
- En el acto suicida la persona debe tener una clara intención de quitarse la vida, por lo que la diferencia entre suicidio, accidente o gesto suicida no es muy clara.
- En España el suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte durante la adolescencia.
- Las mujeres intentan suicidarse más que los varones, aunque éstos lo consiguen con mayor frecuencia.
- Signos de alerta de la conducta suicida: amenazas o comentarios directos sobre el suicidio; intentos previos; interés por todo lo relacionado con la muerte; pérdida de apetito; pérdida de un querido; problemas familiares o en la escuela; pérdida del interés por las actividades; cambios drásticos de comportamiento.
- Posibles causas del suicidio: la acumulación de estrés y las escasas habilidades para hacerle frente; un entorno familiar muy restrictivo y poco afectuoso, el aislamiento social; un enorme sufrimiento psicológico y un estilo cognitivo sesgado que se percibe la realidad y el futuro de forma totalmente negativa.
- Madres, padres y profesorado deben prestar atención a cualquier insinuación, amenaza de tentativa de suicidio, manifestando una actitud de comprensión y animando al chico o la chica para que hable de sus miedos y que en caso necesario acuda a una persona profesional.

