



05/

El sufrimiento (suicidio y las autolesiones) en la población española infantojuvenil: una mirada profunda.

Luisa del Campo,

Psicóloga General Sanitaria.
CEO y fundadora www.vivetuvida.es Madrid.

"Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre"
Joaquim Callabed

La salud mental de la población infantojuvenil es un tema de creciente preocupación en la sociedad contemporánea. Uno de los aspectos más sombríos de esta preocupación es el aumento de los casos de suicidio y autolesiones entre los jóvenes en España. Este artículo tiene como objetivo explorar las causas, datos epidemiológicos, mitos y proporcionar alguna pista sobre cómo acompañar a las personas que sufren en los diferentes campos relacionados con el suicidio y las autolesiones en esta población.

Palabras clave: Suicidio, Autolesiones, Prevención, Acompañar

The mental health of the child and youth population is a subject of growing concern in contemporary society. One of the most sombre aspects of this concern is the increase of cases of suicide and self-harm among young people in Spain. This article focuses on exploring the causes, epidemiological data and myths in this field, providing some clues about how to accompany the suffering population dealt with here in the different spheres relating to suicide and self-harm.

Key words: Suicide, Self-harm, Prevention, Accompaniment

1/

Factores que influyen en las conductas suicidas y las autolesiones en población infanto-juvenil.

Entender las causas y los factores que están detrás del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil es un primer paso fundamental para abordar este complejo problema. Nos va a permitir comprender y escuchar, sin juzgar.

Desde antes de la pandemia por COVID, ya veníamos observando una tendencia ascendente preocupante (desde 2018). Si bien es cierto que el confinamiento (marzo 2020) supuso un factor estresante para toda la población, en los jóvenes y adolescentes también causó un fuerte impacto emocional, ya que se vieron privados del acceso a su mayor referente y fuente de energía psicológica y social: los iguales (los amigos, los compañeros de colegio, equipos de deporte y lugares de encuentro social).

Si algo he aprendido en mi trayectoria profesional, es que las personas somos poliédricas, es decir, que tenemos muchas facetas, y no se nos pueden reducir a una. Para mirar en profundi-

dad el sufrimiento, necesitamos abordar todos los factores que actúan sobre este problema, por lo tanto, necesitamos tener en cuenta:

- **Factores biológicos** (genética y epigenética)
- **Factores psicológicos**
- **Factores sociales:** en un sentido amplio, englobando aquí la familia nuclear y extensa, el colegio, el barrio, la parroquia, las redes sociales, la cultura, las diferentes “tribus” y referentes con los que viajamos.

En primer lugar, cuando hablamos de suicidio y autolesiones ¿qué queremos decir?

Suicidio se considera, según la OMS, “como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal, quitarse la vida”.

Autolesiones “son cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin o con la intención de suicidarse”. La automutilación es un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o ansiedad, para rebelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control.

En algunos casos, el comportamiento no tiene relación con el control emocional sino con un trastorno neurológico o metabólico. Este comportamiento no es aceptado socialmente, ni es parte de una tradición religiosa o forma de arte.

Tenemos que tener en cuenta que los factores de riesgo rara vez identifican los casos de intento de suicidio o de muerte por suicidio. (Franklin et al. 2017). Sin embargo, debemos conocerlos para tener mayor sensibilidad en nuestra escucha.

Los factores de riesgo más comunes incluyen:

Trastornos mentales: la presencia de un trastorno mental, como la depresión, el trastorno

bipolar, la esquizofrenia, la ansiedad u otros trastornos de salud mental. Estos trastornos pueden llevar a sentimientos abrumadores de desesperanza, desesperación y sufrimiento emocional.

Historial de intentos previos de suicidio: las personas que han intentado suicidarse en el pasado tienen un mayor riesgo de intentos futuros.

Historial familiar de suicidio: la genética y el entorno familiar pueden desempeñar un papel en el riesgo de suicidio. Tener familiares cercanos que hayan cometido suicidio puede aumentar el riesgo.

Abuso de sustancias: el abuso de alcohol y drogas puede aumentar el riesgo de suicidio, ya que puede contribuir a la depresión y la impulsividad.

Acceso a medios letales: tener acceso a armas de fuego, medicamentos letales u otros medios para suicidarse puede aumentar la probabilidad de un intento exitoso.

Sentimientos de aislamiento: el aislamiento social, la soledad y la falta de apoyo social, pérdida de status social, pueden contribuir a la ideación suicida.

Experiencias traumáticas: el abuso sexual, el abuso físico, el acoso, el bullying, situación laboral, presión académica y otros traumas pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente si no se abordan adecuadamente.

Problemas de salud crónicos: las enfermedades crónicas, el dolor crónico y la discapacidad pueden contribuir a la ideación suicida, especialmente si afectan la calidad de vida de manera significativa.

Problemas financieros o legales: las dificultades financieras, las deudas abrumadoras y los problemas legales pueden generar estrés adicional y desesperación.

Identidad de género u orientación sexual: las personas LGTBIQ+ pueden enfrentar discrimi-

nación, estigmatización y rechazo que aumentan el riesgo de suicidio.

Desesperanza y falta de propósito: sentirse sin esperanza, sin un sentido de propósito en la vida o sin metas a largo plazo puede contribuir a la ideación suicida.

Cambios importantes en la vida: eventos como la pérdida de un ser querido, el divorcio, la jubilación, el desempleo u otros cambios significativos pueden desencadenar crisis emocionales.

Encarcelamiento o institucionalización.

Género: ser varón (3/4) (en el caso de las conductas suicidas, aunque en población adolescente tiende a equipararse 1:1) y ser mujer en el caso de las conductas autolesivas.

2/

Datos epidemiológicos en España.

Los datos epidemiológicos proporcionan una visión clara de la magnitud del problema en España:

Cuarto año consecutivo de máximos históricos de defunciones por suicidio (fuente: [Fundación Española para la Prevención del Suicidio www.fsme.es](http://www.fsme.es))

En 2022, según los datos provisionales publicados por el INE el 26 de junio de 2023, han fallecido por suicidio 4.097 personas en España, una media de 11,2 personas al día; un 74% de ellas varones (3.042) y un 26% mujeres (1.051). Por primera vez en su historia, los suicidios de varones superan las 3.000 defunciones.

Respecto a 2021 (año en el que produjeron 4.003

defunciones por este motivo), en 2022 se ha registrado un 2,3% más.

Por primera vez desde 2008, el suicidio deja de ser la principal causa externa de muerte en España, siéndolo ahora el ahogamiento, la sumersión y la sofocación accidentales; aunque, bajo estas causas (y el resto de accidentes), pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignados a este origen.

Afortunadamente, han disminuido casi a la mitad los suicidios de niños menores de 15 años (de 22 en 2021 a 12 en 2022), algo que nos había alarmado en 2021.

Entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte. Provoca 333 defunciones anuales frente a las 314 de los accidentes de tráfico o las 274 de los tumores.

A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio, mientras que, según otros estudios epidemiológicos la ideación podría afectar a lo largo de la vida, entre el 5% y el 10% de la población española.

Eso significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio al año en España y que entre casi 2,5 y 5 millones de personas posean ideación suicida a lo largo de su vida. España sigue sin poseer ningún plan o estrategia específica estatal para la prevención del suicidio.

3/

Mitos sobre el Suicidio y las Autolesiones.

Para abordar eficazmente el suicidio y las autolesiones, es esencial desmitificar **algunas creencias erróneas comunes:**

- 1. El suicidio/autolesión es una llamada de atención:**
El suicidio es un acto extremo y generalmente no busca atención, sino alivio del dolor emocional.
- 2. Hablar sobre el suicidio puede inducirlo:**
Hablar abiertamente sobre el suicidio no fomenta este comportamiento, sino que puede ser un primer paso hacia la búsqueda de ayuda.
- 3. Las autolesiones son solo un capricho adolescente, por imitación de las redes sociales:**
Las autolesiones son una forma de lidiar con el dolor emocional y deben ser tomadas en serio. Expresan en la piel lo que no pueden expresar verbalmente.
- 4. Todas las personas que mueren por suicidio sufren un trastorno mental:**
La muerte por suicidio indica un gran malestar y sufrimiento emocional pero no necesariamente un trastorno mental. No todas las personas con trastorno mental intentan suicidarse ni todas las personas que se quitan la vida tienen una enfermedad mental. El dolor intenso conduce a pensar que la única solución posible es la muerte.
- 5. La persona que se suicida desea morir:**
Las personas que realizan tentativas y un acto suicida suelen estar ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Algunas personas mueren al intentarlo, pero hubieran preferido seguir viviendo.

Entender las causas y los factores que están detrás del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil es un primer paso fundamental para abordar este complejo problema

Estas personas quieren librarse definitivamente del malestar emocional que sienten.

6. Todas las personas que hayan intentado suicidarse alguna vez, nunca dejarán de intentarlo:

Es cierto que hay personas que intentan suicidarse en varias ocasiones en un periodo corto de tiempo, pero los pensamientos suicidas no son permanentes. En algunos casos no vuelven a aparecer jamás.

7. Las personas que dicen que van a quitarse la vida no lo van a hacer:

El 75% aproximadamente de personas que consuman el suicidio hicieron alguna advertencia previamente a la acción. Estas personas no quieren llamar la atención. Jamás hay que ignorar este tipo de mensajes. Hablar de ello puede ser una forma de pedir ayuda.

8. Hablar del suicidio en los medios, puede incitar a alguien a hacerlo:

El estigma alrededor del suicidio es muy grande. La mayoría de personas que contemplan el suicidio no saben con quién compartirlo. Hablar de ello puede ser en realidad una oportunidad para prevenirlo, permite ofrecer una nueva y alternativa visión de la situación. Pero del tratamiento que le demos en los medios, sí nos debemos hacer responsables e informar con rigor, sin fomentar el estigma, ni el morbo.

9. El suicidio no puede prevenirse, ya que es un acto impulsivo:

El porcentaje de casos donde no se observaron síntomas, factores de riesgo o indicadores previos es muy bajo. Estos casos ciertamente son muy difíciles de evitar, pero en la mayoría de casos existen numerosos indicadores de las conductas suicidas. Por tanto, la prevención es la mayor contribución posible para ayudar a estas personas.

Es cierto que, en la edad adolescente, las señales son difíciles de detectar, pero la escucha activa y la comunicación honesta, respetuosa y empática

pueden ayudarnos a ver más allá de las conductas disruptivas o desafiantes.

Todos podemos hacer algo para ayudar y acompañar el sufrimiento de los demás.

4/

Prevención y acompañamiento.

La prevención del suicidio y las autolesiones en la población infantojuvenil requiere un enfoque multidimensional.

El sufrimiento se puede prevenir o se puede llorar. Todos hemos visto cómo las campañas realizadas por la DGT para disminuir el consumo de alcohol durante la conducción han disminuido las víctimas mortales, o nos han educado a usar el cinturón de seguridad. O políticas de salud pública han conseguido que no se fume en espacios tales como colegios, hospitales etc. Por lo que podemos afirmar que una Plan nacional para la prevención del suicidio, o medidas públicas como mejorar la red de profesionales y recursos para atender la salud mental (Hospitales, Centro de Día, Centros de salud mental, grupos de apoyo etc), nos permitiría gozar todos de mejor salud. Salud a secas, porque no hay salud sin salud mental, ni hay salud mental sin unas condiciones de salud física mínimas.

Podrían ayudar medidas como las siguientes:

Acceso universal al apoyo psicológico y psiquiátrico:

Los jóvenes que luchan con problemas de salud mental necesitan acceso a terapia y tratamiento adecuados y sus familias (madre, padre y hermanos... abuelos, tíos y primos) y sus amigos y sus compañeros de colegio, también.

Los supervivientes a una conducta suicida, viven una realidad tan desbordante, que ellos mismos califican como “**bomba atómica**”, por lo que van a necesitar lidiar con emociones muy intensas.

Educación y sensibilización:

Las escuelas y comunidades deben promover la educación sobre la salud mental y reducir el estigma. Nos falta formación en aspectos básicos de educación emocional, enseñar técnicas de autorregulación, expresión e identificación emocional sería de gran ayuda.

Colegios, parroquias, asociaciones de padres, asociaciones deportivas, son lugares de encuentro de los adolescentes y allí podemos acudir a formar y sensibilizar. Elaborar guías para difundir cómo hablar de este tema a nivel de medios de comunicación, en RRSS etc.

Apoyo familiar y social:

Las familias juegan un papel crucial en el apoyo emocional y el acceso a la ayuda profesional. La conducta suicida no puede tratarse como un problema individual, sino que necesitamos atender al sistema familiar y social y ver qué fortalezas y debilidades poseen como familia, como tribu, y cómo proporcionarles herramientas para aliviar ese sufrimiento.

La familia es un pilar fundamental de los jóvenes (a pesar de su necesidad de autonomía y diferenciación de sus padres), necesitan de la presencia auténtica y plena de sus progenitores y para ellos es necesario tomar medidas especiales para permitir la conciliación laboral real, permisos especiales cuando un hijo se enferma, favorecer el apoyo y acompañamiento a nivel social de la familia, ya que llevan una carga de sufrimiento extraordinaria.

Acceso a líneas de ayuda:

Se deben proporcionar recursos de emergencia como líneas telefónicas de ayuda y servicios de chat en línea.

Presencia en Redes Sociales de agentes de salud, Teléfono 024, Teléfono de la **Fundación ANAR**,

Teléfono de la Esperanza, deberían estar colgados forrando las paredes de los espacios donde convivan menores para que estén accesibles en todo momento.

Restricción de acceso a métodos letales:

Es fundamental controlar el acceso a medios letales, como armas de fuego, navajas, medicamentos.

Ocio:

Los adolescentes no tienen espacios de encuentro y, los que les ofrecemos, son de poca calidad. Proporcionarles acceso a polideportivos, lugares de ocio nocturno sanos, alternativas a la noche, promover las actividades artísticas (música, teatro, museos, danza) y deportivas a precios asequibles es urgente.

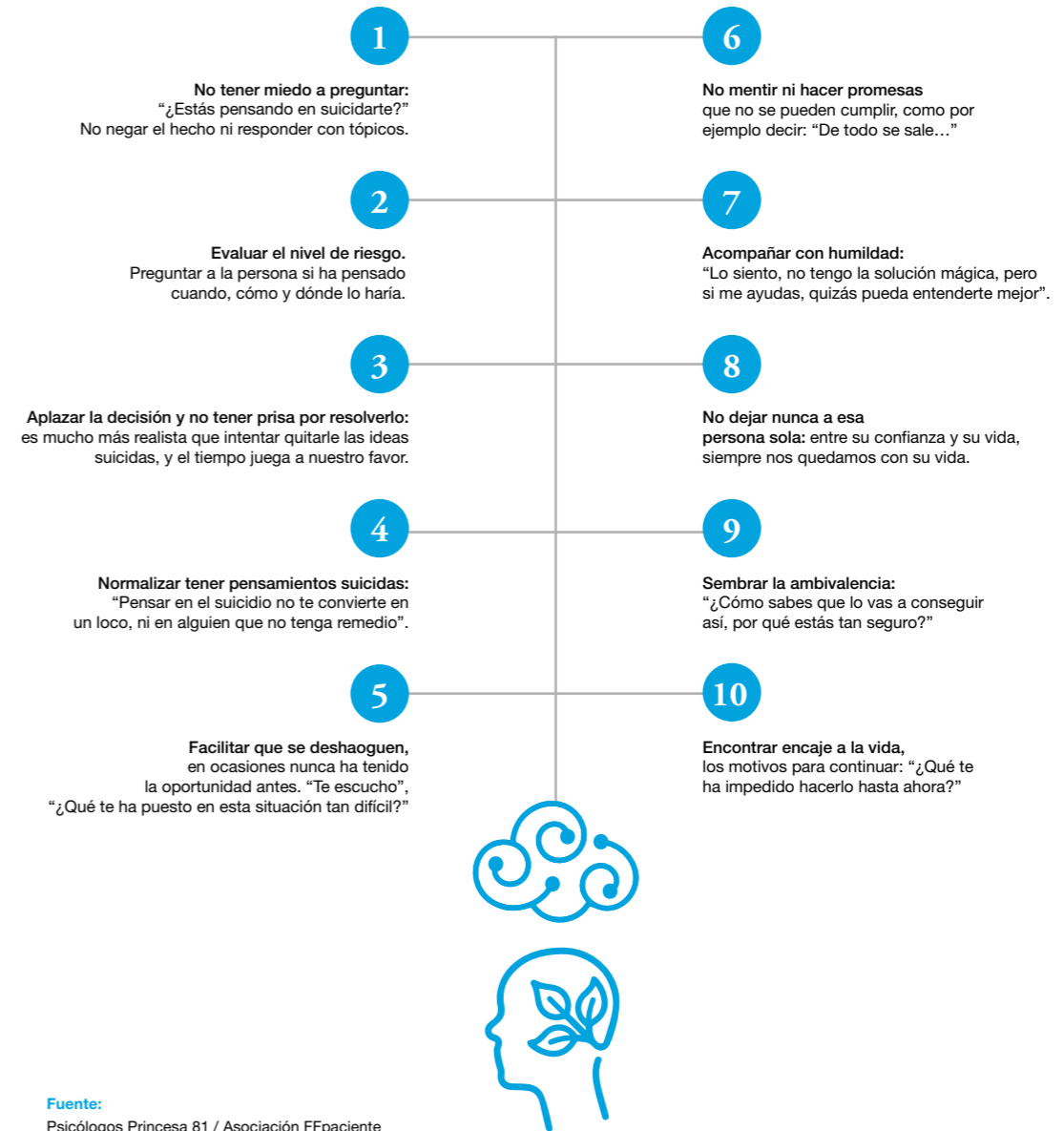
5/

Pautas para acompañar en caso de percibir autolesiones y/o ideas suicidas.

“Hablar prolonga la vida”
Dr. Rojas Marcos

Todos podemos hacer algo para ayudar y acompañar el sufrimiento de los demás

Pautas en caso de percibir ideas suicidas



- **Ante todo, prudencia y calma.** No hacer ruido ni difundir mitos o creencias irracionales. Pararse a pensar y, si es necesario, buscar un profesional que nos asesore. No sabemos cuáles son los factores precipitantes de la conducta (puede ser un padre, una madre, un abuelo...). Nuestra propia angustia nos puede hacer ser agentes de más sufrimiento.

- **Hablar del tema sin miedo a preguntar,** no negar la situación, a menudo frente a una situación que nos produce mucha angustia tendemos a negar, a hacer como que no existe y mirar hacia otro lado. “¿has pensado en hacerte daño? ¿has valorado alguna vez quitarte de en medio?”

- **Evaluar el nivel de riesgo**, ver si tiene un plan de actuación, un cómo, un dónde, un cuándo, si esconde objetos, se pone ropa para tapar las extremidades etc.
- **Hablar con la persona tratando de hacer que aplace la decisión**, no de convencerle para que no lo haga. Suena paradójico, pero ganar tiempo ayuda a irle proporcionando otras herramientas y así ganar un día más.
- **Normalizar la ideación suicida o los pensamientos autolesivos**, muchas personas en muchas ocasiones han pensado en quitarse la vida, pero es no les convierte en una persona “loca” ni desequilibrada ni “sin arreglo”. Relativizar y aliviar la culpa.
- **Facilitar la expresión y descarga emocional**, que sienta que le escuchamos incondicionalmente, sin juicio, sin etiquetas. Con toda nuestra presencia.
- **No generar falsas expectativas**, ni mentir, no somos salvadores de nadie; podemos acompañar, pero, probablemente haya cosas en sus vidas que no tengan arreglo y no les podemos prometer lo contrario.
- **No dejar a la persona sola**; entre su confianza o su vida nos quedaremos con su vida.
- **Encontrar anclajes a la vida**. Factores en su vida que le han permitido llegar hasta aquí. Sin dar nada por supuesto, puede ser la familia o no, la pareja o no, los amigos o no.
- **Proporcionar teléfono y chats de ayuda:**
[900 20 20 10](tel:900202010), [024, 717 003717](tel:024717003717)

<https://www.anar.org/>
<https://telefonodelaesperanza.org/madrid/>
www.fsme.es

Psicólogos Princesa 81
<https://psicologosprincesa81.com/>

Centro de atención a la infancia (CAI)
y **Centros de atención a la familia (CAF)**

Centro Orientación Familiar
<https://cofmadrid.com/>

Centros de Salud Mental
y de **Atención Primaria y tfno. 112**

