

TRASTORNO BIPOLAR II y SUICIDIO ADOLESCENTE **Ideas e Intentos Suicidas**

PROF. DR HÉCTOR S. BASILE

EL SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES¹

■ *El suicidio de los niños y de los adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino a la familia, a los padres, y a la comunidad en la cual vivió el joven.*

■ *Es considerado a menudo como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan a sí mismos - muchas veces infundadamente - el no haber percibido las señales de alerta.*

■ *También es visto como un fracaso por la comunidad, pues actúa como señal vívida de que la sociedad moderna, a menudo, no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse.*

INTRODUCCION

Aumento vertiginoso del diagnóstico de TRASTORNO BIPOLAR EN ADOLESCENTES

Según los resultados del trabajo en que han participado investigadores de la Universidad de Columbia y del Instituto de Psiquiatría de Nueva York, publicado en "Archives of General Psychiatry", se constata un aumento vertiginoso de los diagnósticos de trastorno bipolar.

Durante el estudio «analizamos datos de la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria del Centro de Estadísticas sobre Salud de EEUU, la cual refleja la información facilitada por médicos, representativos de todas las clínicas norteamericanas, que informan de los aspectos clínicos y de los tratamientos que reciben sus pacientes a lo largo de una semana de consulta».

Se compararon los diagnósticos de trastorno bipolar en menores de 19 años y en mayores de 20, realizados entre 1994 y 1995, con los dictámenes llevados a cabo en los mismos grupos de edad entre 2002 y 2003.

¹ **Basile, Héctor S.** *Prevención Psicosocial del Suicidio Adolescente. Biblioteca Virtual de Psicopatología. Buenos Aires Argentina. 2010*

Constataron que las visitas de niños con el trastorno bipolar aumentaron de 25 a 1.003 por cada 100.000 jóvenes. Los casos se han elevado en tan sólo nueve años de 20.000 a 800.000. Es decir, 40 veces más.

«El número de diagnósticos en población adulta también ha crecido pero no de una forma tan exagerada. Sólo son dos (2) veces más frecuentes ahora que en los años noventa»,

Sería muy interesante investigar sobre este tema. Es posible que la patología o bien estuviera antes infradiagnosticada, o bien que ahora lo esté en exceso.

PROYECTO DSM V

DESREGULACIÓN DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON DISFORIA (TDD)

Reclasificación de los trastornos bipolares y la definición de una nueva patología, la desregulación del estado del ánimo con disforia (TDD)

En la última revisión de la Asociación Americana del Diagnóstico Psiquiátrico y el Manual de Estadística de Trastornos Mentales (DSM 5), se decidió crear una nueva categoría la desregulación del estado del ánimo con disforia (TDD), para identificar a aquellos niños que presentan un estado de ánimo negativo y fuertes cambios de temperamento y que hasta la fecha eran diagnosticados como un trastorno bipolar.

"Ninguno de los diagnósticos del DSM ofrece un rigor apropiado dada la complejidad de los estados de ánimo de estos niños y sus comportamientos", aseguran los autores de dicho artículo, reconociendo que, de hecho, "la etiqueta 'trastorno bipolar' servía para definir a aquellos niños que no encajaban en ningún otro diagnóstico".

De este modo, y aunque reconocen que la nueva etiqueta del TDD ayudará a los investigadores que estudian la etiología y el tratamiento, "no disminuirá el tratamiento psicofarmacológico".

Es más, añaden que "si se aplica de forma masiva y se relaciona con cualquier tipo de rabieta, en realidad se incrementará el uso de medicamentos".

Además, en función de las nuevas premisas terminológicas, los niños "etiquetados" con TDD probablemente recibirán los mismos medicamentos que actualmente se receta a los niños con trastorno bipolar.

EL TRASTORNO BIPOLAR (TB)

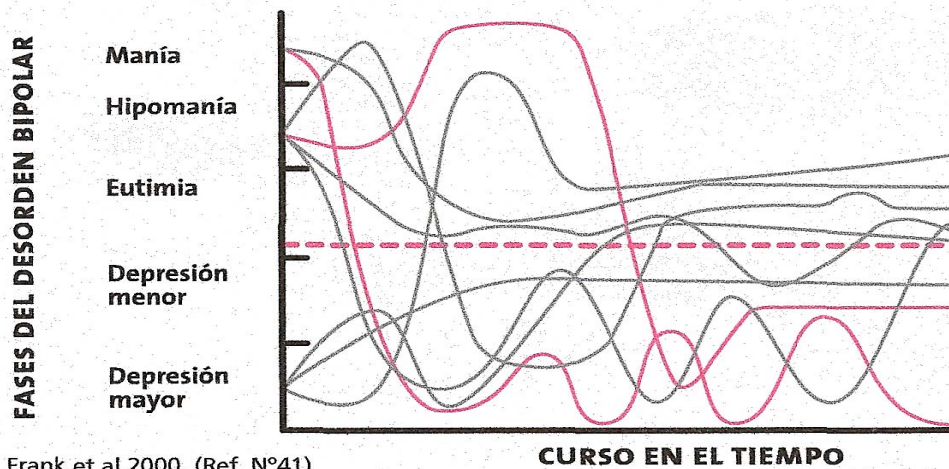
El **trastorno bipolar** (TB) describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele

oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

SINOPSIS: TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR:

- Las personas con el **trastorno bipolar tipo I** han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión grave.
- Las personas con **trastorno bipolar tipo II** nunca han experimentado un episodio maníaco completo y en su lugar presentan períodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos períodos hipomaniacos alternan con episodios de depresión grave.
- Una forma leve de trastorno bipolar llamado **ciclotimia** implica fluctuaciones en el estado de ánimo menos severas con períodos de hipomanía y depresión leve.
- Es posible que las personas con trastorno bipolar tipo II o ciclotimia sean diagnosticadas erróneamente como pacientes que padecen únicamente depresión.

CURSO CLÍNICO DEL TRASTORNO BIPOLAR



Frank et al 2000, (Ref. N°41)

Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ.: Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. Biol Psychiatry. 2000;48(6):593-604.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaniacos no llegan a los extremos de la manía y un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. El **trastorno bipolar II**, que se da más frecuentemente se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía y al menos otro de depresión.

SEMIOLÓGÍA DE LA BIPOLARIDAD ADOLESCENTE

MANÍA

La descripción de un joven paciente que sufre este trastorno permite obtener una idea aproximada de lo que sucede durante esta fase:

*“Las ideas rápidas se convierten en demasiado rápidas y hay demasiadas...
...la confusión reemplaza con rapidez a la claridad...el pensamiento se bloquea...la memoria se desvanece...el humor desbordante deja de ser divertido
...Tus amigos comienzan a asustarse...todo se vuelve en tu contra...te sientes irritable, enfadado, asustado, incontrolable y atrapado.”*

LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE SUFREN UN EPISODIO MANÍACO

Frecuentemente pueden:

- *Sentirse muy felices o hacer tonterías de una manera inusual*
- *Ponerse repentinamente de muy mal genio*
- *Hablar muy rápido sobre muchas cosas distintas*
- *Tener problemas para dormir pero no sentirse cansados*
- *Tener problemas para mantenerse concentrados*
- *Hablar y pensar más a menudo en el sexo*
- *Hacer cosas peligrosas*
- *Pensar en la muerte o el suicidio*

HIPOMANÍA

El siguiente testimonio personal ilustra las diferencias en la realidad percibida por el propio joven con respecto al episodio maníaco típico anteriormente expuesto:

“Al principio, cuando me siento bien, es tremendo...las ideas se suceden con velocidad.....toda la timidez desaparece, las palabras y los gestos adecuados de repente aparecen...la gente y las cosas poco interesantes se convierten en fascinantes...La sensualidad es incontrolable, el deseo por seducir y ser seducido es irresistible....Tu mente se inunda con increíbles sentimientos de confianza, poder, bienestar, omnipotencia, euforia...te sientes con capacidad para hacer cualquier cosa...pero...de algún modo.....todo esto comienza a cambiar.”

DEPRESIÓN

Un testimonio en primera persona de un joven sobre el estado de ánimo característico de esta fase ayuda a tener una imagen más ajustada del proceso por el que atraviesa el paciente:

“Me siento completamente incapaz de hacer cualquier cosa bien.....parece como si mi mente se hubiera ralentizado y sobrecargado hasta unos extremos que la hacen prácticamente inútil...me siento inútil...me siento atrapado por la desesperación y el pesimismo.....los demás me dicen ‘Es sólo algo temporal, pasará y te pondrás bien!’...pero desde luego no tiene ni idea de cómo me siento en realidad.....ni siquiera puedo moverme, sentir o pensar y no hay nada que me importe.”

LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE SUFREN UN EPISODIO DEPRESIVO

Frecuentemente pueden:

- *Sentirse muy tristes*
- *Quejarse mucho de dolores, como dolores de estómago y cabeza*
- *Dormir muy poco o demasiado*
- *Sentirse culpables e inútiles*
- *Comer muy poco o demasiado*
- *Tener muy poca energía y falta de interés en las actividades divertidas*

¿CÓMO AFECTA EL TRASTORNO BIPOLAR A LOS PADRES Y FAMILIARES? ²

Con síntomas depresivos en casa, las familias comienzan a sentir que hay una nube gris sobre todo.

Los padres están en desacuerdo sobre como manejar los problemas del niño; la estabilidad del matrimonio suele sufrir, sea un hijo o un cónyuge el que presenta esos señales.

Se hacen menos actividades familiares y cuando no se dan cuenta que esta atmósfera se debe a algún trastorno mental, los resentimientos pueden hacer aún más difícil la vida familiar.

Cuidar a un niño o adolescente que sufre del trastorno bipolar también puede ser estresante para sus padres.

Tienen que lidiar con los cambios de estado de ánimo y otros problemas, como el mal genio y las actividades peligrosas.

Esto puede ser un desafío para cualquier padre.

A veces el estrés puede perjudicar sus relaciones con otras personas y puede que deba faltar al trabajo o perder su tiempo libre.

Si está cuidando a un niño que sufre del trastorno bipolar, cuídese usted también.

Si mantiene bajo su nivel de estrés, podrá desempeñarse mejor.

Esto también podría ayudar a que su hijo mejore.

² Word Fellowship of Esquizofrenia *Los Primeros Señales de Advertencia y Recaída. Manejando una Crisis, El Riesgo de Suicidio en Depresión, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia.* Toronto, Canadá 2005

EL ACTO SUICIDA ³

Realizar el acto suicida puede ser:

a- el resultado de haberlo pensado en forma prolongada, con premeditación y reflexivamente;

b- otras veces, ocurre como una reacción rápida, impulsiva, como un “corto-circuito”, en un agudo marco emocional, (por ej. en un episodio bipolar II) sin poderlo sopesar serenamente, y

Se realiza en un momento de disminución del grado de conciencia, frecuentemente inducida y/o facilitada por acción del alcohol o las drogas.

El Riesgo de Suicidio

El 90% de las víctimas de suicidio tiene una enfermedad psiquiátrica diagnoscable.

El 80% de los suicidios son llevados a cabo por personas con una enfermedad depresiva - pudiendo ser un trastorno bipolar, una depresión clínica o una depresión que co ocurre con otra enfermedad psiquiátrica.

Las mujeres intentan suicidarse 3-4 veces más que los hombres, pero los hombres completan el suicidio más frecuentemente, probablemente porque eligen métodos más letales, por ejemplo, pistolas.

Las ideas suicidas son tan comunes en los trastornos del ánimo que se consideran un síntoma de la enfermedad.

El suicidio es muy difícil de predecir, pero hay algunos signos a los que hay que estar alerta.

TRASTORNO BIPOLAR Y SUICIDIALIDAD

*Los Trastornos Bipolares I y II se asocian a una alta morbilidad y mortalidad, Estos trastornos presentan entre un 10 a 20% de incremento de riesgo de suicidio, o sea un **aumento de hasta 20 veces en la tasa de suicidios** respecto de la población general*

La tasa de mortalidad en pacientes con trastorno bipolar es mayor que en el resto de la población

*El índice de mortalidad en lo que se refiere a la tasa de suicidio es **diez veces mayor que en la población general.***

³ Basile, Héctor S. *Prevención Psicosocial del Suicidio Adolescente. Biblioteca Virtual de Psicopatología. Buenos Aires Argentina. 2010*

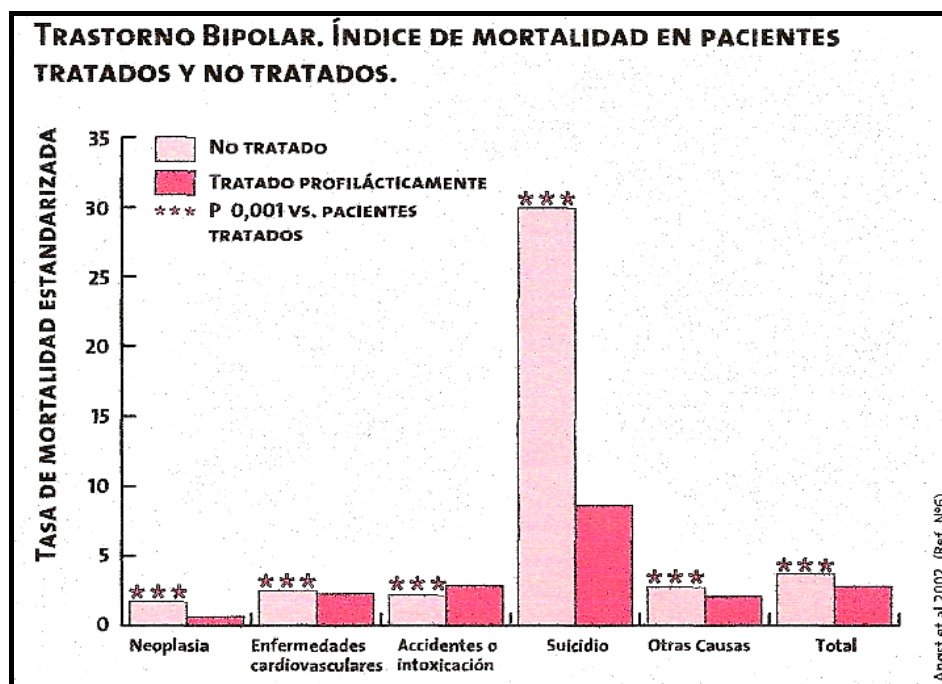
Los suicidios en los pacientes con trastorno bipolar, suelen producirse, generalmente, en la etapa de depresión, caracterizada por un profundo sentimiento de tristeza, melancolía, insomnio, intranquilidad e hipomanía, baja autoestima y cansancio o falta de interés por las cosas.

Los pacientes con una enfermedad maníaco-depresiva tienen mayores probabilidades de suicidarse que los individuos afectados de cualquier otra enfermedad psiquiátrica o médica.

La tasa de mortalidad es superior a la provocada por la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares y por diversos tipos de cáncer.

Sin embargo, esta tasa de mortalidad es a menudo subestimada e ignorada, una tendencia que puede ser parcialmente atribuible a la creencia ampliamente difundida de que el suicidio es un acto que depende totalmente de la propia voluntad.”⁴

Se estima que más un 5% de la población mundial padece este tipo de trastorno, abarcando desde sus formas más leves hasta las extremas. Estadísticamente hombres y mujeres están igualmente representados.



Simpson S.G., Jamison K.R. The risk of suicide in patients with bipolar disorders. J Clin Psychiatry 1999 ; 60(suppl 2) :53-56.

Aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con trastorno bipolar tratan de quitarse la vida.

Este porcentaje de intentos de suicidio es 30 veces superior al registrado entre la población general.

⁴ Goodwin and Jamison, Manic Depressive Illness, p. 227.

El riesgo de suicidio es significativamente mayor en los estadios iniciales del trastorno, en comparación al desarrollo posterior de la enfermedad.

Estudios recientes efectuados entre los afectados por el trastorno bipolar indican la ocurrencia de, al menos, un episodio de intento de suicidio en un porcentaje que oscila entre el 25 y el 50% de los casos.

Se estima que entre todas las personas que intentan suicidarse, 2/3 de los mismos han experimentado algún tipo de episodio depresivo o maníaco-depresivo.

Las mujeres intentan suicidarse 3-4 veces más que los hombres, pero los hombres completan el suicidio más frecuentemente, probablemente porque eligen métodos más letales, por ejemplo, pistolas.

Las ideas suicidas son tan comunes en los trastornos del ánimo que se consideran un síntoma de la enfermedad.

El suicidio es muy difícil de predecir, pero hay algunos signos a los que hay que estar alerta.

PREDICTORES POTENCIALES DE SUICIDIO Y DE INTENTOS DE SUICIDIO EN 1.556 PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLARES.

Seguimiento de hasta 2 Años.⁵

Los trastornos bipolares están asociados con altas tasas de intentos de suicidio y muertes por suicidio.

Los pacientes con trastorno bipolar que presentan una historia de intentos de suicidio son más de cuatro veces más propensos a tener una posterior intento de suicidio o muerte por suicidio.

POSIBILIDAD SUICIDA Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Uno de los aspectos fundamentales de la necesidad de diagnóstico temprano es la mayor tendencia al suicidio de las depresiones bipolares respecto de las unipolares

La tasa de suicidios es de 10 al 15%.

Tondo menciona una tasa de 0.4% por año en el hombre y la mujer, siendo 20 veces mayor con respecto a la población general.

⁵ **Centro de Trastornos del estado de ánimo, Departamento de Psiquiatría Menninger, Predictores Potenciales de Suicidio y de Intentos de Suicidio En 1.556 pacientes con Trastornos Bipolares. Seguimiento de hasta 2 Años.** *Bipolar Disord.* 2006 octubre, 8 (5 Pt 2) :566-75. LB Marangell, MS Bauer, EB Dennehy, Wisniewski SR, MH Allen, DJ Miklowitz, MA Oquendo, Frank E, Perlis RH, JM Martínez, Fagiolini Un MW Otto, CA Chessick, HA Zboyan, S Miyahara, Sachs G, Thase ME.

Los actos suicidas a veces aparecen temprano en el curso de la enfermedad y en asociación con las fases depresivas severas y las disfóricas-agitadas, especialmente después de repetir depresiones severas.

Para Post el 34% de los pacientes encuestados tienen historia de intentos de suicidio.⁶

En la mayor parte de los estudios epidemiológicos, los pacientes graves (que tienen más conductas parasuicidas) suelen tener mayor historia familiar y personal de abuso de drogas.

Mayor historia personal de estresores traumáticos tempranos y actuales, mayor número de hospitalizaciones por depresión, curso de manía severa, mayor comorbilidad del eje I, II y III.

Hay varios estudios de comorbilidad con trastornos de ansiedad pero no parecen influenciar en la severidad del trastorno bipolar, pero sí con peor respuesta al tratamiento.

Es de observación clínica frecuente la alta prevalencia de abuso y/o dependencia al alcohol y drogas en los bipolares, con más riesgo en mujeres pero mayor severidad en hombres.

Este fenómeno podría ser un intento del organismo para automedicarse en ambas fases aprovechando los efectos sedativos y desinhibitorios del alcohol (sabemos que no son genuinamente antidepresivos).

Jóvenes Bipolares y Suicidio

Los jóvenes bipolares (que van alternando cíclicamente entre la manía eufórica y la depresión) deben poner el mayor interés en identificar los factores que afectan a su estado de ánimo y pueden cambiarlo de signo.

Algunos de estos jóvenes pueden auto controlarse en las fases de euforia, otros, sencillamente, no pueden.

Tanto los claramente maníacos como los que parecen no haber perdido el control, corren un gran riesgo cuando, en un revés de la fortuna, sus aspiraciones un tanto irreales y fantasiosas se transforman en sinsabores.

Los cambios de estado de ánimo pueden ser bruscos e inesperados y, en cualquier caso, peligrosos.

En cuestión de instantes se puede pasar del estado eufórico al depresivo, con una fuerte inclinación al suicidio.

*Es importante destacar que más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar abusan del **alcohol** u otro tipo de **sustancias** durante su enfermedad.*

⁶ **Post RM.** *The Impact of Bipolar Disorder.* J Clin Psychiatry 2005; 66(Suppl5):5-10.

Existe una evidencia bien conocida de la relación entre el consumo, por ejemplo, de cocaína y la presencia de un trastorno bipolar subyacente. El alcohol y el abuso de sustancias son a menudo circunstancias enmascaradoras de esta realidad y que añaden, si cabe, mayor complejidad al problema (Akiskal)⁷.

Se debe señalar un último aspecto con respecto a las consecuencias que derivan de un trastorno maníaco depresivo cuando no es convenientemente diagnosticado y tratado precozmente.

El trastorno bipolar puede ser a menudo enmascarado por otros trastornos psiquiátricos comórbidos como los trastornos de conducta, la hiperactividad, el abuso de alcohol, drogas y otras sustancias, síntomas psicóticos, rasgos obsesivos, ataques de pánico, personalidad borderline o trastorno por estrés post-traumático. Son condiciones que añaden dificultad en el diagnóstico diferencial del mismo y en el posterior diseño de las estrategias de intervención más adecuadas en cada caso

*Pocos estudios han investigado el predominio y los factores de riesgo para las ideas suicidas y los intentos entre las muestras representativas de pacientes psiquiátricos con **trastorno bipolar I y II**.*

En el curso de la vida, la extensa mayoría (el 80%) de pacientes psiquiátricos con trastornos bipolares tiene ideas suicidas o ideas más tentativas de suicidio. La depresión y la desesperación, la comorbilidad, y la conducta suicida precedente son indicadores dominantes del riesgo.

Los factores de riesgo agregados pueden hacer la diferencia.

FACTORES QUE FRECUENTEMENTE PREDISPONEN AL SUICIDIO en BPII

- Historia Familiar de suicidio.
- Abuso de Alcohol. Estados Mixtos.
- Inicio de la enfermedad.
- Episodio Depresivo.
- Periodo de recuperación.
- Período posterior al alta de la internación.
- No adherencia al tratamiento farmacológico
- La tasa de suicidio en los TB ronda el 20%;
- Es mayor la proporción en **TB II** que en los TB I

Es considerable la contribución del BP II para el comportamiento suicida.

Los resultados son particularmente alarmantes de acuerdo con otras evidencias, incluyendo:

⁷ **Akiskal HS.** Validating "hard" and "soft" phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? J Affect Disord. 2003 Jan;73(1-2):1-5.

a) el bien documentado papel predictivo de intento de suicidio previo para el suicidio cometido y

b) la evidencia que sugiere que los individuos con **BPII** utilizan métodos significativamente más violentos y letales que los individuos con **BPI**.

Para reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el suicidio, la atención clínica rutinaria para **BPII** debe incluir una evaluación del riesgo en curso e intervenciones dirigidas a los factores de riesgo.

ENTRE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES QUE CONTRIBUYEN A EMPEORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON BPII, se encuentran:

- Enfermedades de origen cardiovascular (hipertensión arterial),
- Metabólicas (obesidad, diabetes), neurológicas, respiratorias (tabaquismo, enfermedades pulmonares, fatiga crónica) o
- Mayor riesgo de problemas durante la gestación.

Se observa que las personas con trastorno bipolar:

- tienden a tener unos hábitos de vida sedentarios,
- un elevado índice de consumo de sustancias adictivas o
- una ingesta de dietas inadecuadas,
- que son algunas de las causas que pueden precipitar la aparición de estas enfermedades.

LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS PUEDEN LLEVAR A RECAÍDAS, TANTO MANIACAS COMO DEPRESIVAS:

La discontinuación o terminación de la medicación sin consultar con su médico.

Estar mal medicado.

Aunque muchas de las personas que sufren del trastorno realmente nunca logran cometer el suicidio, el promedio anual de suicidio en hombres y mujeres diagnosticadas con la enfermedad es de 10 hasta 20 veces mayor que en la población general.

Individuos que padecen del trastorno tienden a tener tendencias suicidas, especialmente durante los estados mixtos de hipomanía y depresión agresiva.

RIESGO MAYOR DE SUICIDIO

Los adolescentes con **trastorno bipolar II** pueden presentar **un riesgo mayor de suicidio** que adolescentes con otros trastornos psiquiátricos.

Además, la comorbilidad del trastorno del ánimo y los trastornos por abuso de sustancias se ha correlacionado con un mayor riesgo de suicidio en adolescentes mayores y adultos jóvenes.

Es importante señalar las bien conocidas elevadas tasas de comorbilidad de dependencia de sustancias y trastorno bipolar

SIGNOS DE ALERTA/AMENAZA DE SUICIDIO

Expresar sensaciones de inutilidad, de desesperanza sobre el futuro y de impotencia para cambiar la situación.

- Oír alucinaciones de "órdenes" de matarse
- Desatender su aspecto y bienestar personal
- Abusar de drogas o alcohol
- Haber tenido una pérdida reciente como la muerte de un pariente cercano o un amigo/a, el término de un matrimonio, la pérdida de un trabajo, del hogar, dinero, estatus, auto-estima o salud
- Hablar de matarse, con acceso a los medios (cuchillos, pistolas, veneno, píldoras) — mientras más específico el plan, mayor riesgo hay.
- Hacer gestos de despedida; un testamento, regalar sus posesiones favoritas.
- Demostrar repentinos cambios de humor desde depresión hasta felicidad inexplicable.
- Sentirse indestructibles en un estado maníaco o delirante.

Los intentos previos de suicidio o los gestos de daño a sí mismo, aumentan el riesgo de suicidio.

El dañarse a sí mismo como cortarse o tomar demasiadas píldoras puede ser una súplica por ayuda y debe ser atendida/ respondida.

RIESGO DE SUICIDIO. SEÑALES DE ALERTA DEL TRASTORNO BIPOLAR II

SIGNOS DE ALARMA DE ÁNIMO ELEVADO O HIPOMANÍA.

- Alta energía
- Se siente maravillosamente bien - Euforia
- Creatividad
- Hablar en forma excitada
- Hiperactividad
- No sienten necesidad de dormir
- Impulsividad o temeridad, imprudencia
- Falta de discernimiento ("insight") y de criterio
- Muy irascible

EDUCAR A LAS FAMILIAS PARA DETECTAR LAS SEÑALES DE ALARMA

Estas señales precoces son críticas.

Es importante hablar con amistades o familiares confiables y consultar a un profesional de salud mental.

Es cuando muchos de estos signos están presentes que las familias pueden sospechar el comienzo o la recaída de una enfermedad.

Es más difícil actuar sobre estos signos cuando se observan por primera vez.

*Sin embargo, como indicaciones de **recaída** de síntomas agudos es importante actuar sobre sus sospechas y conseguir tratamiento lo antes posible."*

QUÉ HACER FRENTE A UN JOVEN CON SIGNOS DE ALARMA

1. Hable sobre ello.

2. No evite hablar de suicidio por miedo a dar la idea.

- *No hay que esperar que las tensiones lleguen a tales extremos.*
- *Se debe buscar ayuda externa del médico de la familia o en una clínica médica.*

EDUCAR A LOS ADOLESCENTES PARA DETECTAR LOS SÍNTOMAS DE RIESGO

"Si conoces a alguien con los siguientes síntomas. Ayúdalo inmediatamente!"

- *Un cambio repentino de tristeza a una aparente felicidad,*
- *Hablan o piensan todo el tiempo sobre la muerte,*
- *Tristeza profunda, problemas para dormir y comer que empeoran cada vez más,*
- *Pierden interés en los trabajos que realizan todos los días (como las obligaciones, lavar, trastes, cocinar, ir a trabajar, etc.),*
- *Hacen comentarios como que se sienten solos, inútiles o que no sirven para nada ordenan minuciosamente las cosas, cambian de parecer a cada momento.*
- *Dicen frases como "todo sería mejor si yo no estuviera aquí", hablan sobre suicidarse.*
- *Sienten mucha preocupación por las personas que aman.*
- *No comparten sus sentimientos abiertamente.*

SE DEBE PRESTAR ESPECIAL ATENCIÓN A LO SIGUIENTE:

DURANTE LA ETAPA PREVIA: "SÍNDROME PRESUICIDA"

Durante la etapa previa al acto suicida se asocian los siguientes elementos:

- a) La opresión: impresión de estar cercado; esta impresión abarca tanto las relaciones humanas, como los valores que dan sentido a la vida;*
- b) Una inhibición de la agresividad, un sentimiento de rabia impotente que se vuelve contra Sí mismo, y*
- c) Fantasías o fantasmas suicidas que llevan a cabo una auténtica autointoxicación ideativa acompañada de una regresión imaginaria, que provoca el hábito y el auto condicionamiento de llevar a cabo la escena fantaseada.*

DESPUÉS DEL INTENTO SUICIDA:

SÍNDROME DE LA «SEUDOCURACIÓN»

Durante los primeros días, a veces incluso ya durante las primeras horas después de un intento de suicidio, se percibe un relajamiento de las tensiones anteriores que incluye tanto una disminución del sentimiento de rabia interna del adolescente como un descenso de las tensiones intrafamiliares.

Este relajamiento momentáneo, que podría compararse con un efecto de catarsis, dificulta la concienciación del suicida.

El adolescente critica su gesto y trivializa las dificultades que le han conducido a este extremo y que parecen haber desaparecido como por arte de magia.

La familia más próxima, en especial los padres, se encuentran al lado del adolescente, los conflictos quedan totalmente olvidados por el momento.

El adolescente, aliviado por haber sobrevivido y sentirse objeto de numerosas atenciones por parte del entorno, tiende a rechazar toda ayuda propuesta, juzgándola innecesaria, mientras que... los padres, presa de sentimientos contradictorios en los que se entremezclan tristeza, culpabilidad, preocupación, pero a veces también una cierta hostilidad, suelen mostrar su acuerdo con el adolescente a este respecto.

Se observa una relativa relajación sintomática: el adolescente parece más tranquilo, más optimista y muestra una importante tendencia a negar la existencia de cualquier malestar psíquico. Los padres se movilizan y conceden ahora al adolescente lo que le habían denegado antes.

Este acercamiento a los padres, que ofrece una seguridad momentánea, le resultará pronto difícil de soportar..., ya que el gesto llevado a cabo demuestra precisamente la dificultad de desligarse, sobre todo si no se ha producido ningún cambio en las interacciones familiares.

Ese beneficio inmediato puede provocar una agudización del comportamiento suicida y favorecer los reintentos suicidas.