

## MANEJO DE LA CRISIS SUICIDA DEL ADOLESCENTE

*Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero* (Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría).

### SUMMARY

The author describes the suicidal risk factors for adolescents, the situations that increase the said risk, the illnesses that may they may ential and various techniques to tackle the suicidal crisis in this stage of life. It also summarises the protective factors for suicidal conduct which must be developed from childhood and in adolescence by the father, mother or other significant figures in the home and by teachers, as well as all those that are responsible for educating them and shape them with a personality with anti-suicidal tendencies.

### KEY WORDS

Adolescent, suicide.

### RESUMEN

El autor describe los factores de riesgo suicida del adolescente, las situaciones que incrementan dicho riesgo, las enfermedades que lo pueden conllevar y diversas técnicas para abordar la crisis suicida en esta etapa de la vida. Resume también los factores protectores de la conducta suicida, los que deben ser desarrollados desde la infancia y en la adolescencia por el padre, la madre, y otras figuras significativas en el hogar y por los maestros y profesores, así como todos los que tengan la responsabilidad de educarlos y conformarles una personalidad con características antisuicidales.

### PALABRAS CLAVE

Adolescente, suicidio.

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

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.

–Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.

–Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos.

1- Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc.

2- Recrudescimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc.

3- Etapa previa al acto de suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos.

Ante una crisis suicida en el adolescente es de suma utilidad observar los siguientes principios:

- 1- Tratarlo con respeto.
- 2- Tomarlo en serio.
- 3- Creer lo que nos manifiesta.
- 4- Escucharle con genuino interés.
- 5- Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto).
- 6- Preguntar sobre la idea suicida, para lo cual se sugiere las siguientes posibilidades:

**Primera variante:** ¿Cómo piensa usted resolver su actual situación?

**Segunda variante:** Usted me ha dicho que apenas duerme y desearía saber ¿en qué piensa cuando está insomne?

**Tercera variante:** ¿Usted ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles?

**Cuarta variante:** ¿En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio? (Esperar respuesta). Y usted ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

**Quinta variante:** ¿Usted ha pensado suicidarse?

**Sexta variante:** ¿Usted ha pensado en matarse?

Si el adolescente manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, lo que incrementa notablemente el peligro de suicidio. Esta secuencia es la siguiente:

¿Cómo ha pensado suicidarse?

¿Cuándo ha pensado suicidarse?

¿Dónde ha pensado suicidarse?

¿Por qué ha pensado suicidarse?

¿Para qué ha pensado suicidarse?

Para poder obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa el adolescente se deben evitar las preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos, lo cual lo impediría.

- 7- Responsabilizar al adolescente con su propia vida, siempre que ello sea posible.

8- Trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida.

9- Establecer un pacto no suicida siempre que el estado del adolescente lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse durante la crisis.

10- Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amigos y cuantas personas sea necesario para apoyar al adolescente.

11- Garantizar varias opciones para contactar con la persona que presta la ayuda psicológica, sean los padres y las madres, los maestros, tutores, médicos, suicidólogos, etc.

12- No juzgarlo, comprometiéndonos a guardar secreto de todas las confesiones que haga el adolescente.

13- Ser directivo, con el suficiente tacto como para no parecerlo.

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio del adolescente. Si ello no se ha conseguido, le sugiero realizar la siguiente secuencia de preguntas sobre la idea suicida, que ya enunciamos con antelación pero que en esta oportunidad ampliamos:

Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

Pregunta: ¿Por qué ha pensado suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

Pregunta: ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

Hay que observar y neutralizar determinadas distorsiones cognitivas muy comunes entre los adolescentes suicidas como son las siguientes:

–**Inferencia arbitraria** mediante la cual el sujeto llega a conclusiones determinadas sin poseer pruebas evidentes para ellas, como por ejemplo pensar que en el futuro las cosas le saldrán mal, pues en el pasado eso fue lo que ocurrió. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.

–**Abstracción selectiva** en la que el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad como puede ocurrir en los adolescentes deprimidos que recuerdan principalmente sus fracasos cuando son sometidos a pruebas de ensayo y error.

–**Sobregeneralización** cuando el sujeto, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por ejemplo, considerar que es un “incompetente que está perdiendo facultades” por haber salido mal en una evaluación parcial de sus estudios.

–**Magnificación** mediante la cual el adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias. Es el caso de un sujeto que considera cualquier evento desagradable como “una tragedia”, “una catástrofe”, “lo peor que podía haberle ocurrido”.

–**Minimización**, mecanismo inverso al anterior en el que el adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Es el caso del adolescente que ante un éxito frente a un examen difícil, que sólo él ha pasado, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.

–**Pensamiento polarizado** mediante el cual el adolescente evalúa la realidad en “blanco y negro”, “todo o nada”, “siempre o nunca”, “bueno o malo”, “perfecto o imperfecto”, etc. Por tanto son frecuentes las frases siguientes: “Nada me sale bien”, “todo me sale mal”, “siempre fracaso”, “nunca acierto” y otras similares, sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena, sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras, por solo citar un ejemplo.

–**Personalización** que es el mecanismo mediante el cual el adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Así, si no es saludado en la mañana por alguien conocido, puede pensar que eso ha ocurrido porque la persona está molesta con él o ella, o que no le han querido tener en cuenta, etc.

El manejo de las distorsiones cognitivas señaladas con anterioridad constituye un recurso válido para evitar que el adolescente se evalúe de forma anómala y ello le reste posibilidades de lograr una adaptación armónica al entorno.

Otras veces es de mucha utilidad fomentar una terapia de relación con el adolescente, lo cual disminuye la vulnerabilidad a las presiones externas. Este tipo de terapia contiene fuertes elementos de las terapias de apoyo y para algunos autores es una forma prolongada de estas. Así se trata de establecer con el adolescente en riesgo de suicidio una relación amistosa, no autoritaria, que aunque no juzga, se muestra firme e impone ciertas limitaciones, asume una actitud flexible y ofrece al adolescente nuevas opciones de ajuste para identificarse con una figura paterna sustitutiva diferente a la del progenitor biológico.

Si el riesgo suicida del adolescente no es elevado, la terapia de apoyo puede ser un valioso recurso. Una relación armónica, basada en una dirección cordial y enérgica, que gratifique las sanas necesidades de dependencia, que fomente una legítima independencia y sirva para canalizar adecuadamente la agresividad y la hostilidad hacia formas no destructivas del comportamiento, pueden ser una ayuda eficaz para cualquier adolescente, y más aún para aquellos que presentan factores de riesgo suicida. La orientación al descanso para recuperar las energías perdidas, la diversión, la práctica de deportes y de ejercicios físicos, una alimentación adecuada, evitar el consumo perjudicial de alcohol, no utilizar drogas, tabaco, café y sustancias adictivas pueden ser orientaciones beneficiosas para brindar apoyo. Utilizar técnicas de relajación y otras similares que contribuyan a suprimir o atenuar los síntomas más molestos, así como el uso de psicofármacos con similar propósito durante breves períodos de tiempo harán que el adolescente se sienta más seguro, aceptado, protegido, alentado y menos sólo. El cambio de medio cuando los factores ambientales son considerados muy estresantes para un adolescente vulnerable puede ser un magnífico recurso para evitar una conducta autodestructiva.

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

I- Se debe intentar exteriorizar los sentimientos mediante la verbalización de las emociones que son sentidas espontáneamente, lo cual se hace muy difícil en los adolescentes suicidas, los que presentan dificultades con la expresividad de estas últimas.

II- Debe aprender a discrepar, sin fingir que se está de acuerdo sin estarlo. Este aspecto tiene mucho valor si se tiene en consideración que el suicidio es una situación diádica en la que se involucran el adolescente y alguna otra persona significativa y muy vinculada emocionalmente con él, como la novia o el novio, la madre o el padre, el maestro o el amigo, etc., con la cual se han tenido recientes o acumulativas dificultades interpersonales.

III- Se le debe enseñar a utilizar el pronombre personal YO, de modo que el adolescente se involucre en su conducta y aprenda a responder por las consecuencias de la misma.

IV- Debe aprender a mostrar las emociones con el rostro y los movimientos, lo cual le permitirá aprender a exteriorizar la afectividad y modularla según el contexto de la situación.

V- Debe ser capaz de estar de acuerdo cuando se le elogia y practicar el autoelogio de forma razonable, pues ambos aspectos refuerzan el YO de manera positiva.

VI- Debe aprender a improvisar, a dar respuestas espontáneas a estímulos inmediatos, lo cual le facilitará otras opciones que no sean el miedo a hacer el ridículo o simplemente no saber qué hacer.

Otras posibilidades a utilizar con el adolescente potencialmente suicida es revisar sus metas y objetivos para hacerlos más realistas de acuerdo a las potencialidades del sujeto y por tanto, disminuir las posibilidades de fracasos y frustraciones, enseñarles a desarrollar el autodomínio, el autocontrol, incrementando el repertorio general de actividades para que existan mayores opciones de éxito y adecuarlas a sus atribuciones reales (inteligencia, aptitudes para la actividad).

Otra forma de ayudar al adolescente que ya ha realizado una tentativa de suicidio es invitarle a que descubra las diversas dificultades que un acto de este tipo pudiera ocasionarle en su vida y en sus relaciones sociales. Sin asumir una postura moralista, se le invita a reflexionar sobre la opinión que él tendría de alguien conocido que intenta poner fin a su vida, si él considerase que es un sujeto que goza de una excelente salud mental o por el contrario si piensa que algo no está funcionando bien en el cerebro de esa persona (por lo general responden teniendo en cuenta esta última posibilidad. Una vez obtenida la referida respuesta se le asegura que probablemente eso también sea lo que los demás piensan de él y hay que trabajar juntos para modificar esta realidad.

Se le pregunta también sobre los sentimientos que le provocaría un sujeto cualquiera que intente contra su vida (la compasión, la lástima, la rabia, la desconfianza o el miedo) y se le invita a reflexionar si son estas las emociones que él pretende despertar en sus relaciones con los demás, pues no son las que más aprecian los seres humanos.

Otra forma de abordar al adolescente en situación de crisis suicida es mediante la llamada Primera Ayuda Psicológica, que consta de cinco etapas, las que se describen a continuación:

**Primera etapa.** Establecimiento del contacto

Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, reflejar sentimientos, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle.

Lo que no se debe hacer es restarle importancia a lo que nos expresa el sujeto, ignorar los sentimientos, impedir que el individuo exprese sus sufrimientos y contar nuestra historia en situaciones conflictivas.

**Segunda etapa.** Conocer la dimensión del problema.

Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas que permitan conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos. Explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas.

Lo que no se debe hacer es atenerse a realizar preguntas que sean respondidas con monosílabos (sí o no) o evaluar el discurso del adolescente a través de la experiencia propia, que no es válida para otros.

**Tercera etapa.** Posibles soluciones.

Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobando la solución suicida como forma de afrontar situaciones problemáticas. Reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales.

Lo que no se debe hacer es permitir que el adolescente continúe sin ensanchar su visión en túnel que es la que únicamente le deja ver la opción suicida. Tampoco deben dejar de explorarse los obstáculos de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida.

**Cuarta etapa.** Acción concreta.

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

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

### **Quinta etapa. Seguimiento.**

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

Lo que no se debe hacer es dejar la evaluación a otra persona que desconozca del caso y le sea imposible establecer una comparación con su estado inicial.

Este sencillo recurso puede ser utilizado por cualquier persona, siempre y cuando evite hacer lo que no se debe hacer e investigue la presencia de las ideas suicidas y si estas están presentes, nunca dejarlo sólo y acercarlo a las fuentes de salud mental como el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra y los servicios de urgencias médicas y psiquiátricas.

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

–Escuchar con atención.

–Facilitar el desahogo.

–Durante el diálogo con el adolescente se deben utilizar frases cortas que les sirvan para continuar exponiendo sus dificultades, como por ejemplo: “me imagino”, “entiendo”, “es lógico”, “no es para menos”, “claro está”, “te comprendo”. Estas frases además de facilitar la expresividad le hará sentir que le comprendemos y tomamos en serio.

–Reformular lo que nos ha dicho, haciendo breves resúmenes que le ratifiquen nuestra capacidad de escucha atenta y genuina de sus dificultades.

–Preguntar siempre sobre la presencia de ideas suicidas.

–Ayudar al adolescente a que él descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, sin confiar en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Por ejemplo: “voy a irme de la casa” (sin tener otro lugar adonde ir), “me voy a olvidar de él” (como si la memoria fuera una pizarra que se puede borrar en un momento y no dejar huellas de lo escrito).

–No dejar nunca a solas a la persona en crisis suicida y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud.

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

Otra probabilidad de abordaje del adolescente que ha realizado un intento de suicidio es preguntar: “¿Para qué usted intentó contra su vida?”, con lo cual se puede determinar el significado del acto suicida del adolescente y hacer una interpretación racional de dicho significado. En ocasiones, el intento de suicidio ha sido realizado para agredir a otros y en esos casos le invitamos a reflexionar sobre las ventajas que la agresividad tiene en determinadas situaciones, como por ejemplo, los deportistas de disciplinas de combate, como el judo, el pugilismo, la lucha en sus diversas modalidades, kárate, etc., pero no en otras, como lo son las relaciones familiares. Si se trata de una tentativa de suicidio por miedo, hay que analizar que esta emoción es muy normal ante situaciones específicas, que lo experimentan la mayor parte de los individuos, pero también puede ser una emoción muy personal, porque solamente lo manifiestan determinados sujetos ante situaciones que habitualmente no provocan temor en la mayoría de la población.

Si el intento suicida se realiza para morir, no es aconsejable reflexionar acerca de las supuestas bondades y ventajas que nos depara la vida, porque eso es, precisamente, lo que el adolescente no percibe. Este significado – el de morir– es el que entraña mayor

peligro para la vida del adolescente, por lo cual se debe tratar de que sea evaluado, en el más breve tiempo posible, por un especialista en Psiquiatría infanto-juvenil.

Cualquiera de las técnicas para abordar el adolescente con riesgo de suicidio que se han ofrecido al lector, pueden tener similares resultados, siempre que usted escoja aquellas que más se adapten a sus características personales, que le sea de más fácil aplicación y en la que usted se sienta más cómodo y auténtico.

Hasta aquí se han expuesto los factores de riesgo suicida del adolescente, las situaciones que incrementan dicho riesgo, las enfermedades que lo pueden conllevar y diversas técnicas para abordar la crisis suicida en esta etapa de la vida.

Pasemos a brindar los factores protectores de la conducta suicida, los que deben ser desarrollados desde la infancia y en la adolescencia por el padre, la madre, y otras figuras significativas en el hogar y por los maestros y profesores, así como todos los que tengan la responsabilidad de educarlos y conformarles una personalidad con características antisuicidas.

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva

2- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.

3- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.

4- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “des-tino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.

5- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.

6- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.

7- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.

8- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.

9- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.

10- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.

11- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.

12- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.

13- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.

14- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.

15- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.

16- Lograr una auténtica identidad cultural.

17- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.

18- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)

19- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.

20- Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.

21- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de la fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia los enfermos mentales evitando utilizar calificativos tales como “anormales”, “tarados”, “locos”, y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una “cobardía”, “una incapacidad”, “una blandenguería” y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Pérez Barrero SA. (1999) *Lo que Ud debiera saber sobre... Suicidio*. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.
- 2.- Pérez Barrero SA. (1997). *El Suicidio. Comportamiento y Prevención*. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
- 3.- Pérez Barrero SA. (2000). *Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos*. Ed. Hosp. Psiq.de la Habana.
- 4.- Pérez Barrero SA (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N<sup>0</sup> 11(4):318-25.
- 5.-Pérez Barrero SA (1997). "Significados del acto suicida en adolescentes y jóvenes sobrevivientes." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, N<sup>0</sup> 336, Vol. 61:101-106.
- 6.- Pérez Barrero SA (1997). "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes." *Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil* N<sup>0</sup> 2 abril-junio:102-106.
- 7.- Quintero Lumbreras FJ (1999). "El difícil tratamiento de los niños difíciles." Ponencia presentada en el IX Congreso Dominicano de Psiquiatría. Santo Domingo. 30 de septiembre - 2 de octubre.
- 8.-Tovilla y Pomar M (2000). "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol. 1 N<sup>0</sup> 1 octubre: 7-17.
- 9.- Wasserman D (2001). *Suicide- an unnecessary death*. Edited by Martin Dunitz.
10. - WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for media professionals*.
11. - WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*.
12. - WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for teachers and others school staff*.
13. - WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*.