Autolesiones y suicidio en adolescentes



El suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo. En España, supone la segunda causa de muerte en menores de 18 años, después de los accidentes de tráfico. En el año 2014 se suicidaron 69 menores, entre 15 y 19 años (INE, 2016).

Una de las reacciones habituales, ante la presencia de ideas de suicidio entre las personas cercanas a los adolescentes, sus familiares, amigos y profesores, es de rechazo, susto o huida. Desafortunadamente, muchas personas en nuestra sociedad siguen pensando que preguntar por el suicidio induce a realizarlo. Esto se debe a múltiples factores sociales y culturales, tales como el estigma de las enfermedades mentales, el miedo a la difusión de estas ideas o la falta de formación de los profesionales de la salud y la educación en el tema.

La realidad es que las ideas de suicidio, los gestos y las denominadas autolesiones no suicidas suponen un **motivo de consulta muy frecuente** en las consultas de pediatría, atención primaria y urgencias. **Se estima que cada año se suicidan aproximadamente 5 de cada 100 000 adolescentes, un 3-6 % realizan un intento de suicidio a lo largo de su vida y un 30% tienen ideación suicida en algún momento.** Por otra parte, un 18% de ellos se causan autolesiones (cortes, arañazos, quemaduras, envenenamientos…) sin intención letal. Estas cifras están en constante aumento en la última década.

Suicidio

Las personas que tienen un **riesgo mayor** de cometer suicidio son aquellas con enfermedades mentales, principalmente depresión, aunque también trastornos de la conducta alimentaria, psicosis, etc. El consumo de alcohol y otras sustancias también aumenta el riesgo, porque favorece el paso al acto. El hecho de estar involucrado en situaciones de violencia, ya sea por iguales (acoso escolar o *bullying*), pareja o familiares, se ha descrito también como un factor de riesgo, así como las sensaciones de pérdida (duelos, rupturas de pareja, divorcio de los padres) y diversos entornos culturales y sociales.

Los principales **signos de alarma** ante una persona con probabilidad de cometer suicidio son: **que comunique de forma repetida estas ideas, ya sea de forma directa o indirecta, que planifique el método y lugar, que niegue estas ideas o su plan ante una sospecha, que lo haya intentado previamente,** más si ha sido de forma violenta o que la ayuda en su entorno sea improbable.

La presencia de éxito académico, planes de futuro, espiritualidad, buen apoyo y comunicación familiar, y la sensación de pertenencia a un grupo son los principales **factores protectores**.

Autolesiones no suicidas

Cuando un adolescente se autolesiona sin una clara intención suicida, lo habitual es que las personas de su entorno se alarmen porque lo identifican con un deseo de muerte. Ellos mismos explican las diferencias, si se les da la oportunidad. Las principales **diferencias entre las autolesiones y los gestos suicidas** son que las primeras responden a estados emocionales de ira, desesperación o angustia intolerables. Los gestos suicidas, sin embargo, se relacionan con ideas crónicas de desesperanza. Los métodos empleados son menos graves y generalmente no peligrosos para la vida, son típicos l**os cortes superficiales (horizontales en el antebrazo), morderse, quemarse o ingerir fármacos** u otras sustancias peligrosas en dosis insuficientes para causar la muerte. Ellos suelen ser conscientes de que su comportamiento puede causar lesiones graves, pero no suponen

una amenaza para la vida. Las autolesiones suelen ser comportamientos muy repetitivos, incluso se les cataloga como adictivos.

Su intención no es [illegible] la atención [illegible] sino pedir ayuda, porque la necesitan La misión de las familias y de los profesionales de la salud es que sustituyan esos comportamientos por otros más adaptativos. En muchos casos las autolesiones buscan aliviar su malestar por otro motivo: por ejemplo, los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria las realizan para aliviar su culpabilidad por haber comido, haber vomitado o estar causando daño a sus padres.

En otros manifiestan **sentimientos de vacío** existencial y deseo de [illegible] vivos, desentumecerse [illegible] característico de las personas que han sufrido traumas. Otros adolescentes que se autolesionan pueden buscar el reconocimiento social, [illegible] se hable de ellos, aunque sea mal [illegible] por ejemplo, ante una ruptura de pareja, este grupo a menudo lo publica en redes sociales. También pueden esperar escapar de situaciones dolorosas con sus comportamientos, como puede ser buscar que sus padres estén juntos tras una separación.

Merecen mención aparte las conductas de riesgo en las que se involucran algunos jóvenes, tales como conducción temeraria, saltar desde lugares peligrosos (grandes alturas, vías de tren o metro), consumos de drogas con fin de experimentación en dosis o modos inusuales, etc. Estas actividades, que generalmente realizan como diversión buscando el placer que genera el riesgo, pueden esconder **intenciones suicidas encubiertas**.

Recomendaciones y prevención

Desde la perspectiva de los **familiares**, cuando exista una sospecha, aunque sea indirecta o incluso parezca remota, de que un adolescente pueda estar pensando en el suicidio, se debe tratar de dialogar con él, sin discutir, sin criticarle y tratando de averiguar [illegible] motivos, con empatía y transmitiéndole una sensación de ayuda incondicional.

Preguntar por las ideas de suicidio no aumenta el riesgo, sino que lo reduce. Es importante contar con la opinión y colaboración de los profesionales del ámbito educativo, como el tutor u orientador escolar y, según la gravedad de lo relatado, acudir a un profesional de la salud, inicialmente su pediatra o médico de atención primaria o a un psiquiatra o psicólogo con formación y experiencia con adolescentes.

Por otra parte, hay **otras medidas de prevención** que se deben ejercer desde diferentes entidades sociales. La restricción del acceso a los medios de suicidio, como sustancias tóxicas o armas de fuego, es una responsabilidad compartida entre varios: familia, gobiernos, colegios, etc. La facilitación de la identificación y tratamiento adecuado de las personas que padecen trastornos mentales y por consumo de sustancias se debe conseguir mediante una mejora del acceso a los servicios de salud mental y la asistencia social.

Por último, los medios de comunicación deben realizar una cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios, exenta de *glamour*, sin transmitir que el suicidio es una opción, sino que responde a una situación de enfermedad mental en la mayoría de los casos. Además, se debe evitar el posible "efecto dominó [illegible] que pueden tener los suicidios, más cuando son de personajes públicos.

Artículo publicado el 26-6-2017, revisado por última vez el 23-6-2017

La información ofrecida en En Familia no debe usarse como sustituta de la relación con su pediatra, quien, en función de las circunstancias individuales de cada niño o adolescente, puede indicar recomendaciones diferentes a las generales aquí señaladas.

Este texto, perteneciente a la Asociación Española de Pediatría, está disponible bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 España.

Más referencias sobre el tema e información sobre los autores en:

https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/autolesiones-suicidio-en-adolescentes