

**MANEJO Y PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES:
UN ESTUDIO DE CASO**

Guillermo Riba Bazo

RESUMEN

El presente artículo constituye un análisis del fenómeno del suicidio en niños y adolescentes a partir de una experiencia de trabajo desarrollada con padres y madres de un Centro Educativo, en el cual tuvo lugar un acto suicida, cuya víctima fue un niño de 11 años de edad.

Se analizan las dificultades de los padres y madres, para enfrentar y manejar sentimientos y fantasías asociadas al suicidio y principalmente, en torno a la elaboración del duelo.

Finalmente, se abordan aspectos relacionados con la depresión infantil y la prevención del suicidio en niños y adolescentes.

I. Presentación

El presente trabajo pretende abordar el problema de la depresión y el suicidio en niños y adolescentes. Para ello se resume y analiza la experiencia del autor con padres y madres de familia de un centro de enseñanza primaria y secundaria, con sede en la provincia de Heredia. En dicha institución, un niño de 11 años se suicida. Ese acto doloroso, repentino y nunca esperado, coloca a quienes forman parte de esa institución: autoridades, educadores, alumnos y padres y madres, en una situación de crisis. Surge así la demanda de intervención institucional, la cual se concreta en un taller en el que participan padres y madres, alumnos y educadores.

El taller formó parte de un Plan de Intervención denominado "Manejo y prevención de situaciones de suicidio" (Abarca, Sonia; Flochová, Mónica y Riba, Guillermo; 1990) Este Plan fue formulado y ejecutado por un grupo de psicólogos de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional como respuesta a la petitoria urgente, formulada por las autoridades de la institución escolar.

El propósito fundamental fue el brindar un espacio a los involucrados, directa o indirectamente, en la experiencia acaecida, que permitiera la expresión y contención de sentimientos y pensamientos asociados al hecho suicida en particular y a la conducta suicida de niños y adolescentes en general.

De similar o mayor relevancia, es el análisis de los factores de riesgo y los elementos esenciales de la prevención en situaciones de suicidio.

II. La depresión y el suicidio en niños y adolescentes: algunas consideraciones teóricas

El problema de la depresión y la eventual conducta suicida en niños y adolescentes, es más frecuente de lo que se indica en algunos trabajos epidemiológicos. Lo anterior responde a varios hechos, entre ellos cabe mencionar que la depresión en los niños y en jóvenes, muchas veces es subestimada y mal interpretada por los mismos padres y madres y por profesionales. Se asume que los estados de tristeza y eventual depresión de esa población no son más que manifestaciones inocuas de dicho período y que pronto desaparecen. Los adultos tienden a desvalorizar la depresión en sus hijos e hijas adolescentes. Quizá, desde una perspectiva eminentemente sistémica, ello responda a que tal estado afectivo de los adolescentes, constituye una expresión analógica de la propia tristeza y depresión de los padres y madres

Además, muchas de las conductas suicidas y de los hechos suicidas consumados no se registran como tales y a menudo aparecen como accidentes. No es de extrañar que sean los accidentes la principal causa de muerte en población comprendida entre los 15 a 24 años, siendo el suicidio la tercera causa de defunción en dicha población.

En los últimos años ha habido un cambio espectacular en el enfoque de la depresión infantil y juvenil. En la actualidad se acepta que no sólo la infelicidad y la insatisfacción pueden ser muy intensas en algunos niños, sino que podemos hablar de verdaderas depresiones. Múltiples datos como los recogidos por Harrington (1993) han contribuido a superar el escepticismo y la ignorancia reinante hace algunos años sobre la existencia de auténticas depresiones infantiles y por ende de un dramático riesgo de suicidio. Por ejemplo, Rao y cols. (1993) realizaron un estudio longitudinal de 159 niños y adolescentes deprimidos y hallaron una tasa de suicidios de 4,4 por 100 en un período de 10 años en comparación con un 0 por 100 en un grupo de niños con sintomatología ansiosa. Lo anterior demuestra que la depresión infanto juvenil es mucho más severa de lo que se pensaba en la década de los setenta y ochentas. Este reconocimiento ha impulsado un espectacular crecimiento de la investigación en esta área. En un estudio reciente efectuado por Lewinson y cols. (1994), se entrevistó a

1,508 adolescentes entre 14 y 18 años de edad, seleccionados aleatoriamente en colegios. Sus resultados confirmaron la alta prevalencia de depresión entre esta población; del conjunto de entrevistados, un 24 por 100 estaban sufriendo o habían sufrido en los últimos seis meses de un episodio de depresión mayor.

En general, la conducta del adolescente tiende mucho a ser depresiva. De hecho el joven atraviesa por un marcado período de duelos que debe enfrentar y resolver en un lapso relativamente corto de tiempo.

Así, el fin de la infancia y la adolescencia misma son periodos propicios para el desarrollo de un proceso depresivo. Para muchos jóvenes el perder un cuerpo infantil y la aparición de un nuevo cuerpo, la pérdida de la imagen infantil, la pérdida de la imagen de sus padres y madres otrora idealizados y vistos como onnipotentes, así como el enfrentar la tarea de construir una nueva identidad, a partir de las experiencias y vivencias previas pero no en función de los otros, sino en función de sí mismos, constituyen oportunidades para el surgimiento de un cuadro depresivo.

No obstante lo anterior, y sin menoscabar la importancia de los factores intra psíquicos, nuestro análisis de la depresión y la conducta suicida no debe circunscribirse solamente al individuo.

El marco explicativo debe necesariamente hacer referencia al contexto social y familiar en que viven los y las adolescentes de nuestra sociedad. Como bien lo señalan Aberarstury y Knobel (1985) la importancia del ambiente familiar es indiscutible, y los niños y jóvenes suicidas, en su mayoría, provienen de hogares en crisis. Cuanto más pequeño es el niño, más perturba su desarrollo la problemática familiar.

Podemos afirmar que vivimos en una sociedad depresiva. "El considerable aumento de las enfermedades depresivas y la utilización masiva de antidepresivos y ansiolíticos, bastarían para justificar el diagnóstico de depresión en muchas personas que no sabiendo qué hacer con su existencia, se vuelven contra sí mismas. Pero si no se tiene en cuenta el hastío producido por un mundo en el que no habría gran cosa que vivir ni realizar, se corre el peligro de olvidar que en este fin de siglo las afeciones de la subjetividad del hombre individualista se desarrollan en un contexto social en el que las grandes instituciones encuentran muchas dificultades para promover un ideal desde el que sea

posible proyectarse favorablemente en el futuro" (Anatrella, 1993, p 11)

La depresión y la conducta suicida están, por lo tanto, estrechamente relacionadas entre sí, y ambas son el producto o la resultante de determinadas condiciones psicológicas y sociales que favorecen las conductas auto destructivas o bien aquellas conductas que valoran y respetan la vida.

III. Procedimiento metodológico

Podemos afirmar que la experiencia objeto de nuestro análisis, califica, metodológicamente, como una intervención en crisis. Por lo tanto, el procedimiento seguido, en este caso fue expedito y centrado fundamentalmente en el emergente grupal, en este caso particular, la situación de crisis vivida por los diferentes estamentos que componen la institución educativa donde ocurrió el lamentable hecho suicida. Los responsables de esta institución plantean una demanda de intervención a la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional. Un colectivo de profesores de esta unidad académica asume el reto de organizar, realizar y evaluar una intervención institucional.

El objetivo central de la intervención fue el de acompañar y conducir a los sujetos afectados, a fin de que logran transitar a través de la crisis propia del duelo, integraran la pérdida a sus procesos vitales y continuaran viviendo, a partir de los cambios que la experiencia les demandaba.

La elaboración del duelo requiere de un gran esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes. Por tal motivo, es primordial que se elabore y logre superar tal proceso, ello a pesar del dolor que conlleva. La pérdida puede verse afectada por una serie de condiciones particulares como la identidad y rol de la persona perdida, edad, sexo, situación vital de quienes sufren la pérdida, causas y circunstancias, entre otros; las cuales determinarán la evolución del duelo hacia su resolución adecuada o bien hacia una evolución patológica. En este caso particular, las circunstancias de suicidio, de un niño, que desempeñaba un rol de liderazgo al interior de su grupo de clase, hacían que las probabilidades de una mala resolución del duelo fueran mayores para todas aquellas personas cercanas al niño, familiares, en primer lugar, y también compañeros, profesores y padres de familia de la institución educativa a la que asistía.

El plan de Intervención en crisis y acompañamiento del duelo, abarcó tres poblaciones: educadores, estudiantes, y padres y madres de familia, con dos psicólogos en función de coordinadores en cada uno de estos grupos. El presente trabajo hace referencia, básicamente, a este último grupo.

La intervención con padres y madres de familia, se organizó en tres sesiones, una por semana, con una duración de dos horas cada una. Participaron un promedio de 26 personas, 16 madres y 10 padres.

3.1 Descripción analítica de las sesiones

A continuación se presenta una descripción y análisis de cada una de las sesiones que se tuvo con el grupo de padres y madres.

La primera sesión permitió abrir un espacio para que los padres y madres expusieran sus sentimientos, dudas, temores y fantasías asociadas a la ocurrencia del suicidio.

Al inicio de esta sesión, los coordinadores plantearon el encuadre general la experiencia que se iba a realizar y explicaron los motivos de su presencia. Se explicó el plan de intervención que, simultáneamente, se estaba desarrollando con los profesores y también con los niños.

Un silencio de aproximadamente 5 minutos marcó el inicio de esta primera sesión, como era de esperarse; sin embargo pasado ese lapso, los padres y madres empezaron a participar y plantear inquietudes que se pueden resumir en las siguientes categorías:

- Preocupación por el hecho de que sus hijos pudieran imitar al niño suicida.
- Búsqueda de una explicación o causa del suicidio. Uno de los padres y madres lo expresó en términos de que tenía que haber un “origen”.
- La experiencia fue para (“ellos como un frenazo en seco”) impactante.
- Se reflejó el cuestionamiento sobre sus capacidades para atender bien a sus hijos y prevenir una situación de este tipo.
- Sobre protección hacia los hijos en los días posteriores al hecho.
- En esa búsqueda de una explicación, abordaron el tema de las notas y los exámenes trimestrales y la presión que ejercen sobre los niños como una posible causa de conducta suicida.

Otro temor de los padres y madres, se refirió a las secuelas que el suicidio podía haber generado en sus hijos. ¿Cuánto puede dañar a mi hijo el haber vivido y sentido en forma tan cercana una experiencia de suicidio? Fue la pregunta que formuló uno de los padres y madres y compartida por el grupo.

Se plantearon dudas en torno al concepto de la muerte que tienen los niños.

Otro tema fue el de las parejas en conflicto. Esta situación la insinuó al grupo una de las educadoras, y fue confirmada por algunas madres. Se hizo evidente entonces que, algunos padres y madres de ese grupo atravesaban por problemas de pareja y algunas de ellas estaban en vías de separación o divorcio. La pregunta que surgió fue ¿cuánto puede afectar esta situación a los niños?

El análisis de esta primera sesión se consideró difícil. Había en los padres y madres, grandes dificultades para expresar sus sentimientos, eran evidentes las fantasías y temores respecto a la probabilidad de que sus hijos hicieran algo parecido. Ante este temor, la respuesta de los padres y madres ha sido la sobre protección, una madre lo expresó con toda claridad al decir “yo a mi hijo lo pasé a dormir a mi cama”.

El otro contenido que gravitó en la sesión, fue el de una demanda de los padres y madres para que los coordinadores dieran una explicación del porque del suicidio. Sin embargo, vez de responder a la demanda, los facilitadores solicitaran a los padres y madres que expresaran ellos sus propias hipótesis de por qué una persona llega a tomar la decisión de quitarse la vida.

Desde el inicio, los coordinadores indicaron que no se trataba en modo alguno de entrar a juzgar el caso específico del niño, sin embargo, fue inevitable que, en repetidas ocasiones los padres y madres hicieran referencia al caso.

Es importante destacar como los participantes se cuidaron de mencionar posibles problemas en los hogares como causa del suicidio de uno de sus miembros, no hubo hipótesis sobre el suicidio y su relación con problemas familiares. Fue necesario que una de las profesoras de la institución y participante en la experiencia, explicitara tal vinculación.

Esta negación de la dinámica familiar como factor determinante en el suicidio, puede ser

interpretada como un mecanismo de protección. Hablar sobre la familia, era exponerse o arriesgarse a que sus propias dinámicas fueran cuestionadas y era evidente que los padres y madres no estaban preparados para ello. El problema familiar fue entonces encubierto por las notas, la escuela, los exámenes trimestrales. Varios padres y madres se refirieron a estos temas ligándolos de manera vedada al suicidio y directamente, al suicidio en mención.

Por otra parte, es probable que la presencia de la profesora de inglés del grupo en que estaba el niño y también de la psicóloga de la institución inhibieran a los padres y madres de hacer cuestionamientos más directos a la institución, así que estos surgieron en forma indirecta. Los coordinadores del taller se percataron de esta situación, al finalizar la segunda sesión y en ese momento ya no era recomendable excluir los educadores.

Segunda sesión

Esta sesión, fue dividida en dos partes; en la primera de ellas, se les brindó a los padres y madres una serie de elementos teóricos referentes a la etiología y la psicodinamia del suicidio. Ello en respuesta a las inquietudes y preguntas que habían formulado en la primera sesión sobre el motivo del suicidio.

La segunda parte de la sesión tuvo un carácter más práctico y participativo. El punto tratado fue el duelo en los niños y la forma en que los padres y madres podían ayudar a sus hijos en este proceso; lo anterior asociado a la preocupación de las escuelas que la experiencia podía haber dejado en los niños.

Se organizó el grupo en cinco subgrupos, conformados al azar y se les pidió que discutieran y elaboraran una lista en la que señalaran las reacciones inmediatas y actuales de sus hijos a la experiencia vivida y por otra parte que indicaran qué acciones habían hecho ellos como padres y madres ante las reacciones de sus hijos.

Es importante señalar que en esta etapa de trabajo en subgrupos, la participación de los padres y madres se incrementó significativamente. Todos los grupos, sin excepción, se abocaron a la tarea asignada por espacio de aproximadamente 35 minutos, excediendo el tiempo que los coordinadores del grupo habían previsto para esta fase.

Posteriormente, se le pidió a cada grupo que leyera y comentara las reacciones que observaron en sus hijos; en tanto uno de los coordinadores las anotaban en la pizarra.

Entre las principales reacciones que los padres y madres observaron en sus hijos, ante el suicidio del niño se anotaron las siguientes: frecuentes preguntas en torno a los motivos del suicidio, sobre lo bueno o lo malo del acto, donde está el niño ahora, cuestionamientos religiosos, llanto, sobre el hogar y los padres y madres del niño; observaron además una primera fase de comentarios constantes en torno a lo sucedido y luego silencios, además intrusión, temores nocturnos y otros.

Es evidente que tanto las reacciones inmediatas así como actuales fueron similares en la mayoría de los niños.

Antes de analizar, conjuntamente con los padres y madres las reacciones de sus hijos, esto es, las formas de enfrentar las diferentes etapas del proceso de duelo, se abordaron la conceptualización y evolución de la muerte que se observa en los niños, esto es, como la comprenden y reaccionan ante ella.

Para ello se hizo referencia a las cuatro etapas del duelo que distingue Cousinet, citado por Bowlby (1983).

- En una primera etapa el niño será completamente incapaz de comprender el problema.
- En una segunda etapa la muerte será para él como una ausencia, como una larga enfermedad, como una desaparición provisional.
- En una tercera etapa la muerte se integra en una imagen del mundo por los elementos sociales concretos con que se revela al niño (lutos, ceremonias, entierro)
- En una cuarta etapa, antes de la adolescencia, aparece elaborada la idea de su irremediable destrucción.

Además, del autor anterior, A. Gesell (1985) analiza la representación de la muerte en el niño, según la edad. A los cuatro años, la idea de la muerte es muy limitada y no implica una emoción especial. Aproximadamente a los seis años, empiezan las reacciones afectivas ante la idea de la muerte, principalmente con temor ante la posible muerte de la madre, sin que aún se percaten o se preocupen de su propia muerte. A los siete años, piensa en la

muerte como una evidente experiencia humana, pero sólo en forma vaga piensa en su propia muerte. Cerca de los nueve años, acepta de hecho real de la finitud de la vida y de que tanto él como sus padres y madres morirán.

Si se toma en cuenta que la mayoría de los niños del grupo del caso en cuestión tienen edades que oscilan entre los 10 y 11 años; su concepción de la muerte, es muy similar a la que maneja el adulto y por lo tanto también el proceso de duelo.

En relación con el duelo por el que irremediablemente estaban atravesando sus hijos, se enfatizaron dos premisas básicas. En primer lugar el carácter normal del duelo y por ende de sus manifestaciones, algunas de ellas ya señaladas con anterioridad.

En segundo lugar se enfatizó el carácter de proceso de duelo el cual abarca un periodo de tiempo que puede oscilar entre 4 y 6 meses; señalándose a los padres y madres que, a la persistencia de manifestaciones asociadas al duelo después de ese lapso, podrían estar indicando dificultades en los niños para realizar el cierre o elaboración del duelo. No obstante, las reacciones emocionales de cada niño dependen de su nivel de desarrollo, su anterior relación con el fallecido, las circunstancias de la muerte y de la forma de reacción de la familia; este último aspecto fue especialmente recalcado a los padres y madres.

En general, tal como señala Ajuriaguerra (1986), el niño puede reaccionar de dos formas: sensación de abandono o con una reacción de culpabilidad. La sensación de abandono puede reflejarse en una sensación de vacío emocional que experimenta el niño y un sentimiento de desesperación. Las manifestaciones de culpa son de difícil expresión y en ocasiones sólo mediante un examen más profundo pueden ser detectadas. Esta reacción de culpabilidad fue especialmente evidente en una de las profesoras del niño suicida, quien participaba en los talleres. Esta profesora relató al grupo de padres y madres, que el niño, le había llamado a su casa de habitación, horas antes de cometer el acto suicida, pero ella no se encontraba en ese momento. La expresión "si hubiera hablado con él, tal vez no se hubiera matado", revela el gran sentimiento de culpa que estaba viviendo. A esta educadora fue necesario brindarle apoyo psicoterapéutico individual.

En relación con las etapas del duelo, se utilizó como marco de referencia, las etapas que describe John Bowlby (1983), estas fases son las siguientes:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensas.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
3. Fase de desorganización y esperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Después de transcurrido un mes desde el suicidio del niño, es de esperarse que la mayoría de los niños del aula de clase, se encuentren en la segunda fase del duelo, según Bowlby (1983) La realidad de la pérdida se impone en esta fase, el anhelo por el compañerito parece ir acompañado de cierto enojo "¿Porqué tuvo que hacerlo?" Preguntó uno de los niños a sus padres y madres.

Según el reporte de los padres y madres estas conductas y cuánto podrían ayudar o complicar el duelo de los niños. Uno de los padres y madres lo expresó en forma muy clara "A mí me parece mejor que se desahoguen", con base en esta idea, se hizo énfasis en la necesidad de que los niños pudieran verbalizar de la manera más clara y directa, sus sentimientos con respecto a la muerte de su compañero, siendo el papel de ellos como padres y madres, el de escuchar y contener a sus hijos en la expresión de sus sentimientos.

Durante la sesión, los padres y madres formularon a los coordinadores del taller, una pregunta que, en diferentes maneras, les habían planteado sus hijos: "Para Dios esto es bueno", "Que le pasó cuando llegó al cielo", "Es bueno o es malo lo que hizo el niño", "Está en el cielo o en el infierno".

La respuesta a esta variedad de interrogantes, ciertamente no es fácil ni para los padres y madres, ni los coordinadores del taller. En primer lugar, porque ya no se incursiona en el campo de lo psicológico, sino en campo teológico. En segundo lugar el planteamiento y la respuesta son netamente de índole religiosa por tanto, resultaba riesgos para los coordinadores dar una respuesta en términos excluyentes, de lo bueno o lo malo.

En su lugar, los coordinadores indicaron que para dar una respuesta y ayudar a los hijos, primero debe hacerse una separación entre el acto de suicidio y la valoración del suicida. Ciertamente, había que hacer énfasis con los niños en que suicidarse no es modo alguno un acto correcto o que contribuya a resolver cualquier problema que se tenga, sin embargo la valoración del niño suicida como malo, era un juicio de valor que se contribuye a prevenir este tipo de actos trágicos.

Una de las madres del grupo, le respondió a su hijo que "ciertamente el niño en cuestión había procedido de manera equivocada al suicidarse y que había muchas otras formas de enfrentar los problemas, pero que saber si estaba en el cielo o el infierno, si era bueno o malo, ese juicio le correspondía únicamente a Dios".

Tercera sesión: prevención del suicidio en los niños

Tres terceras partes del tiempo en la sesión número 3, estuvieron destinadas a revisar con los padres y madres las medidas o acciones que deben tenerse presentes para la prevención del suicidio. En este sentido, la mayoría de los padres y madres coincidieron en la importancia del ambiente familiar, destacando aspectos tales como la buena comunicación con sus hijos, el brindarles apoyo cuando lo requieran, enseñarles formas de resolver los problemas, permanecer mayor tiempo con ellos, no involucrarlos en los problemas de la pareja. Estas condiciones, desde luego constituyen aspectos fundamentales en la prevención del suicidio.

En cuanto al medio familiar, la mayoría de los autores coinciden en el papel primordial que tiene la dinámica del sistema familiar en la conducta suicida; señalan la alta incidencia de conflictos conyugales, el rechazo por parte de uno de los progenitores, la ausencia de uno de ellos o por carecer de prestigio ante los hijos, comunicándole a estos falta de seguridad y valía. En este sentido, los terapeutas de familia, de formación sistémica, parten del supuesto de que "Todos los síntomas de los hijos reflejan alguna disfunción conyugal" Bergaman, J. (1988).

Por otra parte y aunque no existe un síndrome del niño presuicida, ya que la mayoría de los estudios hacen referencia a la personalidad premórbida del suicida adulto, quienes han estudiado el problema en los niños, han prestado especial interés a la

sintomatología depresiva del niño y sus manifestaciones, previas al acto suicida.

En un estudio realizado con el propósito de establecer las diferencias entre la personalidad habitual y la conducta en los tres meses anteriores a las tentativas de suicidio, U Otto, citado en Buendía (1999) reportó los siguientes datos: sintomatología depresiva en un 38% de los casos estudiados, cambios en la conducta social en un 12.1% y cambios de tipo irritación, agresividad, afecto lábil en un 16.2%. El autor de este estudio llega a la conclusión de que no es factible hablar del síndrome presuicida en los niños, sin embargo, encontró que los síntomas más frecuentes en el niño potencialmente suicida son los siguientes: depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, síntomas psicósomáticos, labilidad afectiva, irritabilidad, aislamiento social y agresión. Otros autores destacan la importancia de cambios típicamente depresivos en las dos anteriores semanas al suicidio: retraimiento, cambios de humor, disminución del rendimiento escolar, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito y en general una disminución de la actividad psicomotriz.

IV. Consideraciones finales

Trabajar en un taller sobre manejo y prevención de situaciones de suicidio, originado por el suicidio real de un niño de escasos 11 años, constituyó una experiencia profundamente enriquecedora y a la vez, desafiante para los participantes.

Se constató el dolor y la aflicción que produce la pérdida de una persona amada, no sólo para quienes de una manera directa la sufren sino también para quienes fueron testigos de ella.

Por medio del relato de los padres y madres, de los sentimientos expresados, fue evidente la confusión y el dolor que sentían más de 40 niños, quienes no podían entender por qué su compañero de clase se había quitado la vida.

Se confirmó además la falta de preparación que existe para lidiar con la muerte. Tanto padres y madres como profesores, profesionales y estudiantes presentan grandes dificultades en el proceso de duelo.

Se observó además dos formas de enfrentar el duelo, ambas igualmente dañinas, la primera de ellas considerando todo duelo como patológico y por ende psiquiatrizando todas las manifestaciones a la pérdida. La segunda e igualmente perjudicial fue la tendencia a restar importancia a los diversos comportamientos que

se dan en el transcurso del duelo, principalmente en el caso de los niños, creyéndose equivocadamente que el dolor que experimentaban por la pérdida desaparecería pronto.

Finalmente, consideramos que es fundamental que tanto padres y madres como educadores y profesionales desarrollen una mayor comprensión sobre el fenómeno de la adolescencia. Es urgente que se propicien formas de relación y comunicación entre los adolescentes y, quienes representamos el mundo adulto, orientadas y guiadas por la comprensión, la tolerancia y la búsqueda de un lenguaje común que nos permita construir espacios más sanos para el desarrollo de nuestras familias.

La prevención constituye un concepto clave en el manejo de la depresión y el suicidio entre niños y adolescentes. Debemos favorecer en los mismos adolescentes su capacidad de expresión, de verbalizar aquellos sentimientos y emociones que les ocasionan conflicto, crisis, temor o cualquier otro sentimiento que los acerque a la depresión. Así mismo, para algunos autores, lo más distintivo de la depresión en niños y adolescentes es la existencia de una autoestima muy baja (Mitchell et al,1988). Incluso algunos estudios han encontrado que el nivel de autoestima es mucho mejor predictor que el nivel de gravedad inicial de la crisis depresiva. ¿Cómo favorecer en los contextos familiares el desarrollo de una autoestima fuerte y segura?, constituye una tarea fundamental para padres y madres de hoy.

Por otra parte, siempre dentro de esta primacía de las acciones preventivas, creemos que las mismas deben estar dirigidas tanto al sub sistema filial, compuesto por los hijos, como al sistema parental. Múltiples estudios, como los desarrollados por Tisher, Tonge y Home (1994) la relación existente entre padres con una paternidad inadecuada o con sintomatologías depresivas, tienden a incrementar el riesgo de depresión en sus hijos. Así, tener un padre o una madre con un trastorno depresivo, no augura nada bueno para los hijos. En el caso específico de la depresión y del riesgo suicida que implica, un estudio de Hammen y cols. (1992) demostró que tener progenitores con depresión u otros trastornos mentales se asocia con una mayor gravedad de la depresión de sus hijos y en una mayor precocidad en la edad de aparición de la misma; lo anterior además, reduce drásticamente las posibilidades de que los niños y jóvenes de estos padres afronten con

éxito los problemas y dificultades propios del ciclo evolutivo que enfrentan niños y adolescentes.

Sobre todo, debemos propiciar en los padres y madres, como adultos responsables de los y las jóvenes, su capacidad para lidiar con sus propios dilemas y conflictos y con aquellos que son inherentes a un período particular del ciclo de vida de las familias, el de la infancia tardía y la adolescencia. Es el adulto o los adultos responsables de los jóvenes, con su mayor o menor capacidad de amar los que mejor pueden trascender esta sociedad depresiva en que vivimos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberarstury, A. Knobel M. (1985) *La adolescencia normal*, 9ªed. Buenos Aires. Paidós.
- Anatrella, Tony. (1993) **Contra la sociedad depresiva**. España. Ed. Sal Terrae
- Bergman, Joel S. (1988) **Pescando barracudas**. Pragmática de la Terapia sistémica breve. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Bowlby, John. (1983) *La pérdida afectiva*. Argentina. Editorial Paidós
- Bowlby, John. (1985) *La separación afectiva*. Barcelona. Editorial Paidós
- Buendía, José. (1999) *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Coleman, James Butcher James, Carson Robert. (1988) **Psicología de la anormalidad y vida moderna**. México, Ed. Trillas.
- Ey, Henry, Bernard P. Brisset Ch. 8ª edición. **Tratado de Psiquiatría**. Barcelona, Ed.Toray Masón.
- Gesell, Arnold. (1980) *El niño de uno a cinco años*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Hammen, C. Dávila, J. Brown, G. Ellicot, A. y Gitlin, M. (1992) Psychiatric history and stress: predictors of severity of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101. 45-52.

J. de Ajuriaguerra. (1983) 4° edición. **Manual de Psiquiatría infantil**. Barcelona. Ed. Toray Masón.

Lewinson, P, Clarke, G. Seeley, J. y Rohde, P. (1994) Mayor depression in community adolescents: age an onset episode duration an time to recurrence. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818

Monroy de Velasco, A. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. (1985). OPS. Publicación científica N° 48, Washington D.C.

Nathan, P. Harris, S. (1983) **Psicopa-tología y Sociedad**. México, Ed.Trillas

Rychlak, Joseph. (1988) **Personalidad y psicoterapia**. México. Ed. Trillas.

Sarason, Irwin, Sarason Barbara. (1986) 2° edición. **Psicología Anormal**. México, Ed.Trillas.

Tisher, M Tonge, B. y De Horne, D. (1994) **Childhood depression, stressors and parental depression. Australian and New Sealand Journal of Psychiatry**, 28, 635-641.