
AVANCES PEDIÁTRICOS

LOS PADRES Y EL SUICICIO

S.A. Pérez Barrero

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Fundador de la Red de Suicidólogos Iberoamericanos

Asesor Temporal de OPS/OMS para la Prevención del Suicidio en Las Américas

Miembro Fundador de ASULAC

Miembro de IASP, AITS, IASR

RESUMEN

Se realiza un análisis de la influencia de los padres y las madres en la conducta suicida de sus hijos y se divide en patologías de los progenitores, trastornos de las relaciones entre padres e hijos y patologías de los hijos. Finalmente se expone lo que desean los hijos que han intentado el suicidio.

Palabras clave: padres, suicidio, relación paterno-filial.

SUMMARY

The author shows the influence of the parent's behaviour in the suicidal acts of their son and daughter dividing in parents 'diseases, difficult in the relationships between parents and children and children' diseases. Finally he exposes what the son and daughter wish if they commit a suicidal act.

Key words: parent, suicide, parent-child relationships.

BSCP Can Ped 2005; 29 (3): 39-46

INTRODUCCIÓN

Entre los principales motivos de los intentos de suicidio en los niños y adolescentes en cualquier contexto social están los conflictos familiares y los amores contrariados.

Entre los primeros, los conflictos familiares, son comunes las dificultades en las relaciones interper-

Correspondencia:

Sergio A. Pérez Barrera
Departamento de Psiquiatría
Hospital Carlos M. Céspedes
Bayazo, Granma Cuba
CP 85100
server.grm@informed.sld.cu

sonales con determinados miembros, principalmente los progenitores, que se convierten en factores de riesgo de suicidio en estas etapas de la vida. Pasemos a su análisis, para lo cual los dividiremos este artículo en los siguientes acápite:

- I.- Patologías de los progenitores.
- II.- Trastornos de las relaciones entre padres e hijos.
- III.- Patologías de los hijos.
- IV.- Lo que desean los hijos que han intentado el suicidio.

I.- Patologías de los progenitores

Entre las patologías de los progenitores que más riesgo de suicidio ocasiona en la descendencia se menciona la depresión materna, cuya sintomatología se caracteriza por tristeza, pesimismo, falta de voluntad, incapacidad para concentrarse, pesimismo, encamamiento la mayor parte del día, abandono de las obligaciones para con los hijos, quienes están desatendidos por ella, con muy poca o ninguna muestra de afecto, severos trastornos de la comunicación en la que prevalece el llanto, el silencio, la irritabilidad, y en el peor de los casos ideas delirantes de culpa, nihilista, hipocondríacas, las cuales resultan incomprensible a los hijos, generando en ellos miedo e inseguridad, que llega a su clímax si se presentan ideas suicidas en cualquiera de sus manifestaciones.

En estos casos el comportamiento suicida en la descendencia puede ser la consecuencia de estas

emociones, incluyendo la tristeza y desesperanza al percibir el estado de la madre, su fuente de protección y seguridad, las dificultades en la satisfacción de sus necesidades biológicas y espirituales actuales o por venir y la posibilidad de quedar huérfano si se consumara el suicidio a lo cual prefiere no enfrentarse.

Si dentro del cuadro depresivo de la madre ocurre el suicidio, la descendencia puede, por un proceso de identificación o por la simple imitación, realizar un acto suicida al igual que su progenitora.

Otra enfermedad que se constituye en un factor de riesgo de suicidio es el alcoholismo paterno, debido a las consecuencias que esta toxicomanía ocasiona a la familia, y en especial a los hijos e hijas. Es frecuente que el padre alcohólico durante la embriaguez sea un padre ausente con el cual no se puede establecer un dialogo fructífero por tener intoxicado lo maspreciado que tiene el ser humano que es su cerebro. Esta situación del padre que estando presente parece que está ausente, genera en los hijos mucha inseguridad, pues no pueden contar con él en el momento que lo precisan, porque no pueden ser respaldados por el padre en caso de necesitarlo ante determinadas situaciones psicotraumaticas (peleas con amigos o compañeros de clases, dificultades con profesores, problemas con los padres de la pareja, etc.).¹

Otras veces el alcoholismo ocasiona un clima emocional familiar caótico, en el que predomina la violencia en todas sus manifestaciones, incluyendo peleas, castigos físicos, riñas, agresiones con diferentes objetos, como las armas blancas y de fuego, que pueden ocasionar la muerte de alguno de los participantes. Otras veces, las escenas de celos y la violencia que acompaña a estas manifestaciones del alcoholismo crónico son otro factor de riesgo de suicidio para los hijos.

Como es conocido existe en esta enfermedad un criterio de esclavitud que es cuando el individuo pierde su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, hasta cuándo y cuánto tomar y pierde el control al estar imposibilitado de detenerse una vez iniciado el consumo, es incapaz de abstenerse y necesita ingerir diariamente el alcohol para desarrollar sus actividades y responsabilidades. Otro criterio es

el etiquetado, es decir, la opinión de las demás personas que lo consideran un alcohólico (aloetiquetado) o la del propio sujeto que se considera como tal (autoetiquetado). Estos criterios pueden influir en la autoestima de los hijos, principalmente en los adolescentes, que sienten vergüenza u hostilidad hacia el padre, debido a las opiniones, comentarios, burlas y criticas que los demás vierten sobre su progenitor, pues esta enfermedad es aun poco comprendida incluso hasta se les cataloga como viciosos.²

El alcoholismo, como cualquier otra toxicomanía, origina serios problemas económicos en la familia, con las consiguientes dificultades para satisfacer diversas necesidades como la alimentación, aseo, vestuario, distracción, etc. lo cual sume a la descendencia en franca desventaja social con respecto a los hijos de los padres que no padecen esta habituación.

En esta enfermedad los hijos pueden realizar un acto suicida como una manera de escapar de una situación intolerable o por culpa al presentar emociones encontradas como el amor y el odio hacia el padre alcohólico. Otras veces el acto suicida puede ser un intento de castigo, una muestra de rabia o un reclamo para que deje de ingerir el tóxico.

Los trastornos de la personalidad pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio, principalmente cuando son de tipo disocial, porque despliegan una serie de manifestaciones conductuales que alteran el funcionamiento familiar. Entre estas manifestaciones es llamativa la impulsividad, el egoísmo, la falta de remordimientos, la incapacidad para expresar ternura, el abuso físico, psicológico y en no pocas ocasiones el abuso sexual, con relaciones incestuosas de las que participa pasivamente la madre, al permitir las, desoír las quejas de la afectada, o tildarla de mentirosa, embustera, etc. El no acatamiento de reglas y normas de convivencia, la realización de delitos de diversos tipos en los que pueden estar involucrados los hijos o ser victimas de este comportamiento son otras manifestaciones del trastorno disocial de la personalidad.

En estos casos, los hijos pueden cometer actos suicidas por diversos mecanismos, entre los que el pobre control de impulsos, similar al de sus padres puede ser uno de ellos, el dolor moral del abusado o

la abusada sexualmente, la manipulación de los afectos de la familia intentando poner las cosas a su favor o responsabilizar a otro de su muerte pueden estar presentes en la génesis de los actos de suicidio entre los hijos de las personalidades con comportamiento antisocial.

Otras veces se trata de personalidades dominantes, caprichosas, autoritarias, que intentan controlar los gustos, las preferencias, las amistades, los horarios de estudio y distracción de sus hijos, y se autotitulan sus mejores amigos con la finalidad de penetrar en su vida privada.

Es frecuente que el padre puede llegar a mantener relaciones muy anormales con sus hijas a las que celan como si fueran sus amantes, impiden que mantengan relaciones amorosas, les cuidan la virginidad como si estuviera reservada para ellos, actitud que remeda las relaciones incestuosas.

En estos casos los actos suicidas de los hijos pueden ocurrir debido al control insoportable y la imposibilidad de lograr llevar una vida plena como una forma de suicidio fatalista.

Es común encontrar madres que asumen el papel de víctimas de sus hijos, carentes de autoridad y dispuestas a tolerar cualquier comportamiento anómalo de la descendencia a los que responden con expresiones tales como «me van a matar del corazón», «no puedo con ustedes», «me van a volver loca» y crisis de llanto o agitación, o intentos de suicidio con la inútil pretensión de despertar la lástima y la compasión en ellos. Los hijos de las madres con este comportamiento pueden realizar actos suicidas al considerarse responsables de la probable «muerte cardíaca», de la posible «locura» o de la tentativa de suicidio realizada por su progenitora.

En cuanto a los padres sobreprotectores, es muy habitual que sean empalagosos y sofocantes, o bien fríos y distantes. Por otra parte se ha reconocido en esa excesiva protección una manifestación de rechazo encubierto y esta desmedida preocupación por los hijos conspira contra su autonomía, su capacidad de tomar decisiones, y pueden cometer actos suicidas para agredir a los padres o para hacerse valer, tomando erróneamente el acto suicida como una manifestación de dudosa libertad.

Los padres también pueden ser rígidos y moralistas, con una sordera selectiva para lo que no desean escuchar, y oyendo solamente aquello que desean oír, principalmente las buenas noticias de los hijos que les incrementan la autoestima a los progenitores, les hacen creer lo bueno que han sido en la crianza, y les mantienen la imagen social que ellos desean que es la de la familia perfecta e intachable. En estas familias los hijos pueden cometer suicidio cuando se encuentran involucrados en situaciones estresantes que pueden ser toleradas por cualquier familia con un funcionamiento dentro de límites normales, pero que en las familias de este tipo, se convierten en situaciones de riesgo elevado de suicidio, pues son evaluadas de catastróficas, vergonzosas, trágicas, y el hijo o la hija son catalogados de bastardos, inmorales, desleales, deshonra de la familia, calificaciones que explicarían el suicidio de un adolescente vulnerable criado en este tipo de rigidez en que todo se ve en blanco y negro, sin los matices propios de esta acuarela de colores que es la vida.

Estos padres suponen que sus hijos no pueden fracasar, y por tanto no están preparados para el fracaso y ante esta situación el suicidio de los hijos puede ser ocasionado por la imposibilidad de comunicar los pensamientos dolorosos y la idea suicida lo es.

Además de los intentos de suicidio consecutivos a la depresión materna, pueden ocurrir reiterados intentos de autoeliminación como una forma anómala de comportamiento adaptativo en los padres portadores de trastornos de la personalidad, principalmente los trastornos límites, narcisistas e histriónicos. Son los grandes repetidores y la descendencia puede imitarlos, identificarse o simplemente querer morir ante la infelicidad que experimentan en sus hogares.

Entre las enfermedades que pueden padecer los padres que conllevan riesgo de suicidio en la descendencia se encuentran, además de las enfermedades mentales ya descritas, las enfermedades orgánicas, las que pueden convertirse en desencadenantes de un acto de suicidio en los hijos. Entre ellas se encuentran aquellas enfermedades que provocarán la muerte del ser querido, principalmente cuando es la figura de apoyo con la que el hijo esta identifica-

do, ocasionando manifestaciones depresivas importantes y la ocurrencia de un acto de suicidio puede significar la incapacidad para asistir al fallecimiento que se avecina o sobrevivir sin la compañía del ser querido.

II.- Trastornos de las relaciones entre padres e hijos

Aunque las enfermedades descritas en el acápite anterior conllevan serias dificultades en las relaciones entre padres e hijos, a continuación se ofrecerán diversas posibilidades de relaciones anómalas que se pueden ser el detonante de un acto de suicidio en la descendencia.

Entre estos trastornos se encuentran las relaciones competitivas entre uno de los padres y su descendencia por reclamar la atención y el afecto del otro progenitor. Se hace más agobiante cuando esta competencia se establece entre la madrastra o el padrastro y el hijo o hija únicos, y el acto suicida puede ocurrir por temor a perder el afecto que antes recibía solamente el o ella, o bien por los celos que esta relación competitiva conlleva en muchos adolescentes, intentando con este acto autodestructivo, destruir la relación entre el padre o la madre y su pareja que ha puesto en peligro su estabilidad previa.

Otro trastorno de la relación paterno filial es lo que he denominado «hijos huérfanos de padres vivos» pues los progenitores están inmersos en sus obligaciones laborales, demasiado ocupados en cuestiones supuestamente más importantes que tener unas horas de intimidad para con los hijos. Y se trata de padres y madres con éxito en sus respectivas profesiones, que salen del hogar dejando a los hijos cuando aun no se han despertado y vuelven al hogar cuando ya se encuentran dormidos. Por lo general quedan al cuidado de los abuelos o de empleadas domesticas.

Son también hijos huérfanos de padres vivos aquellos cuyos progenitores son inconsistentes, inseguros, pusilánimes, inadecuados, incapaces de satisfacer las necesidades espirituales de los hijos, los que literalmente hablando, no pueden contar con ellos para ayudarles a resolver las dificultades que la vida les plantean. Y se crían solos, pues no tienen un modelo a imitar.

En ambos casos los sentimientos de soledad que padecen los hijos huérfanos de padres vivos pueden desembocar en un acto de suicidio.

El padre o la madre inalcanzables es otro trastorno de la relación entre padres e hijos que conlleva riesgo de suicidio, porque no cumplen el rol de modelo a imitar, tan necesario en la descendencia. Ocurre que los extraordinarios logros obtenidos por el progenitor del mismo sexo, se convierten; primero, en un orgullo; después, en un reto y finalmente, en un modelo frustrante cuando el hijo o la hija no tienen las aptitudes necesarias para obtener similares logros que su ascendiente.

En estos casos el acto suicida puede ser consecuencia de los sentimientos de inadecuación, pobre autoestima y autosuficiencia por no haber tenido el éxito de sus progenitores.

Resulta una relación muy traumática la que establecen algunos padres con uno de sus hijos, «el elegido» sobre quien se deposita toda la confianza y las esperanzas de la familia para salir adelante cuando ese hijo elegido culmine sus estudios, o consiga un buen trabajo que les permita paliar su situación económica. Esta responsabilidad puede convertirse para algunos de estos elegidos en una bomba de tiempo, principalmente cuando no se consigue satisfacer esas expectativas, y los hijos pueden, para lograrlo, asumir estilos de vida muy dañinos a la salud, como la prostitución en el caso que la elegida sea mujer y la delincuencia si es hombre. Pero si no asume estos estilos de vida dañinos para la salud y la propia vida, y considera que, efectivamente, era depositario de todas las esperanzas familiares y no ha logrado lo esperado por todos, no ha cumplido con su deber, puede realizar un acto suicida altruista, pues no suicidarse sería una deshonra para el individuo o su familia y la única manera de salvar el honor es mediante este acto.

Otra relación anómala entre padres e hijos y que puede desembocar en un acto de suicidio es cuando se le exige a los hijos por encima de sus posibilidades, sea en los estudios o en la adaptación a determinados regimenes escolares (internados), o a situaciones a las que son incapaces de adaptarse (noviazgos en contra de sus deseos, vivir en determinados lugares a los que no se ajustan, etc.). En tales casos la conducta suicida puede tener su génesis en

el sufrimiento ocasionado por la inadaptación en sí misma, o como un sabotaje a la decisión de los padres, o al modelo impuesto pero inaceptable.

Constituye una relación muy anormal aquella que establecen algunos padres con los hijos cuando intentan recriarse por intermedio de ellos, realizarse a través de su descendencia, lograr ser, a través de los hijos, lo que ellos hubieran deseado y no pudieron ser. Y este afán de realización fuera del contexto histórico conlleva un comportamiento muy exigente, tiránico, y en ocasiones opuesto, incluso a la vocación del hijo o la hija. En tales casos los actos de suicidio pueden constituir actos de rebeldía, inconformidad e insatisfacción consigo mismo por sentirse utilizados por los padres para lograr sus propósitos no los del hijo suicida.

Una relación muy anormal y que conlleva elevado riesgo de suicidio entre los hijos es el padre abusador física, psicológica y sexualmente. Este tipo de maltrato es un atentado a la dignidad de quien lo padece, pues resultan humillantes, degradantes. Cuando se trata del abuso sexual, incluyendo la violación de una hija, son frecuentes en ella las manifestaciones del trastorno de estrés postraumático y en estos casos el acto suicida es consecuencia de la pobre autoestima y la dañada autoimagen al sentirse inmundas, sucias, repulsivas.

Un acontecimiento que puede desencadenar un acto de suicidio es la muerte de un padre bueno, principalmente cuando el hijo varón se encuentra en la adolescencia temprana y mantenía con el occiso una excelente relación interpersonal. En la experiencia del autor cuando en la familia falta el padre en la adolescencia temprana por muerte, separación o abandono, conlleva en los hijos trastornos depresivos con síntomas predominantes en el comportamiento que pueden llegar hasta las conductas francamente delincuenciales, principalmente en los del sexo masculino, mientras la muerte de la madre en esa misma etapa de la vida, condiciona la aparición de trastornos depresivos con una sintomatología predominantemente afectiva. Es notoria la presencia de hogares rotos en las personas infelices y la mayor parte de estos hogares eran dirigidos por la madre sola.

Si la muerte ocurre en el único familiar que brindaba apoyo, seguridad y comprensión en un medio

familiar caótico, el niño o adolescente puede realizar un acto suicida con el objetivo de morir para reunirse con el familiar recientemente fallecido.

Cuando los hijos quedan al cuidado de los abuelos de forma permanente, ello conlleva en ocasiones riesgo de suicidio, pues ya no tienen la energía suficiente para educarlos y pasan desde la sobreprotección limitante, hasta la total permisividad, y este tipo de crianza conspira contra la conformación de una adecuada personalidad. En estos casos la conducta suicida puede ser generada por sentimientos de haber sido regalado o rechazado por los padres o como un síntoma de un trastorno incipiente de la personalidad.

En el caso del abandono de los hijos por parte de los padres, ello se convierte en la puerta de entrada a una vida miserable, pues los hijos pasan a formar parte de los desechos sociales, los llamados «hijos de la calle» con su secuela de drogadicción, prostitución, delincuencia juvenil y peligro de muerte, sea por los propios niños o por adultos que los eliminan como si ellos fueran los victimarios y no lo que realmente son, víctimas. En estos casos los comportamientos suicidas pueden ser secundarios a la propia condición en que viven estos niños y adolescentes que nutre la desesperanza, por los efectos prodepresivos de las drogas, principalmente el alcohol, o por un mal manejo de la violencia, que puede ser heterodestructiva pero también autodestructiva.

El divorcio es otro factor que puede conllevar riesgo de suicidio en los hijos por dos razones principales. O bien, se trata de una ruptura tumultuosa, con agresiones constantes entre los padres y el empleo de los hijos como punta de lanza de un cónyuge contra el otro. Y este ambiente caótico es una agresión a la salud mental de la descendencia, que puede cometer un acto de suicidio por desesperación, por encontrarse ante unas circunstancias en las que poco puede hacer para solucionar, convirtiéndose en una situación sin salida. Y «la sogá parte por el lado más débil» dice un refrán y muchas veces son los hijos los más vulnerables en este tipo de conflicto.

Otras veces el divorcio no tiene estas características sino que ocurre de manera amistosa, ante los

ojos atónitos de la descendencia que no comprende porque se tienen que separar sus padres y en estos casos el comportamiento suicida puede intentar la reconciliación de los padres, o por la tristeza que ocasiona pensar que ya nada volverá a ser igual en su vida, que ya nunca podrá tener ambos padres en el hogar, que ya nunca más volverán a ser esa familia.

III.- Patologías de los hijos

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los niños y adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Aunque todas estas condiciones conllevan riesgo de suicidio, solamente abordaremos la depresión, el abuso de drogas y el trastorno incipiente de la personalidad de tipo límite, por tratarse de enfermedades mal diagnosticadas, no aceptadas y peor tratadas en las que el comportamiento suicida es un síntoma importante.

Pasemos a describir dichos trastornos

Depresión: Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.

- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:

Se manifiestan con más frecuencia irritable que tristes.

Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.

Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.

Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.

Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.

Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

Si no se diagnostica oportunamente la enfermedad depresiva y no se le trata adecuadamente durante el tiempo necesario, puede ocurrir el suicidio.

Abuso de drogas: Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

–Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:

- a. Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).
- b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
- c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
- d. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para vender-

los y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.

– Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.

– Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos que deben servir para realizar el diagnóstico oportuno de esta condición y evitar el suicidio que ocurre en la mayor parte de los afectados a consecuencia de una sobredosis de la sustancia adictiva aunque también pueden utilizar otros métodos cuando hacen consciente que han perdido lo más valioso que tiene un ser humano que es su libertad.³⁻⁶

Trastorno incipiente de la Personalidad tipo límite. Las características más comunes de estas personas son las siguientes:

- a. Tienen una autoimagen muy cambiante y determinada principalmente por la manera en que son percibidos por las personas que le rodean (familiares, amigos, compañeros de aula, maestros, etc.). Por lo tanto, su comportamiento puede oscilar en dos polos diametralmente opuestos, siendo a la misma vez el muchacho bueno y noble o malo y terrible.
- b. Mantienen relaciones muy intensas e inestables con las personas con las que mantienen vínculos afectivos, pudiendo necesitar de ellos de forma desesperada y sentir, por otra parte, que no deben estimular esa dependencia para evitarse un mayor daño emocional.
- c. Tienen necesidad desmedida de apoyo, compañía y cariño y esperan que los demás sepan lo que necesitan incluso sin que ellos se lo manifiesten, pues suponen que deban saberlo.
- d. Se valen de cualquier fórmula para demandar atención y afecto, aunque estas no sean socialmente bien vistas, adaptativas y coherentes, como puede ser el elogio desmedido o la crítica mor-

daz hacia una misma persona, la amenaza o el intento de suicidio, la autoagresión intencional sin propósitos suicidas, etc.

Poseen múltiples habilidades que son incapaces de utilizar con éxito en beneficio propio debido a su inestabilidad e inseguridad emocionales y las relaciones interpersonales caóticas. Son inteligentes pero sin habilidades sociales.

Alternan de la suspicacia y desconfianza extrema a la ingenuidad infantil en sus relaciones interpersonales, con la particularidad que reviste el hecho de tornarse recelosos de todos los seres queridos en situaciones de crisis en las que se considera un factor protector saber confiar en otros significativos, mientras que en sus estados habituales depositan su confianza, sin reparo alguno, en quien no conocen en lo absoluto.

Presentan sentimientos de no ser queridos, de ser defectuosos, inútiles, dependientes, ignorados, incapaces de mantener su control. y con tendencia al autosabotaje.

La conducta suicida en este tipo de personalidad puede ser para recibir atención del familiar, para que se preocupen por ellas, para que se les acerquen afectivamente, lo cual no sucede cuando se comportan de forma más adaptada.⁷

Es necesario reconocer las características de este tipo de trastorno, buscar ayuda profesional para establecer una estrategia de ayuda que les permita ganar en autorespeto, autoimagen, autoconfianza.

IV.- Lo que desean los hijos que han intentado el suicidio

Muchos padres y madres desconocen la información que pueden poseer sus hijos con relación al tema del suicidio, lo cual conspira contra la prevención de dichos actos en el seno familiar.

Según un grupo de adolescentes en los que se estudiaron sus opiniones con relación a este tema, hay diversos motivos por los que se puede intentar el suicidio entre los que mencionaron el maltrato físico, la humillación y el bochorno, la muerte de un ser querido, los conflictos familiares, no permitirles distraerse, reprobar los exámenes, el aburrimiento y el embarazo oculto.

Este mismo grupo consideró que los estados de ánimo más frecuentes antes de realizar un acto de suicidio entre los adolescentes que lo realizan son la rabia, el aburrimiento, la culpa, el desamparo, el fracaso, el odio, la amargura, la soledad, la desesperanza, el pesimismo y el desinterés.

Otro resultado encontrado es que los adolescentes que intentan el suicidio desearían que los escucharan con atención y que les permitan su desahogo, que les brinden apoyo emocional y que no los juzguen y que la familia los ayude a enfrentar los problemas de otra manera que no sea la autoagresión. Este mismo grupo consideró que no deseaban que se les criticase por lo ocurrido, que no les prestasen atención, que ignoren sus deseos, que les desafíen a cometer suicidio y que los dejen a solas con sus ideas de matarse.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Barrero SA. Lo que Vd. debiera saber sobre... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV, 1999.
2. Pérez Barrero SA. El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba, 1997.
3. Pérez Barrero SA. Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hosp. Psíqu. de La Habana, 2000.
4. Pérez Barrero SA. La Adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayazo, 2003.
5. Pérez Barrero SA. Psicoterapia para aprender a vivir. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. Cuba, 2001.
6. Correa H, Pérez Barrero SA. El suicidio: una muerte evitable (en prensa).
7. Mosquera D. Diamantes en bruto (I). Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Ediciones Pléyades. SA, 2004.
8. Pérez Barrero SA, Sereno Batista A. Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. Revista Internacional de Tanatología y Suicidio. 2004, Vol. I, 2.