

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
UN INSTRUMENTO PARA DOCENTES
Y DEMÁS PERSONAL INSTITUCIONAL

Este documento es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio.

Ha sido preparado como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio.

Palabras claves: suicidio / prevención / instrumentos / docentes / profesores / maestros.

Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
Organización Mundial de la Salud
Ginebra
2001

© Organización Mundial de la Salud, 2001

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud, y todos los derechos son reservados por la Organización. Sin embargo, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido o traducido en parte o en su totalidad pero no para la venta con propósitos comerciales.

Los puntos de vista expresados en el documento por autores citados son responsabilidad solamente de estos autores.

INDICE

Introducción	iv
Un problema subestimado	2
Factores protectores	2
Factores y situaciones de riesgo	3
Cómo identificar estudiantes afligidos y con posible riesgo de suicidio	7
Cómo tienen que manejarse los jóvenes suicidas en la institución educativa	9
Resumen de recomendaciones	12
Referencias	14

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo que atrajo la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés Albert Camus (*El Mito de Sísifo*), es el único problema filosófico serio.

Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999 la OMS lanzó el programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, oficiales de la ley, familias y comunidades.

Estamos particularmente en deuda con la Profesora Danuta Wasserman, Profesor de Psiquiatría y Suicidología, y la Dra. Veronique Narboni, del Centro Nacional Sueco y del Condado de Estocolmo para Investigación y Prevención del Suicidio y Enfermedades Mentales, Centro Colaborador de la OMS, que produjo una versión anterior de este documento. El texto fue revisado posteriormente por los siguientes miembros de la Red Internacional de la OMS para la Prevención del Suicidio, a quienes les expresamos nuestro agradecimiento:

Dra. Annette Beautrais, Escuela de Medicina de Christchurch, Nueva Zelanda.

Profesor Richard Ramsay, Universidad de Calgary, Calgary, Canadá.

Profesor Jean-Pierre Soubrier, Grupo Hospitalario Cochin, Paris, Francia.

Dr. Shutao Zhai, Hospital Médico Universitario del Cerebro, Nanjing, China.

Queremos también agradecer la colaboración de los siguientes expertos:

Profesora Britta Alin-Akerman, Departamento de Educación, Universidad de Estocolmo, Estocolmo, Suecia.

Profesor Alan Apter, Hospital Psiquiátrico de Geha, Petah Tiqwa, Israel.

Profesor David Brent, Clínica e Instituto Occidental de Psiquiatría, Pittsburgh, Pensilvania, EE.UU.

Dr. Paul Corcoran, Fundación Nacional de Investigación del Suicidio, Cork, Irlanda.

Dra. Agnes Hultén, Centro Nacional Sueco y del Condado de Estocolmo para Investigación y Prevención del Suicidio y Enfermedades Mentales, Estocolmo, Suecia.

Dra. Margaret Kelleher, Fundación Nacional de Investigación del Suicidio, Cork, Irlanda.

Profesor François Ladame, Unidad para Adolescentes y Jóvenes Adultos, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza.

Dra. Gunilla Ljungman, Clínica Psiquiátrica Infantil y de Adolescentes, Hospital Central Västerås, Västerås, Suecia.

Dra. Gunilla Olsson, Departamento de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia.

Profesor Israel Orbach, Universidad de Bar-Ilan, Ramat-Gan, Israel.

Profesor Xavier Pommereau, Centro Abadie, Burdeos, Francia.

Dra. Inga-Lill Ramberg, Centro Nacional Sueco y del Condado de Estocolmo para Investigación y Prevención del Suicidio y Enfermedades Mentales, Estocolmo Suecia.

Profesor Per-Anders Rydelius, División de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia.

Profesor David Schaffer, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EE.UU.

Profesora Martina Tomori, Universidad de Ljubljana, Ljubljana, Eslovenia.

Profesor Sam Tyano, Hospital Psiquiátrico de Geha, Petah Tiqwa, Israel.

Profesor Kees van Heeringen, Unidad de Investigación del Suicidio, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, Ghent, Bélgica.

Profesora Anne-Liis von Knorring, Departamento de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia.

Profesora Myrna Weissman, Departamento de Psiquiatría Infantil, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EE.UU.

Estos instrumentos fueron producidos con la esperanza de que puedan ser traducidos y adaptados a las condiciones locales - un prerrequisito para su efectividad. Los comentarios y las solicitudes de permiso para traducirlos y adaptarlos serán bienvenidos.

En este sentido queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a la Sra Hilda Surraco, Inspectora General Docente de Educación Secundaria, Consejo de Educación, Montevideo y al Dr Paulo Alterwain, Director de la Unidad Central de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Montevideo por su iniciativa y sus esfuerzos personales en producir la versión inicial de este documento en español, así como a la Srta. Rosa Seminario, Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud, Ginebra por su dedicada revisión de la versión final.

Dr. J. M. Bertolote
Coordinador, Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA DOCENTES Y DEMÁS PERSONAL INSTITUCIONAL

Mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad.

La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es por lo tanto de alta prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los comprendidos en este grupo concurren al colegio, éste último aparece como un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas apropiadas.

Este documento se dirige básicamente a los docentes y demás personal institucional, tales como orientadores, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, así como directores, miembros de los consejos de enseñanza u otro personal de dirección. No obstante, los profesionales de la Salud Pública y otros grupos interesados en programas de prevención de suicidio también encontrarán útil la información provista. El documento describe brevemente las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia, presenta los principales factores protectores y de riesgo detrás de este comportamiento y sugiere cómo identificar y conducir a los individuos en riesgo y también cómo actuar cuando el suicidio se intenta o se comete en la comunidad escolar.

Actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de los suicidios entre jóvenes de hasta 14 años probablemente tienen lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad.

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos, con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunos países el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15 y 19 que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos.

En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en el colegio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas.¹ Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos.²

Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

UN PROBLEMA SUBESTIMADO

En algunos casos, puede ser imposible determinar si algunas muertes³ causadas por ejemplo por accidentes de automóvil, ahogados, caídas y sobredosis de drogas ilegales, fueron intencionales o no intencionales. Se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales.

Los estudios postmortem de adolescentes que murieron por causas violentas indican que no constituyen un grupo homogéneo. Muestran sutiles manifestaciones de tendencias autodestructivas y de riesgo;⁴ mientras que algunas de las muertes pudieran originarse por actos no intencionales, otras son actos intencionales generados por su dolor de vivir.

Además, las definiciones de intento de suicidio usadas por los estudiantes difieren de las que usan los psiquiatras. Los informes de los jóvenes muestran casi el doble de intentos de suicidio que aquéllos que surgen de las entrevistas de los psiquiatras. La explicación más probable es que los jóvenes que respondieron a las encuestas anónimas usaron una definición más amplia de intentos de suicidio que la de los profesionales. Además, sólo el 50% de los adolescentes que informaron que trataron de matarse habían solicitado atención en el hospital después de sus intentos de suicidio. Así el número de personas con tentativas de suicidio tratadas en el hospital, no constituye una indicación real de la dimensión del problema en la comunidad.

En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres, sin embargo la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Esto probablemente ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal. Los jóvenes a menudo son más agresivos e impulsivos y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas lo cual probablemente contribuye al resultado fatal de sus actos suicidas.

FACTORES PROTECTORES

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

Patrones familiares

- buena relación con los miembros de la familia;
- apoyo de la familia;

Estilo cognitivo y personalidad

- buenas habilidades sociales;
- confianza en sí mismo, en su propia situación y logros;

- búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar;
- búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes;
- receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas;
- receptividad hacia conocimientos nuevos;

Factores culturales y sociodemográficos

- integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades;
- buenas relaciones con sus compañeros;
- buenas relaciones con sus profesores y otros adultos;
- apoyo de personas relevantes.

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presente en todos los casos.

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones de riesgo descritas a continuación varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos.

Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora.

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.⁵

Hay un riesgo más alto de comportamiento suicida entre los pueblos indígenas que entre los no indígenas.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma.⁶

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- psicopatología de los padres⁷ con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales;
- abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia;
- antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio;
- familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño);
- escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia;
- peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones;
- divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores;
- mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes;
- expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores;
- padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada;
- falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido;
- rigidez familiar;⁸
- familias adoptivas o afines.

Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad

Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada:

- humor inestable, enojo o agresividad;
- comportamiento antisocial;
- conductas irreales, representación de fantasías;
- alta impulsividad;
- irritabilidad;
- rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones;
- escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades;
- inhabilidad para entender la realidad;
- tendencia a vivir en un mundo ilusorio;
- fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización;
- se defrauda fácilmente;
- ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones;
- petulancia;
- sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres;
- incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual;⁹
- relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

Mientras que existe mucho interés en las relaciones entre el despliegue extensivo de la personalidad y los factores cognitivos y de riesgo en el comportamiento suicida de los jóvenes, la evidencia de las investigaciones disponibles para rasgos específicos es generalmente escasa y a menudo equívoca.

Trastornos psiquiátricos

El comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

Depresión

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes.^{10,11} Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.¹²

Los estudiantes de colegio que sufren de depresión a menudo presentan síntomas físicos cuando consultan al médico.¹³ A menudo se quejan de que tienen dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho.

Las jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas.¹⁴ Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

Trastornos de ansiedad

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

Abuso de alcohol y drogas

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto.¹⁵

Trastornos alimentarios

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir de bulimia o anorexia.^{13,17}

Trastornos psicóticos

A pesar de que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos maniacodepresivos, entre los afectados por estas patologías, el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

Intentos previos de suicidio

Los antecedentes de intentos de suicidio singulares o recurrentes con o sin los trastornos psiquiátricos mencionados más arriba, son factores de riesgo importantes para el comportamiento suicida.

Acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida

Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad arriba mencionados (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida).¹⁶ Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.¹⁷

Situaciones de riesgos y los acontecimientos que pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidios:

- situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida;
- problemas familiares;
- separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.;
- muerte de una persona querida u otra persona importante;
- término de una relación amorosa;
- conflictos interpersonales o pérdidas;
- problemas legales o disciplinarios;
- presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos;
- sometimiento y victimización;
- decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios;
- altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes;
- falta de empleo y problemas económicos;
- embarazo no deseado, aborto;
- infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual;
- enfermedad física grave;
- desastres naturales.

CÓMO IDENTIFICAR ESTUDIANTES AFLIGIDOS Y CON POSIBLE RIESGO DE SUICIDIO

Identificación de la aflicción

Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.¹⁸

Es el caso de:

- falta de interés en las actividades cotidianas;
- descenso general en las calificaciones;
- disminución del esfuerzo;
- comportamiento inadecuado en la clase;
- ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso;

- fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas (incluyendo cannabis);
- incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas.¹⁹

Si estos signos fueran identificados por un profesor o consejero del colegio, debería alertarse al equipo docente del Centro. Este deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo estos síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.

Evaluación del riesgo de suicidio

Cuando el personal del Centro educativo evalúe el riesgo de suicidio, deberá considerar que estos problemas son siempre multidimensionales, es decir la presencia de múltiples factores que puedan converger y no solamente alguno o uno solo.

Intentos de suicidio previos

Los antecedentes de intentos de suicidio previos son factores de riesgo más significativos. Los jóvenes afligidos tienden a repetir sus actos.

Depresión

Otro factor importante de riesgo es la depresión. El diagnóstico de la depresión debe ser hecho por un médico o psiquiatra infantil, pero los profesores y los otros miembros del equipo escolar, deben poder darse cuenta de la variedad de síntomas²⁰ que forman parte de la enfermedad depresiva.²¹

La dificultad de constatar la depresión está relacionada con el hecho de que durante el desarrollo adolescente es frecuente que aparezcan algunos rasgos comunes con la depresión.

La adolescencia es un estado normal y durante su curso son comunes algunos rasgos tales como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga, y problemas con el sueño. Son rasgos comunes con la depresión como enfermedad, pero no son causa de alarma hasta que aparezcan como persistentes y progresivos. Comparado con los adultos deprimidos, el joven tiende a actuar más, (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y dormir más (como forma de eludir o evadir).

Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales. La intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el cual surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos (por ejemplo su persistencia) son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.

Situaciones de riesgo

Otra tarea importante es identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos, de acuerdo a lo esbozado previamente, que activen los pensamientos suicidas y así aumenten el riesgo de suicidio.

CÓMO TIENEN QUE MANEJARSE LOS JÓVENES SUICIDAS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

El reconocer que un joven está en situación de aflicción y que necesita ayuda no constituye un gran problema. Es mucho más difícil saber cómo reaccionar y responder a los niños y jóvenes suicidas.

Algunas personas del equipo escolar han aprendido a tratar a los jóvenes suicidas en situación de aflicción, con sensibilidad y respeto, mientras que otros no. Las habilidades de este último grupo tienen que mejorar. Es importante en el contacto con un joven suicida, lograr un balance entre proximidad y distancia y entre empatía y respeto.

El reconocimiento y manejo de las crisis suicidas en los estudiantes pueden dar lugar a conflictos entre los docentes y el resto del personal escolar, dado que carecen de las habilidades específicas requeridas, tienen poco tiempo o tienen miedo de enfrentar sus propios problemas psicológicos.

Prevención general: antes que suceda algún acto suicida

El aspecto más importante de la prevención del suicidio es el reconocimiento temprano de los niños y jóvenes en situación de aflicción y/o con un alto riesgo de suicidio.²² Para lograr este objetivo se debe poner un énfasis particular en la situación del equipo escolar y de los estudiantes afectados, de acuerdo con los medios que se describen más adelante. Muchos expertos comparten la idea de que no es conveniente enseñar explícitamente sobre el suicidio a los jóvenes; más bien recomiendan que las cuestiones relativas al suicidio se reemplacen por un enfoque desde los aspectos positivos de la Salud Mental.

*Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional*²³

Primero que nada, es esencial asegurar el equilibrio y bienestar de los docentes y el resto del personal institucional. Para ellos, el lugar de trabajo puede ser de rechazo, agresivo y algunas veces aún violento. Por lo tanto, necesitan materiales de información que aumente su comprensión y proponga reacciones adecuadas para el enfrentamiento de su propia tensión, la de los estudiantes y colegas y posibles enfermedades mentales. Deberían tener acceso a apoyo y si fuera necesario, tratamiento.

*Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes*²⁴

La autoestima positiva protege a los niños y adolescentes frente a la aflicción mental y el pesimismo y los habilita para manejar adecuadamente situaciones de vida difíciles y estresantes.²⁵

Para desarrollar la autoestima positiva en los niños y jóvenes pueden usarse una variedad de técnicas. Se recomiendan algunos enfoques:

- Acentuar las experiencias positivas de la vida que ayudarán a forjar una identidad positiva²⁶ en los jóvenes. Las experiencias positivas pasadas aumentan las posibilidades de que los jóvenes tengan en el futuro mayor confianza en sí mismos.
- No debe presionarse constantemente a los jóvenes para hacer más y mejor.

- No es suficiente que los adultos manifiesten que quieren a los jóvenes, éstos tienen que sentirse queridos. Existe una gran diferencia entre ser querido y sentirse querido.
- No sólo los niños tienen que ser aceptados sino apreciados tal como son. Tienen que sentirse especiales sólo por el hecho de existir.

Mientras que la compasión impide la autoestima, la empatía la alienta debido a que el juicio es dejado de lado. La autonomía y el dominio son las bases sobre las cuales se puede desarrollar una autoestima positiva en la niñez temprana.

El logro de la autoestima por los niños y jóvenes depende del desarrollo de sus habilidades físicas, sociales y vocacionales. Para tener una alta autoestima, el adolescente necesita establecer una independencia definitiva de su familia y compañeros; ser capaz de relacionarse con el sexo opuesto, prepararse para una ocupación que le permita mantenerse; y establecer una filosofía viable y significativa de la vida.

Constituye una estrategia efectiva introducir una capacitación de habilidades para vivir, primero a través de expertos visitantes y posteriormente como parte del curriculum regular. El programa debe proporcionar conocimientos a los estudiantes sobre cómo apoyarse unos a otros y si es necesario buscar ayuda adulta.

El sistema educativo debe también realzar el desarrollo y la consolidación del sentido de identidad de los jóvenes.

Otra meta importante es promover la estabilidad y continuidad de la escolarización.

Promoción de la expresión de emociones

A los niños y jóvenes se les debe enseñar a tomar sus sentimientos con seriedad y alentarlos a confiar en sus padres y otros adultos tales como maestros, médicos, o enfermeras que atiendan la institución, amigos, entrenadores deportivos y consejeros religiosos.

Prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo

El sistema educativo debe contar con disposiciones específicas disponibles para prevenir el matoneo intimidatorio y la violencia dentro y en los alrededores de las instituciones de forma de crear un contexto seguro y libre de intolerancia.

Provisión de información sobre los servicios de atención

La disponibilidad de servicios específicos debe ser asegurada publicando extensamente los números de teléfono, tales como las líneas de ayuda para crisis y emergencias, los números de las emergencias psiquiátricas, de forma tal que estén disponibles para los jóvenes.

Intervención: cuando se identifica el riesgo de suicidio

En la mayoría de los casos, los niños y jóvenes afligidos y/o en riesgo de comportamiento suicida experimentan también problemas de comunicación.

Consecuentemente, es importante establecer un diálogo con el joven afligido y/o en situación suicida.

Comunicación

El primer paso en la prevención de suicidio es invariablemente lograr la confianza en la comunicación. Durante el desarrollo del proceso suicida, la comunicación mutua entre los

jóvenes suicidas y los que se encuentran a su alrededor es de importancia crucial. La falta de comunicación y el quiebre de la red que resulta da lugar a:

- Silencio y aumento de la tensión en la relación. La razón del silencio y la ausencia de diálogo a menudo son causados por el miedo del adulto de impulsar al niño o joven a cometer el acto suicida si discute con él o ella sus pensamientos y mensajes suicidas.
- Obvia ambivalencia. Comprensiblemente la confrontación del adulto con una comunicación de intención suicida de un niño o de un joven trae a primer plano los propios conflictos psíquicos. La tensión psicológica de un encuentro con un niño o joven con intenciones suicidas es, generalmente, muy intensa e involucra un amplio rango de reacciones emocionales. En algunos casos, los problemas emocionales no resueltos de los adultos que están en contacto con los niños y jóvenes suicidas, afloran a la superficie. Estos problemas pueden acentuarse entre el equipo institucional, cuya ambivalencia – de querer, pero al mismo tiempo no desear o no ser capaz de ayudar al joven suicida – puede resultar en eludir el diálogo.
- Agresión directa o indirecta. La incomodidad del adulto es tan grande que la reacción final frente al joven en situación de aflicción o con intenciones suicidas es de agresión verbal o no verbal.
- Es importante comprender que el docente no está solo en este proceso de comunicación, y que el aprender a lograr una buena comunicación es fundamental. El diálogo debe ser creado para, y adaptado a, cada situación. El diálogo implica, primero y ante todo, el reconocimiento de la identidad de los niños y adolescentes y también su necesidad de ayuda.

Muchas veces, los niños y adolescentes afligidos o en riesgo de suicidio son hipersensibles con respecto al estilo de comunicación de las otras personas. Esto es debido a que a menudo carecieron de relaciones de confianza con sus familias y amigos durante su crianza, y por lo tanto experimentaron ausencia de interés, de respeto y aún de amor. La hipersensibilidad del estudiante suicida surge tanto en la comunicación verbal como no verbal. Aquí, el lenguaje corporal juega un papel tan importante como la comunicación verbal. Sin embargo, los adultos no deben desalentarse por la renuencia a hablarles que puedan presentar los niños y adolescentes afligidos y/o suicidas. En vez de esto, deben recordar que la actitud de rechazo es a menudo un signo de desconfianza hacia los adultos.

Los niños y adolescentes suicidas también despliegan marcada ambivalencia acerca de si aceptar o rechazar la ayuda que se les ofrece y también acerca de si vivir o morir. Esta ambivalencia tiene evidentes repercusiones en el comportamiento del joven suicida, que puede mostrar cambios rápidos que van desde la búsqueda de ayuda hasta el rechazo y puede ser fácilmente malinterpretado por otras personas.

Mejoramiento de las habilidades del equipo institucional

Puede ponerse en práctica mediante cursos especiales de capacitación dirigidos a mejorar la comunicación entre los docentes y los jóvenes afligidos o suicidas y aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio. El entrenamiento de todo el equipo institucional en la capacidad de hablar entre ellos y con los estudiantes sobre cuestiones relativas a la vida y la muerte, mejorar sus habilidades para identificar la aflicción, la depresión y el comportamiento suicida, y aumentar el conocimiento sobre el apoyo disponible, son medios cruciales para la prevención del suicidio.

Metas claras y límites precisos tales como están definidos en los manuales de prevención de suicidio constituyen herramientas importantes para este trabajo.

Referencia a profesionales

Una pronta intervención, con autoridad y decisión, (por ej. conducir al joven suicida a un médico general, un psiquiatra infantil o un centro de emergencia), puede salvar una vida.

Para ser efectivos, los servicios de salud para jóvenes tienen que ser de fácil acceso, atractivos y no estigmatizadores. Los estudiantes afligidos y/o suicidas tienen que ser referidos de forma personal y activa por el equipo institucional y recibidos por un equipo compuesto de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y representantes legales cuya tarea será proteger los derechos de los jóvenes. Esta transferencia activa del joven hacia el sistema de atención de salud, lo o la previene de abandonar los estudios durante el proceso de referencia, lo que podría suceder si este proceso sólo se realiza por correspondencia.

Retirar los medios para el suicidio de la proximidad de los jóvenes y adolescentes suicidas

Varias formas de supervisión así como el retirar o poner bajo llave las medicinas peligrosas, revólveres, armas de fuego, pesticidas, explosivos, cuchillos y otros, en los colegios, hogares, y otros contextos son medidas muy importantes para salvar vidas. Dado que estas medidas por sí solas no son suficientes a la larga para prevenir el suicidio, debe ofrecerse al mismo tiempo apoyo psicológico.

Cuando el suicidio ha sido intentado o cometido

Informar al equipo institucional y a los compañeros

La institución tiene que tener planes de emergencia acerca de cómo informar al equipo institucional, especialmente a los docentes, y también a los alumnos compañeros y padres, cuando el suicidio se cometió en la institución, con la finalidad de prevenir suicidios en cadena. El efecto de contagio proviene de la tendencia de los niños y jóvenes suicidas a identificarse con las soluciones destructivas adoptadas por personas que intentaron o cometieron suicidio. Las recomendaciones acerca de cómo manejar y prevenir suicidios en cadena, desarrolladas y promulgadas en 1994 por los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, están en uso y son ampliamente difundidas.²⁷

Es importante identificar a todos los estudiantes suicidas, tanto en la misma clase como en otras. Un conjunto de suicidios en cadena, sin embargo, puede comprender no solamente niños y adolescentes que se conocen unos a otros. Incluso jóvenes que están lejos o son completamente desconocidos de las víctimas del suicidio, pueden identificarse con su comportamiento y recurrir al suicidio como consecuencia.

Los compañeros del colegio, el equipo escolar y los padres tienen que ser debidamente informados de un suicidio o de un intento de suicidio de un estudiante, y la aflicción causada por un acto de este tipo tiene que ser concienzudamente discutida.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

El suicidio no es un incomprensible salto desde el vacío: los estudiantes suicidas le dan a la gente que los rodea suficientes avisos y margen para intervenir. En el trabajo de prevención de suicidio, los docentes y el equipo institucional enfrentan un desafío de gran importancia estratégica, en la cual es fundamental:

- Identificar estudiantes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico;
- Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entender y ayudar;
- Aliviar la aflicción mental;
- Ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales y/o cambios comportamentales;
- Ayudar con sus trabajos a estudiantes menos diestros;
- Observar las faltas injustificadas;
- Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y drogas;
- Remitir a los estudiantes para un tratamiento de trastornos psiquiátricos y abuso de alcohol y drogas;
- Restringir el acceso de los estudiantes a los medios aptos para el suicidio – drogas tóxicas o letales, pesticidas, armas de fuego y otras armas, etc.;
- Proporcionar a los docentes y otros miembros del equipo que trabajan en la institución acceso inmediato a medios para aliviar su estrés en el trabajo.

REFERENCIAS

- ¹ McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
- ² McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss.
- ³ Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
- ⁴ Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1929-1938.
- ⁵ Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 1988, 25: 87-105.
- ⁶ Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
- ⁷ Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
- ⁸ Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 1998, 21(4): 459-472.
- ⁹ Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.
- ¹⁰ Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
- ¹¹ Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
- ¹² Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
- ¹³ Wasserman D. *Depression - en vanlig sjukdom* [Depresión - una enfermedad común]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
- ¹⁴ Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
- ¹⁵ Pommereau X. *Quand l'adolescent va mal*. [Cuando las cosas no van bien para los adolescentes]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
- ¹⁶ Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
- ¹⁷ De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.
- ¹⁸ Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.

- ¹⁹ Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.
- ²⁰ Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
- ²¹ Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
- ²² Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
- ²³ Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
- ²⁴ Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
- ²⁵ Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
- ²⁶ Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
- ²⁷ Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.