

Morir antes del suicidio

Francisco Villar Cabeza

Font: Francisco Villar Cabeza. (2022) *Morir antes del suicidio*. Herder Editorial S.L.

MITOS DEL SUICIDIO

El cuestionamiento de los mitos del suicidio es un objetivo loable que nos concierne a todos. En el saber popular, los mitos tienen una penetrabilidad y una aceptabilidad notables y, por lo general, estas se apoyan en su utilidad, o en la apariencia de ser útiles. Todos conformamos la sociedad, independientemente del eslabón que ocupemos en su engranaje, por lo que todos somos responsables o capaces de difundir o cuestionar estos mitos. No se trata de eludir ni de diluir la responsabilidad, los grados de responsabilidad son diferentes.

(...)

Resulta muy preocupante, y un tanto desesperanzador, conocer que los casos más frecuentes de denuncia por mala praxis en salud mental consisten en la negligencia de no valorar de forma adecuada el riesgo de suicidio de una persona. Tal vez ante la falta de avances en la investigación científica, algunos profesionales de la salud acaben asumiendo ciertos mitos específicos, usos y costumbres difundidos dentro del gremio, transmitidos culturalmente más que científicamente. Para la mayoría de los lectores, esta será la primera vez que hayan oído hablar de «los mitos del suicidio», para los profesionales de la salud es un apartado obligatorio, presente en toda guía de «buena práctica clínica» relacionada con el suicidio.

El cuestionamiento de estos mitos por parte de los profesionales de la salud no es más que el primer paso. Asumiendo esa responsabilidad, la intención principal de este capítulo inicial es alinear fuerzas en esta lucha iniciada y mantenida por los profesionales dedicados a la prevención del suicidio. Sin embargo, es prudente moderar las expectativas, el objetivo es dar a conocer estos mitos para así

establecer un punto de partida, aunque con ello aún estemos lejos de lograr el propósito de este libro. Además, hay que asumir una realidad:

Mientras los mitos sean necesarios y útiles para la sociedad, no desaparecerán.

MITO 1. LAS PERSONAS QUE HABLAN DEL SUICIDIO EN REALIDAD NO LO COMETEN, EL QUE DE VERDAD LO QUIERE LLEVAR A CABO NO LO DICE

Llevar las cosas al extremo puede ayudar a valorar el error esencial de un planteamiento, enfrentándolo a su ridículo. Veamos un par de ejemplos: «Estoy muy tranquilo en el matrimonio porque mi pareja me ha dicho que se quiere separar, así que no lo hará». «Menos mal que el atracador me ha amenazado con dispararme, de otro modo estaría preocupado por que lo hiciera». Una persona que nos dice que se quiere morir o que quiere matarse nos ha puesto en un conflicto total e ineludible, de la misma forma que nuestra pareja nos está diciendo que si la situación sigue así nos pedirá el divorcio, o que el atracador nos pone en la tesitura de darle nuestro dinero o bien arriesgar nuestra integridad física. No hay atajo, no hay escapatoria, no hay salida fácil. Sin duda, de estas tres situaciones, la de la persona que quiere morir es la más exigente de todas. Posiblemente con tu pareja puedas rectificar las cosas que te pide, o negociarlas; con el atracador, lo mejor es darle lo que quiera y que desaparezca, después ya podrás denunciarle. Sin embargo, en el tercer caso, la persona nos ha involucrado en una situación de cuyo abordaje depende una parte de la decisión de lo que pasará con su vida, y definitivamente no estamos preparados para afrontar situaciones de esa índole. ¿Cómo enfrentar una situación tan angustiante sin los recursos necesarios? A partir de ese momento, una persona nos hace parcialmente corresponsables de su vida, no tanto del resultado final, pero sí de activar los medios posibles para evitarlo.

El saber popular nos ofrece recursos para sobrellevar la propia angustia de la mejor forma, y el más habitual de ellos consiste en un simple mensaje esperanzador o reconfortante: «Tranquilo, no lo va a hacer». Desafortunadamente, si alguien dice que tiene la intención de acabar con su vida es que lo está contemplando de verdad,

y en ese punto, cuanto antes se intervenga, mejor. Y en la adolescencia, la mejor intervención es informar a los padres de la situación de riesgo detectada. De ese modo, ellos podrán contactar con alguien que pueda ayudar al adolescente a cambiar su situación, o la interpretación insoportable que tiene de ella, volviendo a inclinar la balanza hacia la vida.

Las personas que piensan en la muerte, por lo general, lo que quieren es matar una forma de vivir, no matar la vida. En ocasiones, el estrechamiento de la conciencia reduce la capacidad de ver otras formas de vivir, por no mencionar la falta de energía para emprender cambios, aún siendo capaz de reconocer la conveniencia de realizarlos. En estas situaciones una persona puede llegar a desear acabar con su vida. Y esta es una situación muy real, estas cosas pasan, estas cosas existen. La mayoría de las veces están deseando un cambio, y la desesperanza asociada al suicidio es precisamente la falta de esperanza de que ese cambio llegue o de que uno lo pueda llevar a cabo.

Toda decisión en la vida tiene sus tiempos, una persona reflexiona mucho ante una decisión como esa, pero la soledad, la tristeza, la angustia, en ocasiones no permiten a la persona valorar la situación de forma más real o asumible. Es cierto que la persona que es capaz de hablar sobre ello tiene más posibilidades de no acabar suicidándose, se está dejando ayudar, conserva cierta duda en su decisión, una duda que ha transmitido al otro. Entender esa comunicación como un criterio de menor riesgo es un funesto error. Esa comunicación únicamente se puede entender como una ventana de oportunidad para influir en esa errónea decisión, pero las oportunidades hay que aprovecharlas, especialmente estas, porque tal vez podríamos no volver a tenerlas. Si la ayuda a la que se encomienda la persona que comunica su desesperada situación no llega, o no es la apropiada, aumenta el riesgo que corre, hasta el punto de ser mayor que el riesgo al que se expone quien no lo dice. La persona que no lo dice puede conservar la duda desesperanzada ante posibles soluciones o salidas: «¿Me podría ayudar hablar con alguien?». Quien pide ayuda y no la recibe ha quemado otro cartucho, su sensación de soledad e incompreensión y su desesperanza se confirman con el abandono por parte del

interlocutor, que se retirará tan tranquilo pensando que «si lo ha dicho, seguro que no lo hace...».

Solo corre un menor riesgo de suicidio quien, habiendo comunicado sus intenciones de quitarse la vida, recibe la ayuda que pide. Si no la recibe, queda expuesto a un riesgo mayor que quien no ha manifestado sus intenciones suicidas.

MITO 2. EL SUICIDA ESTÁ DETERMINADO A MORIR / SI UNA PERSONA ESTÁ DECIDIDA A SUICIDARSE, NADA LO IMPEDIRÁ

La viabilidad posterior de la vida de las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio «letal» demuestra lo equivocado de la decisión que tomaron al optar por suicidarse. Hablar de «realidad», «determinación» y de «querer hacer de verdad» son conceptos profundamente inapropiados en el campo de las decisiones del ser humano. Todas las decisiones tienen un fuerte potencial de mutabilidad, hasta las más profundas e incluso las ideológicas. Toda decisión en la vida debe poder ser reversible y permeable al cambio, y siempre está determinada por el dilema que confronta a la persona a elegir entre dos opciones, ninguna plenamente satisfactoria. Los ejemplos son innumerables: queremos pasar toda nuestra vida junto a una persona a la que años después no podemos mirar a la cara; ponemos todo el entusiasmo y las fuerzas en conseguir la titulación para ejercer una profesión que unos años después deseamos cambiar; pensamos que nuestra vida no será igual sin el último modelo de cualquier cosa que, un vez adquirida, dejamos olvidada en un cajón; nos avergonzamos de nuestro aspecto del pasado, de nuestra indumentaria o nuestro peinado, más aún si todavía tenemos presente la sensación de satisfacción que nos provocaba entonces. Por muy teñidas emocionalmente que estén nuestras decisiones, nunca se pierde la capacidad de cambiarlas. Prácticamente nada en la vida se quiere hacer «de verdad», la mayoría de las decisiones en la vida tienen a la **ambivalencia** como vehículo principal. Estamos siempre a lomos de un caballo indomable de contradicciones: los fumadores fuman deseando dejar de fumar; las personas se estiran en el sofá deseando salir a hacer algo de deporte. Casi nadie está completa e infinitamente determinado a nada en la

vida, habría que ser tozudo como una mula e impenetrable a informaciones, incapaz de adquirir aprendizajes y con la plasticidad neuronal totalmente anulada. Nadie se suicida con un 100 % de inamovible convencimiento, nadie vive con un 100 % de inamovible convencimiento.

Las personas hacen intentos de suicidio o mueren por suicidio tras una leve inclinación de la balanza en un momento determinado. Como muy bien describe Simon Critchley (2016), el primer pensamiento que tiene una persona al consumir un intento de suicidio es «quiero vivir». Es una constante, y no por eso es menos impactante, escuchar a un adolescente contar cómo, tras descolgarse de un lugar elevado, luchó con todas sus fuerzas para volver a subir, entrando en pánico al ser consciente de que ya no había marcha atrás. No ocurre solo con los que tuvieron que asumir algún grado de discapacidad física como consecuencia de las lesiones. Chicos que han incurrido en sobreingestas medicamentosas son arrancados de la ensoñación del deseo de morir de la mano de la cruda experiencia del dolor, de las náuseas y un profundo malestar físico, que los lleva a pedir ayuda urgente y espontáneamente, preocupados por las consecuencias a futuro.

Sería más cómodo pensar que si alguien está determinado a morir no podemos hacer nada para que contemple otras alternativas menos definitivas. Si nada podemos hacer, ¿para qué intentarlo? La realidad es profundamente diferente, el proceso decisional que sustenta la decisión de morir es similar a cualquiera de las miles de decisiones ante las que nos hallamos en la vida. Podemos entrar en debates filosóficos respecto a la «libertad individual» o a la «determinación de las circunstancias que nos rodean», pero es muy difícil no aceptar la presencia de la **ambivalencia** en todas las decisiones de la vida, y esa es nuestra oportunidad para presentar alternativas a la persona que solo ve una, especialmente cuando esta es la propia muerte.

Lo primero que piensa una persona que se arroja al vacío con la intención de acabar con su vida es: «No debería haber saltado».

Este mito hace de hilo conductor entre el anterior y el siguiente, todos tan útiles como peligrosos. No solo justifican y favorecen la inacción de la sociedad ante la

primera causa externa de mortalidad en jóvenes, sino que desacredita y señala a todo aquel que pide ayuda. Ya sea antes de hacer un intento de suicidio o tras la realización de este. No se entiende con facilidad que el dolor físico, generalmente, disuelve los pensamientos suicidas y la desesperación, y tras los dolores provocados por una intoxicación medicamentosa lo más habitual es que la persona pida ayuda, procurando evitar la muerte en ese preciso momento. Eso no significa que, cuando pase el dolor físico y deba enfrentarse al dolor emocional ocasionado por su vida cotidiana, no vuelva a ser acosada por las ideaciones suicidas y lo intente de nuevo.

MITO 3. LA MEJORÍA DESPUÉS DE UNA CRISIS SUICIDA SIGNIFICA QUE YA NO EXISTE RIESGO DE SUICIDIO

Esta afirmación solo es cierta en su primera parte: tras toda crisis suicida hay una mejoría. Tras un intento de suicidio, la persona parece entrar en una fase reflexiva en la que está en mejor disposición de revalorar su postura. Acabamos de comentar que, por lo general, el primer pensamiento que se activa en el curso de un intento de suicidio con posibilidad de muerte inminente es «no quiero morir». En muchas ocasiones, los intentos son abortados por padres y amigos, por lo que la persona no se ha visto cercana a la muerte; en esos casos pueden seguir muy enrocados en la idea suicida, pero en unas horas o pocos días, la crisis remite. El propio término «crisis suicida» da cuenta de su carácter temporal y acotado.

La segunda parte de la afirmación es un absoluto error. Cuando observamos esa mejoría tras una crisis suicida, hemos de comprenderla como una oportunidad para generar cambios, de otro modo el riesgo de que la crisis suicida se repita es muy alto. Tanto en la adolescencia como en la edad adulta, el principal factor de riesgo de suicidio es el hecho de haberlo intentado, y eso es tanto más cierto cuanto más reciente haya sido el intento. Una persona que haya intentado suicidarse tendrá, *a priori*, mayor riesgo de repetir el intento que alguien con ideación de muerte o ideas suicidas que no lo ha intentado nunca. El período de mayor riesgo son las primeras semanas tras el alta hospitalaria, cuando todavía no se han dado los cambios en la

vida o en la forma de percibirla. Por tanto, la calma después de una crisis suicida es el segundo momento de mayor riesgo, solo superado por el momento de la propia crisis.

Conforme pasa el tiempo desde el alta clínica tras un intento de suicidio, el riesgo para la propia persona va disminuyendo progresivamente. El primer año presenta un mayor riesgo que el segundo, y así sucesivamente. Un elemento esencial se ha de considerar: las estrategias de afrontamiento tienen una función esencial en la prevención. Si la persona ha estado en una especie de burbuja, protegida de cualquier frustración o exigencia, el tiempo no es más que una forma de medida, no es por sí mismo generador de aprendizaje. Se entiende que cuanto mayor tiempo transcurra, mejores serán las estrategias de afrontamiento porque se habrán ido perfeccionando tras cada nueva situación, error tras error, con algún éxito intercalado. Durante la adolescencia, el tiempo sí juega especialmente a favor de nosotros, pues además de los propios mecanismos de curación del organismo, el proceso de maduración cerebral, que acaba alrededor de los 21 años, dota a las personas de mayores recursos, aún en ausencia de experiencias de aprendizaje.

Asumir este mito atenta directamente contra el plan de seguridad que se trabaja en toda crisis suicida. Se indica a las familias que tienen que mantener las medidas durante un año después de que la persona haya conseguido una estabilidad global. Es decir, cuando la persona mejora, se siente integrada, ha reducido el sufrimiento y empieza a dar muestras fehacientes de esperanza, llegado ese momento de estabilidad, las medidas de seguridad deben mantenerse durante un año.

Después de una crisis suicida el riesgo de suicidio es alto. Durante una «crisis vital» pueden sucederse varias «crisis suicidas». Las medidas de seguridad deben mantenerse durante un año tras superar la «crisis vital», no tras superar la «crisis suicida».

MITO 4. HABLAR DEL SUICIDIO ES UNA MALA IDEA, SE PUEDE INTERPRETAR QUE SE ESTÁ INCITANDO A LA PERSONA

Este mito es también uno de los esenciales, uno de los más importantes. No podemos ser muy críticos con él, la verdad es que la premisa de «no provocar lo que se pretende evitar», o «mejor no hacer nada para no empeorar la situación», siempre está orientada por la prudencia. Lo cierto es que la persistencia de la problemática año tras año nos demuestra que, ante esta realidad, ser prudente es demasiado arriesgado. Recordemos que la intervención adecuada con adolescentes no es excesivamente compleja: acompañarlos, no dejarlos solos, poner la situación en conocimiento de sus padres y estos informar al médico. Esa es toda la intervención que se le exigiría a cualquier persona sin formación. Si un chico que tiene como referente a su entrenador de fútbol, le confiesa estas ideas, el entrenador solo tiene que tomarse en serio al chico. Sin gran alboroto: mantener la calma; decirle que lo entendemos perfectamente; que hay momentos en la vida en los que todo se ve muy oscuro; que mucha gente se ha podido sentir como él; que informaremos a sus padres para que pongan en marcha la ayuda necesaria y que todo va a ir bien. Hablar del suicidio puede incitar al suicidio si se alienta al adolescente a cometerlo; ofrecer un espacio en el que el adolescente pueda compartir sus ideas es un alivio para el adolescente y una oportunidad de recibir la ayuda necesaria.

Hablar del suicidio no incita a la persona a suicidarse, al contrario, le ofrece una tabla de salvación.

Por el contrario, perpetuar el consejo de no hablar del suicidio, por liberador que pueda parecer para la sociedad, tiene un precio alto para la persona en crisis suicida, el precio es la soledad de alguien que no ha elegido voluntariamente pensar en la muerte. Por un lado, la soledad de quien sufre y se muestra desesperanzado y, por otro, el sentimiento de culpa por no haber tendido la mano a quien sufre, al que no ve otra salida que quitarse la vida.

No ver perturbada nuestra paz con las tribulaciones de los demás no es un deseo de la sociedad, ni siquiera en el contexto del individualismo imperante. Todas las referencias culturales que parecen defender esa posición individualista de «no me

molestes con tus problemas» no son más que composiciones artísticas, no tienen la pretensión de transmitir valores. Un ejemplo se refleja en el rotundo éxito de la canción «Black Box Recorder» (1998), del grupo Child Psychology, que en cierto pasaje dice: «Life is unfair, kill yourself or get over it» («La vida es injusta, suicídase o supéralo»), cuyo mensaje implícito es «pero a mí déjame tranquilo, no perturbes mi paz». La canción es agradable de escuchar y el mensaje es inequívoco, invita a seguir adelante: «Supéralo». Sin duda, puede percibirse como motivador, como aquello que llaman psicología inversa, como si dijera: «Deja de lamentarte y ponte en marcha». Nunca los denunciaron por incitar al suicidio, no tendría sentido.

Para quien no tiene fuerzas para arrancar la marcha, para quien se siente «una porquería», para quien se cree «incapaz» de cambiar su situación, ese mensaje, mal entendido, puede ser devastador, especialmente en la adolescencia, y especialmente si no tiene a alguien a su lado que le pueda decir que eso es solo una canción; que en la vida, en muchos momentos, nos podemos sentir desesperados y que no pasa nada por eso; que si no nos vemos con fuerzas de superarlos, solo tenemos que descansar para hacer acopio de ellas, y entonces empezar a superarlo. Pero para eso el adolescente tiene que poder hablar de todo ello, tiene que abrir la línea de diálogo.

Tapar una realidad como el suicidio tiene un altísimo precio en términos de dolor y soledad para la persona que sufre, pero no se tapa por pereza social, sino por falta de recursos de la sociedad.

MITO 5. LA MAYORÍA DE LOS SUICIDIOS APARECE DE GOLPE SIN AVISAR. EL SUICIDIO NO SE PUEDE PREVENIR, ES UN ACTO IMPULSIVO

Uno de los avances más interesantes de los últimos tiempos respecto al suicidio es el cuestionamiento de la impulsividad como elemento troncal en el suicidio. Lo que vemos en la realidad clínica es que la mayoría de las personas que atentan contra su vida viene de largos procesos de reflexión, de valoración de la posibilidad de hacerlo, frecuentemente vividos en soledad, o volcados en la peligrosa y fantástica herramienta de comunicación masiva que es internet. Las personas que se suicidan

acaban tomando esa funesta decisión en respuesta a un desencadenante, pero no como consecuencia de este desencadenante. La explosión no la provoca la chispa, sino el cúmulo de gas que llena la habitación en la que se genera la chispa. Las chispas en la vida son necesariamente inevitables, el cúmulo de gas es generalmente evitable. Muchos suicidios son la primera comunicación que el entorno es capaz de escuchar de lo que, por lo general, hace mucho tiempo que la persona quiere transmitir, es una desesperada petición de ayuda.

La mayoría de suicidios se da tras un largo tiempo de reflexión y de valoración de la idea. Generalmente en una soledad y una clandestinidad favorecidas o forzadas por la carencia de recursos del entorno.

Generalmente, el intento de suicidio es el primer aviso que toma en cuenta el entorno; el primer aviso de una idea rumiada durante meses, incluso años, y muy raramente horas; e incluso cuando son horas, son tantas que se hace difícil atribuir una impulsividad al acto.

Digamos que el estigma y el tabú que envuelven al suicidio, con ayuda de los mitos que estamos abordando, nos impiden percibir el olor del humo, y cuando finalmente lo vemos lo confundimos con vapor, para luego sorprendernos y decir que se ha provocado un incendio de golpe y de forma espontánea. No haber percibido el proceso previo no indica que este no se encuentre presente.

Mientras la sociedad no se sienta preparada para afrontar esta situación no podremos reprochar que no haya podido escuchar todos esos avisos previos, pero no cabe confundir eso con la impredecibilidad del suicidio. La mayoría de las personas en crisis suicida da señales verbales o no verbales de sus intenciones, si aceptamos que «esas cosas pasan», que «estas cosas existen», quizás sea más fácil demostrar inequívocamente esta realidad y desmontar este mito.

MITO 6. UNA VEZ QUE ALGUIEN ES SUICIDA, SIEMPRE LO SERÁ (ONCE SOMEONE IS SUICIDAL HE OR SHE WILL ALWAYS REMAIN SUICIDAL [WHO, 2014])

Una persona puede estar pasando por una crisis en la que, erróneamente, contempla el suicidio como una posible solución a una determinada situación, pero todas estas situaciones, por definición, son temporales. Cuando alguien «está» de una determinada forma, el cambio se entiende como algo más alcanzable que cuando decimos que alguien «es» de una determinada forma. Decir que una persona «es suicida» fomenta la inacción, incidiendo en la consideración de muerte inevitable («Qué mala suerte, tiene el gen del suicidio, qué le vamos a hacer...»).

No existen las personas suicidas, solo las personas en crisis suicida, y depende de todos que salgan de ese estado.

Este mito no únicamente fomenta la inacción, también contribuye al mantenimiento del tabú, del estigma y por tanto de la soledad de las personas que han sufrido una crisis suicida. Si una persona cualquiera se encuentra transitando una crisis suicida, o peor aún, si detecta que su hijo está pasando por una crisis suicida, este mito incrementaría el miedo al estigma, a una etiqueta que permanece indeleble de por vida y que podría restarle oportunidades en el futuro. La consecuencia suele ser no pedir ayuda o privar al que sufre de ayuda, estos comentarios reales no deberían caber en una sociedad sensible con esta realidad: «A mis padres les importa más lo que digan los demás que mi sufrimiento».

Se ha comentado que llevar a cabo un intento de suicidio es uno de los principales factores de riesgo para volver a intentarlo. Esto se debe a que el intento de suicidio solo constata la presencia de una crisis vital, no su finalización. Hay que tener en cuenta que en una crisis vital caben varias crisis suicidas, pero también hemos comentado que el riesgo de suicidio disminuye conforme la crisis vital se resuelve. El final de una crisis suicida no determina el final del riesgo, pero la resolución de la crisis vital sí lo hace. Las personas que han intentado suicidarse tienen muchas más probabilidades de morir por suicidio que alguien que nunca ni siquiera lo ha contemplado; aun así, la mayoría de las personas que intentan suicidarse consiguen

resolver su crisis vital en lugar de morir por suicidio. El reto es conseguir incrementar esa mayoría que no muere por suicidio.

MITO 7. SOLO LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SE SUICIDAN

A diferencia del resto de los mitos, que son en esencia falsos, este tiene su parte de verdad. Aún así, tomar la parte por el todo puede entrañar sus riesgos. Veámoslos:

1) El primer riesgo es que se sigue justificando la inacción de la sociedad, al menos de la mayor parte de ella, de todos los que no son profesionales de la salud mental. Podríamos decir que se sigue favoreciendo que la sociedad mire a otra parte, según un razonamiento del tipo: «Este es un problema de las personas que padecen enfermedades mentales, y esa es la causa del suicidio, por tanto, son los psiquiatras y los psicólogos quienes pueden hacer algo, el resto nada podemos hacer». 2) El segundo riesgo es que permite o fomenta el pensamiento mágico según el cual «ni a mí ni a los míos nos va a pasar, pues eso solo le ocurre a gente con trastornos mentales».

Otro problema de este planteamiento es que agrupa los retos pendientes de dos realidades, el suicidio y los trastornos mentales. Además, lo hace de la peor forma posible, sumando la carga de estigma de la que cada una de ellas adolece. Se condena así a una situación de mayor precariedad a dos colectivos vulnerables; al suicida lo señalan como un trastornado mental, y a la persona que sufre un trastorno mental lo llaman suicida; unas afirmaciones profundamente injustas. Este estigma impide a la propia persona y a la familia reconocer un problema y pedir la ayuda necesaria, por miedo a ser «señalado» o «etiquetado». Además, dificulta la sensibilización social, alejando ambas dificultades de una experiencia real propia: «A mí eso no me pasará», «como mi hijo no tiene un trastorno mental diagnosticado, cuando me dice que se quiere morir, sé que no es verdad».

Con respecto a la parte que es cierta, los profesionales de salud mental se ocupan del sufrimiento psíquico de las personas, en todas sus formas, tanto las que se adscriben a un trastorno mental como las que no. El dolor, especialmente cuando es intenso y es vivido con desesperanza, es el elemento esencial del suicidio. Desde

el ámbito de la salud mental, se aceptan y entienden estos elementos como propios, con todas las consecuencias.

El suicidio es más frecuente entre las personas que padecen trastornos mentales que entre la población general, pero el suicidio no es exclusivo de ellas y esto es especialmente cierto en la infancia y la adolescencia.

Ninguna clasificación internacional reconoce al suicidio como enfermedad o trastorno. Se contempla como una complicación o como un criterio diagnóstico para algunos de ellos. Un ejemplo es el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor. Según el DSM-5, es necesario cumplir al menos 5 de los 9 criterios. El criterio número 9 es el siguiente: «Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo». Por tanto, para decir que hay un trastorno depresivo además de la conducta suicida tienen que haber cuatro síntomas asociados más.

El suicidio no es una enfermedad.

Resumiendo, se puede decir que una persona está deprimida cuando, entre otras cuatro condiciones o síntomas, hay presente una ideación persistente o intentos de suicidio. Por tanto, la conducta suicida es parte de lo que define un cuadro depresivo, no una consecuencia directa de este episodio depresivo.

En otros apartados analizaremos la esencia de la relación entre depresión y suicidio. Aquí solo queremos resaltar la idea de que aceptar la relación causal entre depresión y suicidio ha llevado a un error, al menos en la adolescencia. Pensar que previniendo la depresión podremos prevenir el suicidio es tan cierto como que prevenir los abusos sexuales es prevenir el suicidio. En ambos casos, haremos prevención de los suicidios relacionados con cada una de las causas, pero no con todas. Esta idea está demasiado aceptada en la salud mental, especialmente en la rama de la psiquiatría biologicista, predominante hoy en día. La prevalencia de suicidio en pacientes con depresión es superior a la de la población general, pero no es superior a la de otros trastornos, como el trastorno bipolar, el trastorno de personalidad, el trastorno de la conducta alimentaria y el trastorno psicótico. La prevención del suicidio no puede

equipararse o absorberse en un plan de prevención de la depresión. El suicidio es una realidad mucho más amplia y compleja que la depresión, no cabe dentro de ella. Nuevamente, eso es especialmente cierto en la adolescencia.

El 90 % de los intentos de suicidio se adscriben a un diagnóstico de salud mental, pero solo el 30 % están realmente relacionados con ese trastorno.

MITO 8. SOLO LOS PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS PUEDEN PREVENIR EL SUICIDIO

Este mito se aleja de la posición según la cual «no hay nada que se pueda hacer», o de una peor: «Es mejor no hacer nada». Al menos en este mito se transmite la idea de que algo se puede hacer, y se identifica correctamente a esos profesionales capaces de hacerlo. Lamentablemente, lo que podemos hacer los profesionales de salud mental es tratar el sufrimiento y las ideas de una persona que realiza un intento de suicidio, pero eso es una parte de la prevención, la última, la que se lleva a cabo cuando el problema ya está presente.

Los profesionales de salud mental tienen que ocuparse del tratamiento del suicidio, una vez ha aparecido.

La prevención es cosa de todos.

Si todos los niveles de prevención del suicidio dependieran de los profesionales de salud mental, quizás el suicidio ya no sería la primera causa de muerte en jóvenes. La realidad dista mucho de eso, los profesionales que nos dedicamos al tratamiento y prevención de la conducta suicida somos muy conscientes de las limitaciones de cualquier abordaje que no sea global y no implique a multitud de agentes sociales y comunitarios. Este no es únicamente un ideal basado en una lucha colaborativa, seguramente sería preferible que solo dependiera de un ámbito profesional. La realidad es que esa colaboración no es solo una «idea bonita», un «buen deseo», sino que es «imprescindible». Lo que mejor refleja esta realidad es que, en el ámbito hospitalario, siempre se llega tarde. Si bien es cierto que podría ser peor, porque a

los más graves ni llegamos: en esos casos se certifica la muerte en el lugar y no pasan por un hospital. Cuando digo que llegamos tarde, quiero decir que, por lo general, atendemos a los chicos cuando han realizado intentos de suicidio y nuestro objetivo, en ese punto, no es otro que evitar que lo vuelvan a intentar. La aspiración a intervenir antes de que sea necesario un hospital solo puede hacerse realidad con la implicación de los agentes sociales que están cerca de los chicos, lejos del hospital. Para un objetivo más ambicioso como el de la prevención universal tendremos que implicarnos muchos agentes de diferentes disciplinas.

Los mitos respecto al suicidio tienen la función de ayudar a tolerar, o quizás torear, la angustia que genera la muerte voluntaria del otro. Especialmente cuando no se entiende ni se está de acuerdo con ella, es decir, en el marco de un suicidio. Ante la impotencia de no saber qué hacer percibimos un desasosiego que debe ser gestionado, y esa es la función de los mitos, tranquilizar a los testigos voluntarios e involuntarios del sufrimiento que transmite la persona que está en una crisis suicida, o ayudar a gestionar la infinita culpa que deja el que se ha ido. La conclusión del capítulo es cruda:

Los mitos son muy peligrosos porque incrementan el número de muertes por suicidio.

La concienciación contra los mitos, se basa fundamentalmente en desnudar a la sociedad, en quitarle el falso cobijo que la protege de la tozuda e incesante lluvia de fallecimientos. Muchos de los que se prevé que fallezcan en un futuro pueden ser evitables, si no todos, y eso es gracias a lo que hemos aprendido de los que ya han sucedido, esos que fueron imposibles de evitar.

El objetivo es exponer la vergüenza de la inacción ante una realidad tan cruel, la mayor de las causas de muerte evitables; denunciar la cruda realidad de los mitos, que no es otra que, mientras los testigos consiguen cierta calma («No hay nada que se pueda hacer... por lo tanto, no soy responsable de que no se haga nada...»), la persona en crisis suicida paga esa calma del otro al precio de una profunda soledad, abandono y exclusión. Por cierto, muchas veces las personas en crisis suicida son

plenamente conscientes de esa situación («No dije nada porque no los quería preocupar»).

Mientras la sociedad no aprenda a acompañar a la persona que sufre hasta el extremo de plantearse acabar con su propia vida, los mitos perdurarán, pues resultan de utilidad. Los mitos son, por tanto, solo el síntoma, el reflejo de la incapacidad, de la inmadurez de la sociedad de afrontar una realidad tan dura como el suicidio, más aún en la infancia y la adolescencia.

Do not remove a fence until you know why it was put up in the first place.

(No retires un cercado antes de conocer los motivos por los que se puso allí).

(G. K. Chesterton, 1929)

Ahora que conocemos los motivos por los que se han generado los mitos, el objetivo de este ensayo es, precisamente, contribuir a que sean voluntariamente abandonados, ofreciendo un acercamiento asequible, una reflexión amplia de la problemática, con la esperanza de que una mayor comprensión empodere a la sociedad para que se desprenda de esos mitos.

Para un estudio más amplio de los mitos se puede consultar: *Myths about Suicide* de Thomas Joiner (2010).