



Por un niño
sano en un
mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Suicidio, Hablarlo es prevenirlo

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de intención de morir, cualquiera sea el grado de letalidad o de conocimiento del verdadero móvil.

Como “el acto de quitarse la vida” representa un problema de salud pública grave y creciente: **la OMS afirma que es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años de edad.** (OPS/OMS, 2014).

No se comprende en sí mismo como una entidad psicopatológica ni se circunscribe a un padecimiento mental: se entiende como un fenómeno multicausal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, comunitario, social y político.

Los comportamientos suicidas abarcan la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo y hasta la consumación del acto (con o sin éxito).

El mismo es considerado a menudo como un fracaso personal para los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan a sí mismos el no haber percibido las señales de alerta.

También es visto como un fracaso por la comunidad, pues actúa como señal de que la sociedad moderna, a menudo, no procura un entorno sano, nutrente, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse.

Si se analiza específicamente la mortalidad por suicidio, el mecanismo registrado en el 91.4% de los casos es el ahorcamiento o sofocación.

Las tasas más altas en nuestro país se registran en las provincias del NOA, especialmente Catamarca, Salta y Jujuy. Existe una gran brecha entre las jurisdicciones de la Argentina, que debe analizarse en profundidad de inmediato, teniendo en cuenta no solo las diferencias reales sino también el subregistro de suicidio como causa de muerte, debido mayormente a la subjetividad de los informantes.

Según el informe del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría de noviembre de 2022, más de la mitad de las muertes adolescentes en 2020 se produjeron por causas externas. Se trata de muertes evitables, relacionadas a situaciones de violencia que provocan lesiones, intencionales o no intencionales, auto infligidas o infligidas por terceros.

El suicidio representa un tercio de las muertes por causas externas en los adolescentes de 15 a 19 años. Se suicidan más los adolescentes entre 15 y 19 años que los de 10 a 14 años. Entre los adolescentes tardíos, se suicidan más los varones que las mujeres.

Se producen 20 intentos por cada suicidio consumado. Los intentos de suicidios son más frecuentes en mujeres que en varones en relación 4 a 1, sin embargo, los varones son más efectivos en su letalidad que las mujeres.

Desde la declaración de la pandemia en marzo de 2020, la OMS viene advirtiendo efectos sobre la salud mental de las personas como consecuencia de la misma. Se pueden inferir un aumento de padecimientos psicosociales en general y de casos de suicidio en particular.

Al analizar la evolución de la tasa de suicidios en población adolescente, **se constata en los últimos años una relativa sostenida tendencia creciente de la mortalidad**, probablemente relacionada con el aislamiento social durante la pandemia. Las consultas referentes a violencias, autolesiones y suicidios se han incrementado relativamente (por disminución de accidentes y muertes en la vía pública)

Las **autolesiones** representan una resolución transitoria y subjetiva a sufrimientos y conflictos. Las/os adolescentes que se auto agreden experimentan sentimientos negativos e intensos desencadenados, mayormente, por conflictos familiares. Si bien los cortes se realizan, sobre todo en soledad, luego son compartidos con pares, lo que crea fuertes lazos de pertenencia e identidad. Funcionan como marcas simbólicas del sufrimiento personal; se organizan en oposición al mundo adulto y permiten obtener reconocimiento por sus pares. Esta dinámica favorece el ocultamiento de las autoagresiones a la familia y su propagación entre adolescentes.

Lo adolescentes reaccionan de diversas maneras ante las crisis vitales, que van desde cortes y autolesiones hasta ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidios.

Su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal de los síntomas. Nunca se deben minimizar las conductas auto lesivas, pues nos hablan de un malestar o un padecer, donde la intervención oportuna previene futuros comportamientos de riesgo.

Alrededor de la problemática del suicidio circulan **mitos** que afectan las prácticas de prevención y postvención. Gran parte de estos prejuicios son refutados por la evidencia científica difundida por la OMS y otras instituciones. Por esta razón, la posibilidad de aclarar las creencias falsas relacionadas con esta problemática constituye una herramienta clave en la prevención.

Algunos de los mitos más frecuentes son:

1. "Quien dice o amenaza con que se va a matar no lo hace".
2. "El que se suicida está atravesando una depresión".
3. "Hablar de suicidio incrementa el riesgo".
4. "El que intenta suicidarse es un cobarde o un valiente".
5. "Los niños/as no se suicidan".
6. "La tendencia al suicidio es hereditaria".

El equipo de salud deberá entonces trabajar fuertemente con la comunidad sobre las diferentes creencias para lograr un mejor abordaje.

Factores predisponentes a conductas suicidas en adolescentes

- Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.
- Violencia entre los miembros de la familia, incluyendo el abuso físico y sexual. La violencia contra los niños en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpece el desarrollo de la personalidad, y que contribuye a la aparición de desesperanza y el riesgo de la realización de actos suicidas.

- Escasa o pobre comunicación entre los integrantes de la familia. Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.
- Frecuentes cambios de domicilio.
- Autoritarismo, pérdida de la autoridad de los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Dificultades para demostrar afectos.
- Identificación e idealización de figuras - íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto.
- Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.

Factores desencadenantes

- Divorcio o separación de los padres.
- Muerte de seres queridos. Duelos prolongados o patológicos.
- Problemas escolares graves de conducta o dificultades de aprendizaje.
- Bullying, discriminación de cualquier tipo.
- A partir de los 6 años, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluido él, tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio.
- Suicidio, enfermedad mental, alcoholismo, adicciones, psicosis, o trastornos severos de la personalidad o del estado de ánimo de alguno de los progenitores o convivientes. En estos casos la falta de cuidado, la transmisión de desesperanza, el pesimismo y la falta de motivación pueden desencadenar conductas suicidas.

Acumulación de acontecimientos vitales

Se halló una mayor frecuencia de presencia de los siguientes acontecimientos vitales en los antecedentes de los adolescentes suicidas

- Mudanza.
- Partida de un miembro de la familia (no sólo de un padre, sino a veces de uno de los hermanos).
- Muerte de un ser querido.
- Cambios de colegio.
- Rupturas sentimentales o del grupo de amigos.
- Modificaciones en la vida familiar (desocupación, jubilación, enfermedad parental, etc.).

Factores protectores

Necesidades básicas del grupo familiar satisfechas

Buena comunicación entre los miembros del grupo familiar con intercambio de sentimientos y afectos.

Religiosidad y/o espiritualidad.

Realización personal.

Capacidad para aceptar la realidad.

Estrategias de afrontamiento positivas.

Estrategias de resolución de problemas positivas.

Apoyo familiar, escolar, de pares, comunitario, social y político.

Marco Normativo Nacional:

Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130, sancionada en el año 2015.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, sancionada en el año 2005.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Accionar del equipo de salud

El suicidio no es sólo un problema médico-sanitario, es un fenómeno transversal que trasciende al conjunto de la sociedad; su abordaje es interdisciplinario, requiere del aporte de todos los actores que participan de esa realidad y cada uno de ellos contribuye con un saber particular. La red es el espacio fundamental de construcción de ese saber que permite prevenir y operar. La respuesta debe surgir de las distintas políticas públicas, priorizando un abordaje interdisciplinario, articulado, integral y comunitario.

La detección de cualquiera de las manifestaciones de esta problemática puede ser realizada en los diversos ámbitos por donde circulan los adolescentes: servicios de emergencia, consultas de rutina, interconsultas y/o a través de una línea telefónica de emergencias, o en otros espacios comunitarios como escuelas, clubes deportivos, iglesias, centros recreativos, culturales, redes sociales virtuales, entre otros. Es importante tener registro de todos los hechos de autolesiones/suicidios en nuestro lugar de trabajo.

Los equipos de primer nivel de atención se destacan como actores centrales en tanto son quienes, en general, operativizan la continuidad de la atención y los cuidados, despliegan un vínculo estrecho y prolongado con las familias, las instituciones y organizaciones de la comunidad y, ante la detección de situaciones específicas, orientan la demanda hacia los niveles del sistema de salud que puedan prestar los cuidados apropiados y trabajar en posvección.

La mejor forma de detectar si un joven tiene ideación suicida es preguntar, ya que hablar del suicidio no activa "la idea de suicidio", sino que por el contrario permite a los jóvenes hablar y expresar libremente sus sentimientos, el verdadero riesgo está en mantenerlos ocultos y no en hablar de ellos.

Una pregunta directa realizada con un lenguaje sencillo y claro, en un ambiente empático con respeto y explicitando confidencialidad, sobre ideas de autoagresión o suicidio puede revelar al clínico la realidad del sufrimiento depresivo:

«¿Has pensado alguna vez, o piensas hacerte daño?»

Si la respuesta es afirmativa:

«¿Desde cuándo?, ¿con qué frecuencia?»

Si la respuesta vuelve a ser afirmativa:

«¿Se trata de pensamientos suicidas?,

«¿Has pensado ya en cómo llevarlo a cabo?»),

Lo cierto es que, una vez manifestada esta voluntad, la tarea clínica no ha hecho más que comenzar.

Puede ocurrir que el médico, en una consulta habitual y con la sala de espera abarrotada, no disponga del tiempo necesario para continuar de inmediato esta exploración, pero siempre le resultará posible:

- a) reconocer con rapidez el malestar específico y comunicárselo al adolescente.
- b) decir la verdad, es decir, que ese mismo día no dispone del tiempo suficiente para evaluar correctamente todos los problemas.
- c) expresar que desea verlo nuevamente lo más rápido posible para poder conversar más a fondo, asegurándose su regreso a la próxima consulta.

La experiencia clínica demuestra que la clara exposición de la realidad y la sinceridad demostrada al adolescente le posibilita a éste la espera, el regreso a la consulta y la confianza en su médico, y transmite la sensación de ser escuchado e incluso comprendido.

Durante los días o las horas que preceden al intento de suicidio se suele percibir un crecimiento de la angustia, el/la adolescente exterioriza el temor a «no poder soportarlo», a desmoronarse. Al no poder resolver este aumento de tensión mediante métodos de carácter simbólico o mentalizado, hablar de lo que le sucede, llorar o ser escuchado por sus seres queridos, llevará a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.

Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendido y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y la legislación vigente.

Ante un gesto suicida, cualquier individuo implicado, ya pertenezca al ámbito de la salud o escolar, deportivo o social, debe comprender que es un acto potencialmente grave, al que de ningún modo hay que restarle importancia en un principio.

El contacto humano, terapéutico, familiar, de amigos es fundamental para acercarse al adolescente en riesgo.

La terapia tiene como objetivo esencial calmar, contener y proteger.

Calmar significa que el entrevistador de urgencias no debe reaccionar nunca mediante contra actitudes, en las que su propia subjetividad sobrepasa la valoración objetiva de la situación, que no debe formular un «pronóstico» inmediato antes de haber realizado una evaluación detallada y argumentada (ya se trate de un pronóstico tranquilizador: «no es nada...», o por el contrario de un pronóstico ya de entrada alarmista, como se observa en algunas ocasiones: «atención, esto es muy grave, se va a reproducir...»).

Contener significa ofrecer tanta seguridad como sea posible, que se respeten los límites interindividuales intrafamiliares, asegurar que la excitación del sujeto no va a destruirlo, que hay otros recursos que el gesto suicida para intentar evacuar una excitación desbordante.

Proteger obliga al profesional a imponer límites, tanto físicos como psicológicos, tanto al adolescente como a sus padres, de cara a un acto cuya significación psicopatológica le resulta difícil vislumbrar en un primer momento, así como prever las consecuencias concretas.

Al hablar ante los medios respetar siempre la confidencialidad, nunca revelar el método ni la escena del suicidio. Ante un intento de suicidio, ideación, autolesión o parasuicidio se recomienda:

- Tener un protocolo de acción compartido con todos los efectores de salud, de educación y de la comunidad intervinientes.
- Promover el acompañamiento y contención de un/a referente adulto/a significativo/a durante el proceso de atención y seguimiento;
- Identificar los equipos responsables de cada área o región sanitaria y promover y fortalecer una red de referentes de los distintos servicios y niveles de atención: en tanto disponen de conocimiento local, facilitan los canales de comunicación entre los servicios y las familias y optimizan el sistema de referencia y contra referencia.
- Implementar estrategias de búsqueda activa y derivación oportuna: intervenciones de articulación entre los servicios de atención primaria de la salud y agentes sociosanitarios en terreno para el acompañamiento del/a adolescente, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y la implementación de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Si el/la adolescente fue internado/a, consensuar el alta a partir de una intervención interdisciplinaria de los servicios implicados en su atención: Adolescencia, Salud Mental, Servicio Social, entre otros según el caso.

Esta intervención, además, debe incluir una propuesta de plan terapéutico integral, que contemple aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio del/a adolescente.

Signos de alerta (Las banderas rojas) que todos debemos conocer

Los signos de alerta son importantes para todo aquel que esté en contacto con adolescentes dado que permiten evaluar posible riesgo de suicidio de quien los presente

- Cambios de humor, enojo reiterado y sin sentido, irritabilidad.
- Tristeza persistente y constante. Rigidización del pensamiento.
- Falta de concentración y/o dificultades graves en la escolarización.
- Dificultades en el sueño y/o alimentación como insomnio, hipersomnia, inapetencia o voracidad, dificultad en la resolución de problemas habituales.
- Aislamiento y retracción continua. Escasa o nula comunicación con convivientes.
- Desconexión del grupo de pares, sentimientos de ser rechazado/a.
- Sensación de soledad.
- Ideas o pensamientos extraños.
- Frecuentes consultas por fatiga, dolores múltiples, pesadillas, patologías crónicas y consumos.
- Signos de desculturización en inmigrantes.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración, de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada auto exigencia.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Falta de la capacidad de autocrítica.

No se deben minimizar estas manifestaciones ya que muchas veces ponen en juego otras situaciones de vulnerabilidad, como acoso, violencias, etc.

Comentarios Finales

El suicidio en la adolescencia es una problemática compleja que requiere un abordaje interdisciplinario. Requiere acompañamiento de la familia y de la comunidad desde las diversas instituciones que están en contacto con los y las adolescentes.

Es prevenible en la mayoría de los casos, por lo que es importante conocer y no minimizar las señales de alarma que podrían dar los adolescentes.

Para evaluar el riesgo y definir la conducta terapéutica es necesario un equipo interdisciplinario.

Como integrantes del equipo de salud es importante visibilizar y acompañar a las redes colaborativas y cooperativas, que aumentaron durante la pandemia, destacar experiencias de resiliencia comunitaria y estrategias desplegadas por las personas para afrontar los momentos adversos y/o críticos así, siendo la prevención la estrategia principal de abordaje, entendida desde una perspectiva de cuidados integrales y colectivos, en especial en los grupos etarios de adolescentes y personas mayores.

Desde el CEPA y CSMYF creemos que la pesquisa y visibilización de autolesiones y signos de alerta de ideación suicida o intento de suicidio deben ser parte de la agenda permanente de todos los efectores de salud.

Por dicho motivo, los profesionales de la salud deben contar con una capacitación que permita tomar medidas de prevención: identificar aquellos indicadores de riesgo, establecer pautas de alarma y estimular factores protectores, permitiendo así contribuir al mayor bienestar posible en la salud de este grupo poblacional.

Comité: Comité de Estudios Permanentes del Adolescente y Comité de Salud Mental y Familia

Bibliografía

1) Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de Salud. Ministerio de Salud Argentina. Año 2021.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>

2) Suicidio y autolesiones en contexto de pandemia, recomendaciones para el equipo de salud, Ministerio de Salud.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/Recomendaciones%20Suicidio%20Covid%2019.pdf>

3) Agüero, Gonzalo, et al. Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Arch Argent Pediatr*, 2018.
https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_ao_aguero_5-10pdf_1538766536.pdf

4) SUICIDIO- UNICEF

<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

5) Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio – DIAJU, MSal 2020.

<http://bancos.salud.gob.ar> › [sites](#) › [files](#) › [2020-07](#)

[6\) Situación de la población adolescente en Argentina. 2º informe especial. Observatorio de la infancia y adolescencia.SAP-UNICEF. 2022](#)

comunidad.sap.org.ar › [uploads](#) › [archivo](#)

-