LA ATALAYA ANALÓGICA

Conducta suicida en jóvenes: claves para su comprensión y prevención

Jon García Ormaza

Médico psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia, doctor en Neurociencias y profesor de la Universidad del País Vasco.

https://atalayanalogica.es/

Este artículo tiene su origen en la conversación sobre la conducta suicida y su prevención, mantenida por el autor con el equipo de *La Atalaya Analógica*, que puedes escuchar en el podcast "Entender el dolor y prevenir el suicidio en edades tempranas".

El autor nos aporta algunas claves para entender qué hay detrás del sufrimiento que puede conducir a una crisis suicida, desmontar algunos de los mitos más arraigados y desarrollar una adecuada prevención en edades tempranas, reflexionando especialmente sobre el papel de la escuela y el profesorado en esa prevención y sobre la importancia de la educación emocional y de la construcción de entornos seguros donde el alumnado se sienta escuchado y reconocido.

CONTENIDO

1 Epidemiología: incidencia de la ideación y la conducta suicida en jóvenes.

2 La comprensión de la conducta suicida, elemento clave para su prevención y abordaje.

3 Mitos y creencias más comunes en torno al suicidio.

4 La amenaza suicida en jóvenes: la verbalización de una posible conducta suicida.

5 Claves para la prevención del suicidio en edades tempranas.

6 Estrategias y recursos para la prevención y el abordaje del riesgo de suicidio en los centros educativos

7 El papel del profesorado en la prevención de la conducta suicida.

1

Epidemiología: incidencia de la ideación y la conducta suicida en jóvenes.

No es del todo cierto que la incidencia de muerte por suicidio se haya incrementado de manera significativa. Sí es verdad, en cambio, que estamos detectando una mayor incidencia de ideación e intentos de suicidio. Aquí es muy importante entender que el suicidio no es exclusivo de las personas adultas: cada vez, por desgracia, detectamos conductas suicidas en personas más jóvenes.

También quiero señalar algo que considero fundamental: la inmensa mayoría de las veces que se detecta una idea suicida en un menor o en un adolescente, no se trata de una emergencia. Se trata de un menor que sufre, que padece un intenso dolor —lo que denominamos dolor mental— y que, en ese contexto, tiene pensamientos relacionados con el suicidio; piensa, con mayor o menor intensidad, en la posibilidad de morir.

En cuanto a los factores que pueden estar detrás de este incremento de la ideación y la conducta suicida en personas jóvenes, no podemos olvidar que vivimos en una sociedad que coloca cada vez más a los adolescentes en una posición de autoexigencia y autocomparación casi permanentes. Esta posición es muy ansiógena, genera mucho malestar y hace muy necesarias las habilidades para regularse emocionalmente y para tener una mirada compasiva hacia uno mismo, porque esa exigencia constante, esa búsqueda continua de expectativas —o ese temor a incumplirlas, a nivel académico, personal, de imagen o social— coloca a los jóvenes en una posición de vulnerabilidad.

Otro de los factores, entendido más como factor de riesgo del entorno que como factor individual, es la resistencia que todavía existe en determinados ámbitos a abordar la conducta suicida más allá del paradigma clínico o de salud mental. Entender el suicidio como un problema de salud pública resulta mucho más útil, porque con esa mirada todos los agentes —sociales, educativos, sanitarios— pueden participar y colaborar en la prevención de la conducta suicida.

Por ejemplo, una de las grandes medidas de prevención es limitar el acceso a los métodos de suicidio peligrosos. Para que una persona pueda morir por suicidio, esa persona tiene que desear morir por suicidio y poder hacerlo. Sabemos que, muchas veces —sobre todo en gente joven y adolescente—, ese deseo suicida surge de una crisis rápida, de una intensificación acelerada del riesgo en un contexto de dolor mental y de sentimiento de ser una carga o de pertenencia frustrada. Esto hace que una persona que, apenas una hora antes, no tenía intención de morir por suicidio pueda tenerla sesenta minutos después. El hecho de que, mientras dura esa crisis, la persona tenga a su alcance un método peligroso puede ser el factor que determine que el desenlace sea la muerte por suicidio o que no lo sea.

2

La comprensión de la conducta suicida, elemento clave para su prevención y abordaje.

Gran parte de las personas no tenemos un conocimiento suficiente de la fenomenología de la conducta suicida. Es decir, partimos de ideas, creencias y, en ocasiones, mitos que condicionan cómo entendemos, cómo explicamos y cómo abordamos una eventual conducta suicida en nuestro entorno. Si únicamente la abordamos desde el paradigma psiquiátrico o desde los factores de riesgo, no llegamos a entender que la conducta suicida ejerce una función en la vida de esa persona.

En mayor o menor medida, todos vamos cargando con una «mochila» de dolor y de sufrimiento con la que, habitualmente, podemos seguir con nuestro quehacer cotidiano. Igual que unos padres van a trabajar con esa mochila, un adolescente también va a clase, entrena o sale con sus amigos cargando con ella. En ocasiones ocurre que a ese dolor se le suma la certeza de sentirse una carga, un problema, de no sumar ni dar valor. A esto lo llamamos sentimiento de pertenencia frustrada o de carga percibida. En esa circunstancia pueden emerger ideas de suicidio: si sufro y siento que soy una carga, ¿para qué vivir?

Personas que previamente no tenían un riesgo alto de suicidio pueden sufrir, ante una situación de la vida cotidiana, una rápida intensificación de ese riesgo. ¿Por qué? Porque se produce, a nivel cognitivo, la activación de lo que llamamos el sistema de creencias suicida: una serie de pensamientos de carácter catastrófico. Un ejemplo muy habitual entre adolescentes es el de las expectativas académicas que se sienten obligados a cumplir: no alcanzarlas puede generar pensamientos del tipo «nunca voy a lograrlo», «soy un fracaso», «soy una ruina para mi familia» o «voy a decepcionar a mis padres».

Esta distorsión cognitiva sitúa a la persona en un estado de estrechez o constricción cognitiva —una especie de visión de túnel—, que afortunadamente suele ser muy breve, pero que hace inaccesibles las habilidades y los sistemas de regulación con los que habitualmente cuenta, de modo que la posibilidad de morir aparece como única vía de escape o única solución a ese estado. Aquí es donde cobra sentido lo que decía antes sobre la importancia de no disponer de un método de suicidio al alcance: mientras dura ese estado de constricción mental —lo que los anglosajones llaman "*cognitive constriction*"—, tener un método disponible es lo que puede determinar el desenlace. Sin ese acceso, lo habitual es que el estado de constricción ceda en cuestión de minutos y la persona recupere las habilidades y competencias que utiliza habitualmente para regularse.

Este es un hallazgo relativamente reciente de la suicidología, y explica por qué hasta dos de cada tres personas que mueren por suicidio cada día no tenían intención de morir esa misma mañana o al despertarse. Se trataba, sin duda, de personas que sufrían, pero que no tenían la intención de llevar a cabo ese acto.

3

Mitos y creencias más comunes en torno al suicidio.

En mi experiencia, estos mitos no están extendidos únicamente entre las personas con menos relación con la salud o la salud mental: también lo están, en particular, entre los propios profesionales sanitarios y de salud mental. Uno de los más comunes es el que sostiene que hablar de suicidio es peligroso, al menos fuera de un contexto clínico. La evidencia demuestra justamente lo contrario: preguntar a una persona por la existencia de ideas de suicidio desde una escucha compasiva, sin juicio ni crítica, resulta liberador y terapéutico.

Habitualmente, estas personas han vivido esa experiencia en la intimidad, desde la culpa y la vergüenza, alimentadas por otros mitos: que para pensar en el suicidio hay que «estar loco»; que solo las personas con problemas psiquiátricos pueden tener ideas de suicidio; que si alguien quiere suicidarse poco se puede hacer, porque «quien quiere hacerlo, lo hace»; o que quien dice tener ideas de suicidio solo busca llamar la atención, porque «quien realmente se suicida no avisa». Todos estos mitos colocan a la persona que sufre —y en la que han emergido ideas de suicidio que nunca ha buscado ni deseado— en una posición de culpa y de vergüenza, señalada. Lo más terapéutico es permitirle compartir cómo se siente y qué piensa, y mostrarle nuestra disposición a ayudarla.

Otro mito muy extendido es que las personas que se suicidan no suelen tener grandes planes de futuro; dicho de otro modo, que quien tiene expectativas a corto plazo, buenos planes profesionales o personales, o una buena situación académica o económica, tendría en principio menor riesgo de conducta suicida. Esto es equivocado: la evidencia muestra que la inmensa mayoría —si no la totalidad— de las personas que mueren por suicidio tenían planes de futuro. Muchas de ellas tenían hijos e hijas, pero corrían el riesgo de que, ante un evento de la vida diaria, se desencadenara una crisis emocional intensa que activara esos pensamientos catastróficos y las sumiera en el estado de estrechez mental que hemos descrito.

Existe también un mayor riesgo de conducta suicida entre los descendientes de familias en las que ya se ha dado una conducta suicida, no porque el suicidio se herede genéticamente, sino porque esa realidad ya se ha manifestado en ese entorno. Este riesgo es todavía mayor cuando los mitos condicionan que no se hable de lo ocurrido: que hubo una persona con una vulnerabilidad determinada que, en un momento dado, atravesó una crisis suicida y actuó en consecuencia.

4

La amenaza suicida en jóvenes: la verbalización de una posible conducta suicida.

El término correcto, cuando una persona expresa que tiene un plan o ideas de suicidio, es amenaza suicida: la comunicación de la existencia de un riesgo de suicidio. Mi recomendación es evitar el término comúnmente utilizado de «llamada de atención». Si yo dijera «un día voy a ha-

cer una locura, me voy a matar», el término adecuado para eso es amenaza de suicidio. Y toda amenaza de suicidio implica un riesgo real de suicidio, porque constata que esa persona contempla esa posibilidad.

El motivo por el que el término «llamada de atención» no es adecuado ni beneficioso es doble. En primer lugar, coloca a la persona en una posición de señalamiento: se siente vista como alguien que solo busca llamar la atención. En segundo lugar, y sobre todo, debemos entender que esa supuesta llamada de atención es en realidad el resultado de un dolor cuyo origen está mucho más atrás; es la consecuencia del sufrimiento. Por eso, muchas veces le preguntaría a ese profesional de la educación o a esa familia: ¿consideras que tu alumno, que tu hijo, sufre?

Pongo un caso que en alguna ocasión me han planteado: una persona que, cada viernes que está castigada, dice «o me levantas el castigo o voy a hacer una locura, y además la responsabilidad será tuya». Ante eso yo respondería: de acuerdo, luego, si quieres, hablamos del castigo; pero ahora quiero ir al origen, porque esa persona puede estar sufriendo. Lo que hay que entender es que esa amenaza —esa llamada de atención, como se suele decir— es consecuencia de algo que ya se le está yendo de las manos, y que el foco hay que ponerlo en el dolor. Le diría a ese chico: «Luego, si quieres, hablamos del castigo. Pero ahora mismo me parece entender que estás sufriendo. Si quieres, podemos hablar de eso».

5

Claves para la prevención del suicidio en edades tempranas.

Los entornos, las comunidades y las sociedades que más han conseguido reducir la incidencia de la conducta suicida lo han hecho porque cuentan con más personas capaces de detectar las señales de alarma. A estas personas se las denomina guardianes o gatekeepers. No se trata de habilidades de intervención clínica, sino de habilidades básicas para detectar posibles señales de alarma y conectar a esas personas con recursos de ayuda.

¿Cuáles son esas señales de alarma? Sin duda, que una persona comparta el deseo de morir o busque métodos de suicidio es una señal muy importante. Lo que ocurre es que, sobre todo en la vida moderna, estas comunicaciones ya no son siempre verbales: ocurren también en la vida digital. Sabemos que muchos adolescentes manejan hasta tres cuentas o más: una abierta y pública —en la que quizás encontremos a nuestro hijo haciéndose una foto estudiando en la biblioteca—, otra en la que solo están algunos amigos, y otra más íntima y secreta en la que, y esto es lo fundamental, también siente, piensa y actúa. En estos entornos más privados, donde con menos frecuencia puede llegar la ayuda de quienes detectan señales de alarma, es cuando pueden darse situaciones de crisis sin que nadie las advierta.

Hay más señales de alarma, y es importante conocerlas. Una muy relevante es el sueño: las personas con mayor riesgo de suicidio suelen dormir mal, y en particular duermen muy mal los días previos a un intento. Esto se explica porque el sueño es el gran regulador del malestar, el periodo de regulación por excelencia de los seres vivos y, en especial, del ser humano. Cuando sufrimos y conseguimos dormirnos con rapidez, ese sueño reparador hace que, por la mañana,

aunque el contexto no haya cambiado, el dolor se sienta menor. Y a la inversa: cuando el sufrimiento se sostiene en el tiempo y no descansamos, aunque el contexto sea el mismo, el sufrimiento adquiere una intensidad mayor.

Existe además un grupo de señales de alarma emocionales o psicológicas especialmente importantes para los gatekeepers, y conviene conocer cuatro de ellas. Primera, la alta intensidad del dolor: hablamos de un dolor mental que alcanza una intensidad insoportable; aquí conviene evaluar si la persona siente que puede afrontar ese sufrimiento con las habilidades de que dispone o si estas resultan insuficientes, porque en ese caso pueden emerger ideas de suicidio. Segunda, la desesperanza: la creencia de que ese estado de dolor no tiene solución, que se detecta por la activación de esos pensamientos catastróficos —«nunca voy a lograrlo», «nadie me va a querer», «he perdido a la única persona que podía quererme», «no voy a salir de esto», «nadie podría soportar mi situación»—; cuando estos pensamientos se convierten en certezas, pueden sumir a la persona en el estado de constricción mental del que hablábamos, y en él pueden emerger ideas de suicidio. Tercera, el sentimiento de pertenencia frustrada o carga percibida: la persona interpreta que no aporta valor a su entorno, sino que es una carga. Y cuarta, la hostilidad hacia uno mismo: una emoción muy desagradable que suele preceder a los intentos de suicidio, consecuencia de un proceso mental del tipo «soy una porquería», «soy indeseable», «prefiero morir», y que en última instancia refleja la ausencia de una mirada compasiva hacia uno mismo.

Respecto a los grupos de mayor riesgo: los hombres, a partir de la adolescencia, mueren por suicidio tres veces más que las mujeres, en buena parte porque en esa etapa se interioriza una resistencia a mostrar vulnerabilidad emocional que condiciona una mayor reticencia a pedir ayuda. Las personas del colectivo LGTBIQ+, especialmente los chicos y chicas trans o no binarios, tienen un riesgo muy elevado de conducta suicida porque, además del dolor que puedan sentir, en algunos contextos siguen produciéndose discriminaciones y señalamientos que no les permiten sentirse tan valiosos como los demás, generando ese sentimiento de pertenencia frustrada. En el ámbito académico, el principal factor de riesgo es el acoso escolar. Y entre las personas mayores, además de la soledad no deseada, lo que sabemos es que hay mucha depresión mayor sin diagnosticar ni tratar.

6

Estrategias y recursos para la prevención y el abordaje del riesgo de suicidio en los centros educativos

El ámbito educativo ofrece una serie de ventajas: los menores, tanto en la infancia como en la adolescencia, pasan en torno a siete horas diarias en un marco al que asisten normativamente para aprender, siendo la educación el objetivo último. Conviene reflexionar sobre qué contenidos curriculares resultan hoy más imprescindibles, y lo que sabemos es que las habilidades socioemocionales para la vida diaria son fundamentales. Contar con unas mínimas habilidades de regulación emocional y cognitiva, y con una mínima educación en identidad y valores, resulta enormemente útil para afrontar los contextos en los que nos movemos. Y son precisamente es-

tas habilidades las que, en última instancia, han demostrado ser eficaces para reducir la incidencia de la conducta suicida: los programas socioemocionales que han probado su eficacia para disminuir las autolesiones y la conducta suicida trabajan la regulación emocional y entrenan la flexibilidad cognitiva.

¿Qué ocurre con los protocolos? Surgen, en buena medida, del marco normativo —de la conocida ley de protección de menores—, que obliga a trabajar en la prevención de todo tipo de violencias, incluidas las autolesiones y la conducta suicida. A partir de ese marco, las comunidades autónomas se vieron obligadas a construir protocolos para detectar situaciones de riesgo y adoptar las medidas de prevención posibles en cada caso.

¿Cuál es la realidad? Que, muchas veces, la apertura de un protocolo puede hacer que ese menor se sienta señalado. Conviene entender el protocolo como una consecuencia que se activa cuando se detecta un caso —es, en sí mismo, una medida de intervención— y no como el punto de partida. Todavía estamos en un proceso en el que es necesario extender la prevención, es decir, la promoción de la salud mental de la que hablábamos antes. Cuando se asuma que todo centro educativo, como todo hogar o todo municipio, debe promover el bienestar, se entenderá que, al detectarse una señal de alarma, lo lógico es diseñar una intervención lo más específica posible para esa persona. En ausencia de esa cultura previa de promoción del bienestar, esto no se entiende: genera alarma y puede dar la impresión de que la única intervención posible consiste en abrir el protocolo y derivar automáticamente a esa persona a un seguimiento con los profesionales de salud mental.

7

El papel del profesorado en la prevención de la conducta suicida.

Creo que la idea fundamental es entender la escuela como un espacio de salud: comprender que la prevención de los problemas de salud mental y la promoción del bienestar son educables y que, por tanto, tienen también su lugar en la escuela. Cuando consigamos que la escuela, de manera coordinada con el resto de los agentes que mencionábamos antes, aborde la conducta suicida —como ya está empezando a hacer—, su incidencia disminuirá. Pero no podemos caer en el error de pensar que las medidas educativas por sí solas, o la implantación de programas en la escuela, van a ser suficientes; como tampoco podemos caer en el error de delegar en el profesorado competencias que no le son propias. El profesorado no puede ni debe hacer intervenciones clínicas, ni sustituir a los profesionales de la salud mental.

Lo que sí hay que tener claro es que, cuando se detecta un caso de conducta suicida y se hace un seguimiento, esa es una intervención que corresponde a los profesionales. Pero, mucho antes de llegar ahí, hay una gran labor que también puede hacerse desde la escuela: educar en aquellas competencias que van a permitir que los niños y niñas de hoy —los adultos del mañana — se muevan de forma más competente y resiliente en el mundo que les ha tocado vivir. En última instancia, estas habilidades minimizan el riesgo de que desarrollen autolesiones y conductas suicidas.

Persiste el mito de que la prevención de los trastornos mentales y de la conducta suicida es un asunto que solo puede abordar un psicólogo o un psiquiatra. Y aquí, con toda la sensibilidad del mundo y salvando las distancias, me gusta usar una comparación: si quiero evitar las muertes por accidente de tráfico, tengo que seguir construyendo vehículos más seguros, con mejores sistemas de seguridad, carreteras más seguras y, sobre todo, entrenar a mejores conductores. Sería un error pensar que, para reducir las muertes por accidente de tráfico, lo mejor es poner más traumatólogos y más talleres de chapa y pintura.

No se trata de eliminar o extinguir de forma inmediata y total una fuente de malestar, como si esta fuera necesariamente algo patológico que evitar, sino de entender que las personas somos seres contextuales, en permanente interacción con nuestro mundo, y que continuamente ponemos en práctica —de manera consciente o inconsciente— nuestras estrategias y competencias para mantenernos en equilibrio. Esto es especialmente deseable en un contexto tan cambiante y estresante como el actual, en el que resulta muy recomendable una suerte de aprendizaje permanente.

No se me ocurre una labor pedagógica más importante que la de facilitar que nuestro alumnado adquiera habilidades y competencias que lo acompañen a lo largo de toda la vida, que le ayuden a alcanzar mejores niveles de bienestar y a afrontar, con mejores herramientas, los retos que necesariamente tendrán que enfrentar cada día. No se me ocurre un fin más loable para un educador que facilitar el entrenamiento y la adquisición de estas habilidades socioemocionales, ingredientes imprescindibles en el currículum de nuestros menores.