

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Y FORMACIÓN PROFESIONAL
Dirección General de Innovación e
Inspección Educativa



AÑO JUBILAR
LEBANIEGO
2023-2024

40 años de autonomía
cantabria



Posgrado en
Suicidología
UPV/EHU

Comprensión de las autolesiones y conductas suicidas Hacia un Modelo de Prevención, Intervención y Posvención del Suicidio con Base Educativa

Jon García-Ormaza y Alexander Muela

**b+ocruces
bizkaia**

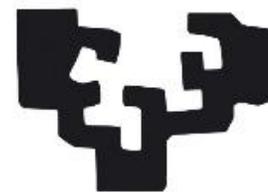
osasun ikerketa institutua
instituto de investigación sanitaria



Osakidetza

BIZKAIKO
OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL
BIZKAIA

eman ta zabal zazu



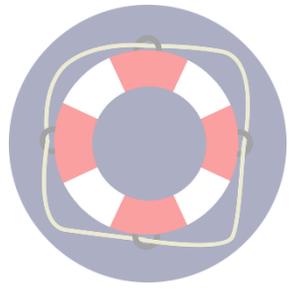
UPV EHU

NAZIOARTEKO
BIKAIN TASUN
CAMPUSA

CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

EPIDEMIOLOGÍA

¿CÓMO DE FRECUENTE ES LA CONDUCTA SUICIDA?



EPIDEMIOLOGÍA

- El suicidio es un importante **problema de salud pública**
- Supone la **primera causa de muerte no natural** en España (todas las edades)
- Es la **segunda causa de muerte entre los 15-29 años**, tras los tumores malignos
- OMS: Muchas muertes por suicidio pueden prevenirse

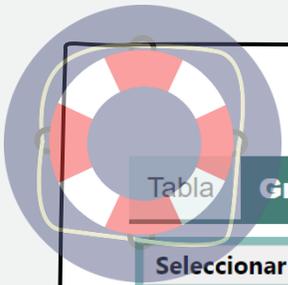


Tabla Gráfico

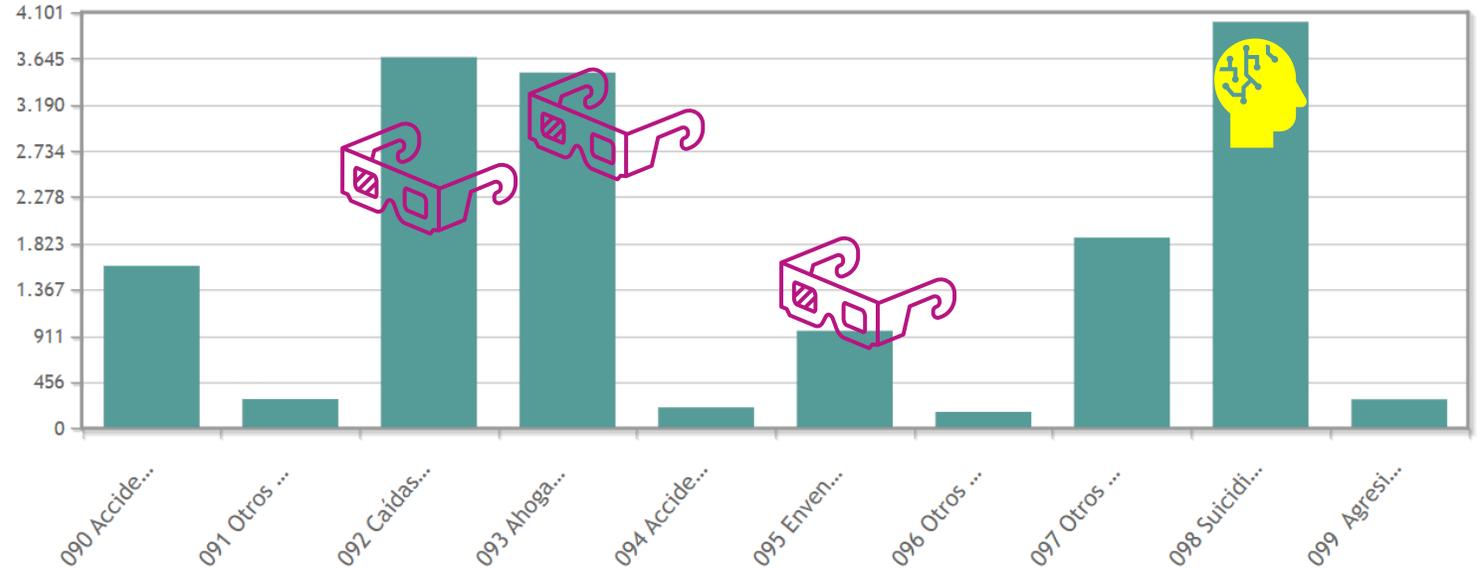
Seleccionar valores...

Causas (lista reducida)

- 090 Accidentes de tráfico
- 091 Otros accidentes de transporte
- 092 Caídas accidentales
- 093 Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales
- 094 Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes
- 095 Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso
- 096 Otros envenenamientos accidentales
- 097 Otros accidentes
- 098 Suicidio y lesiones autoinfligidas
- 099 Agresiones (Homicidio)

Formato del gráfico

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Causas (lista reducida), Ambos sexos, Todas las edades



CAUSAS EXTERNAS DE MUERTE EN ESPAÑA, 2021. FUENTE: INE, 2023

Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo.

Unidades: suicidios por 100.000 habitantes por cada grupo de edad.

Tabla

Gráfico

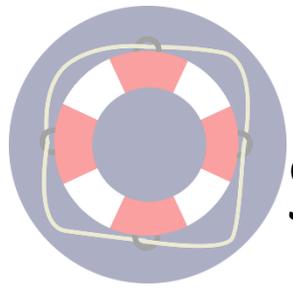
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	8,457	12,858	4,229

50,000
45,000
40,000
35,000
30,000
25,000
20,000
15,000
10,000
5,000
0,000

Menores de 15 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 49 años De 50 a 54 años De 55 a 59 años De 60 a 64 años De 65 a 69 años De 70 a 74 años De 75 a 79 años De 80 a 84 años De 85 a 89 años De 90 a 94 años De 75 años y más

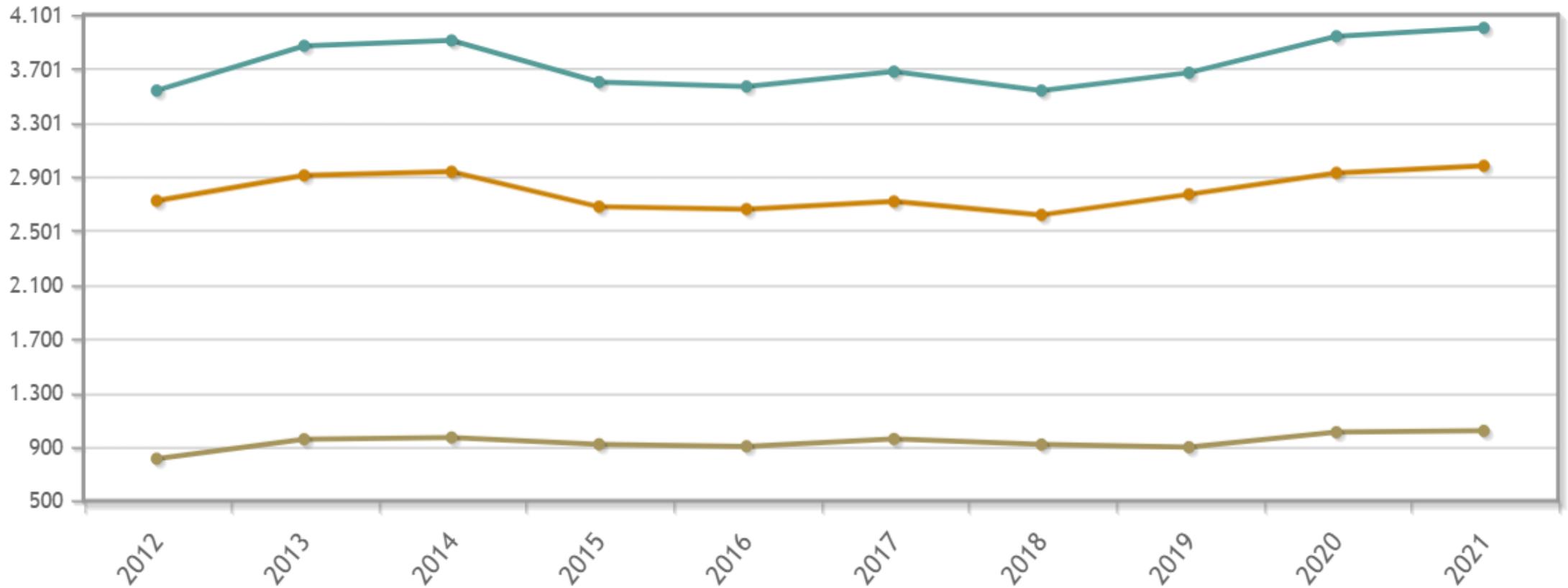


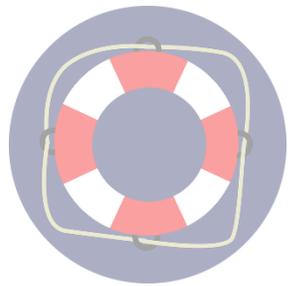
INCIDENCIA DEL SUICIDIO POR GRUPOS EDAD, ESPAÑA. FUENTE: INE



Suicidios, todas las personas, España 2012-2021

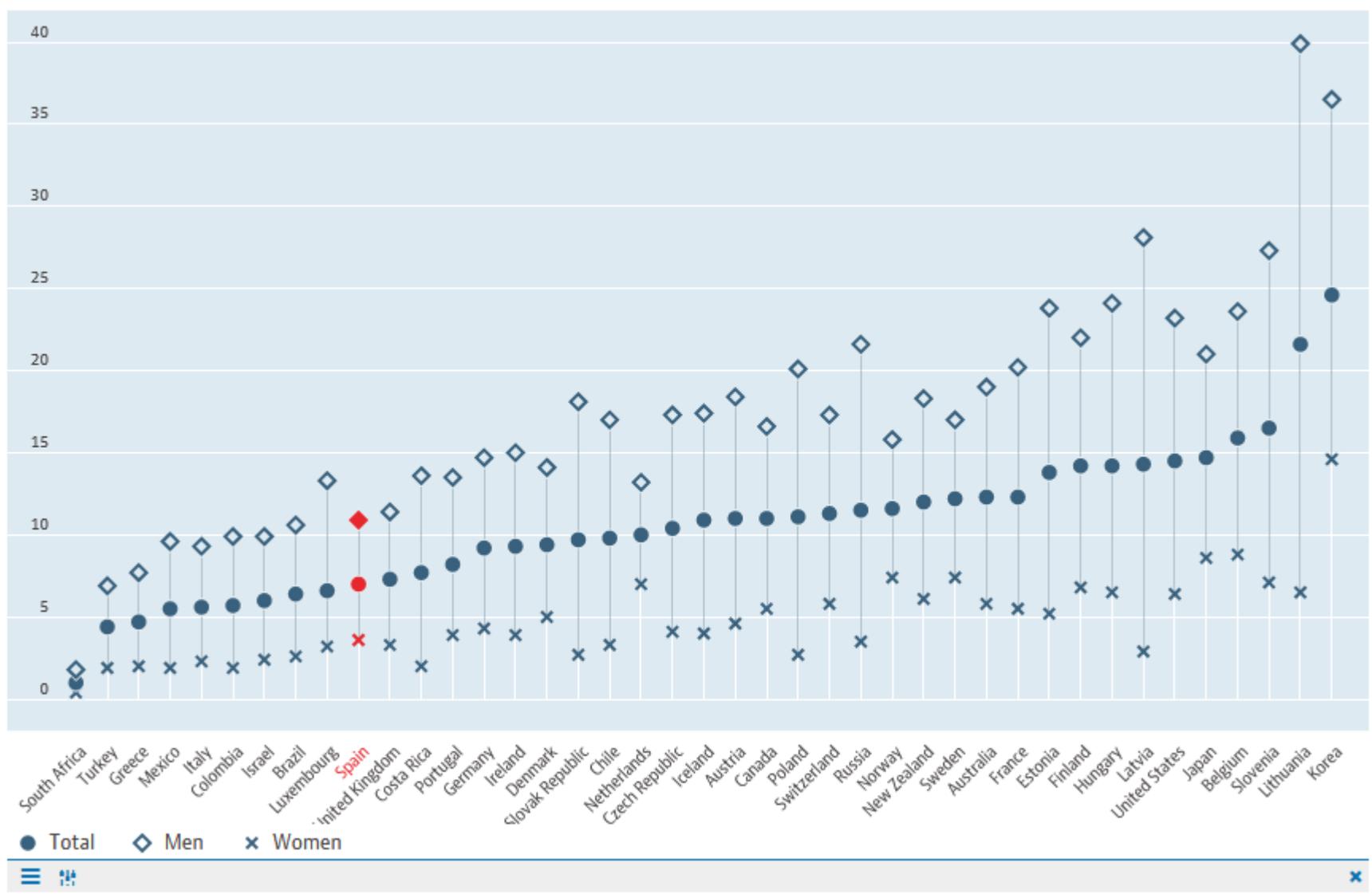
Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, Todas las edades

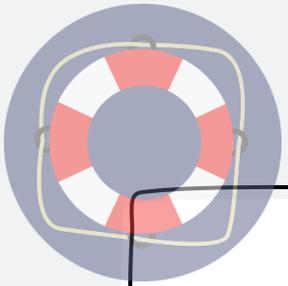




PAÍSES OECD

Suicide rates Total / Men / Women, Per 100 000 persons, 2019 or latest available

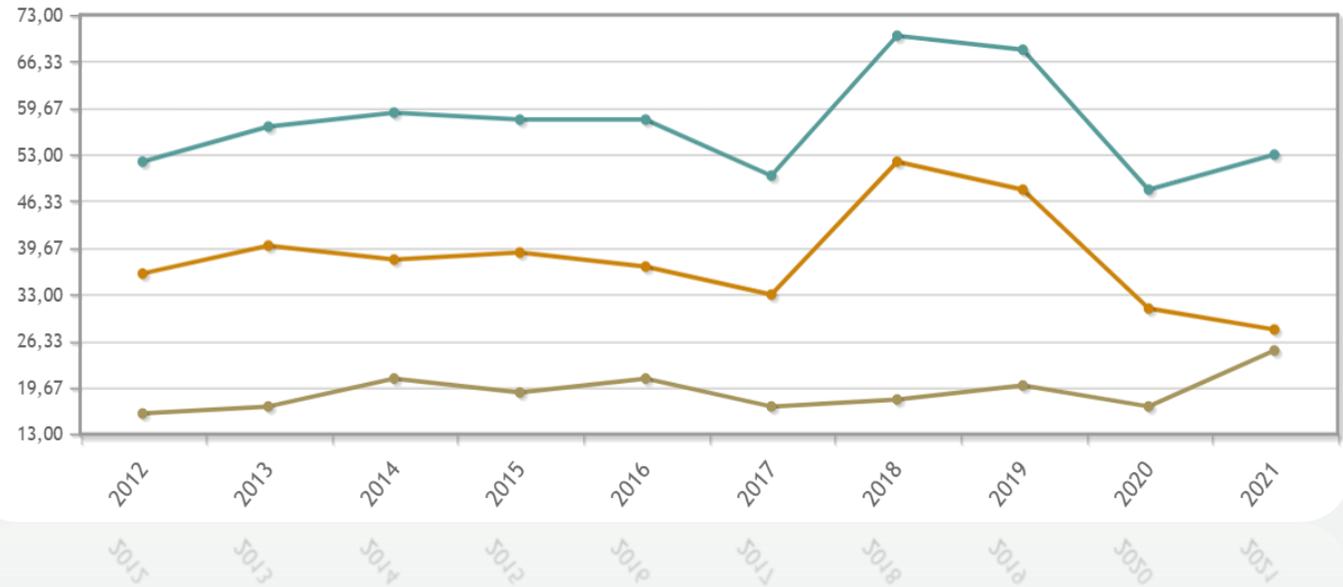




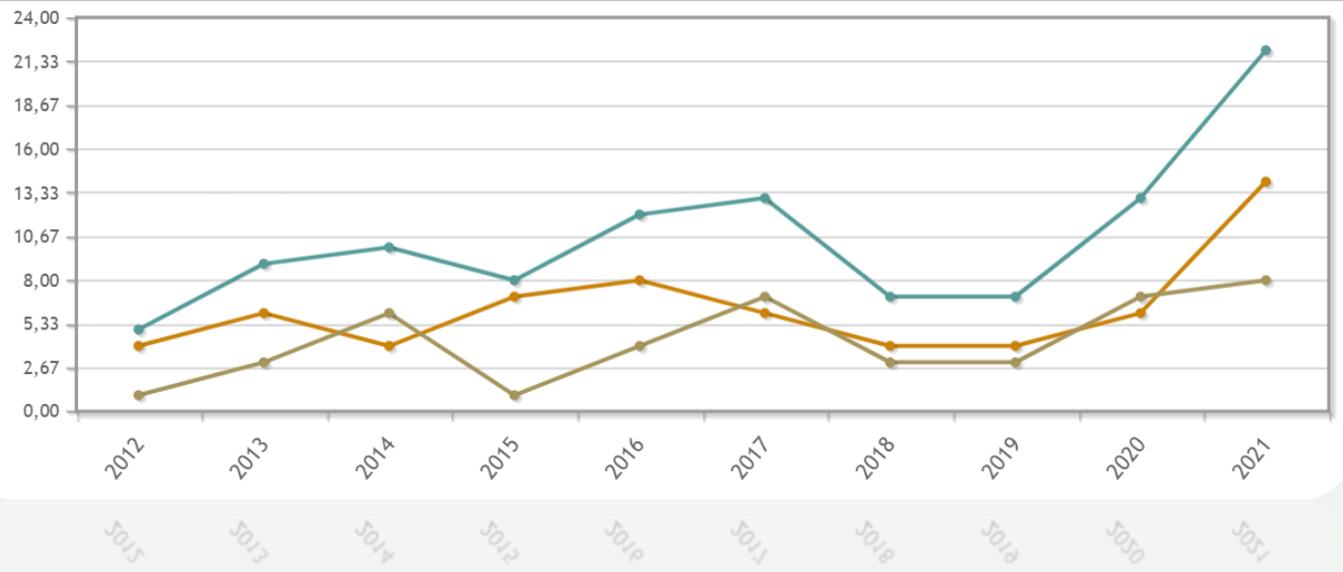
ADOLESCENTES 15-19
NIÑOS 10-14

ESPAÑA 2012-2021
FUENTE: INE, 2023

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 15 a 19 años



Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 10 a 14 años



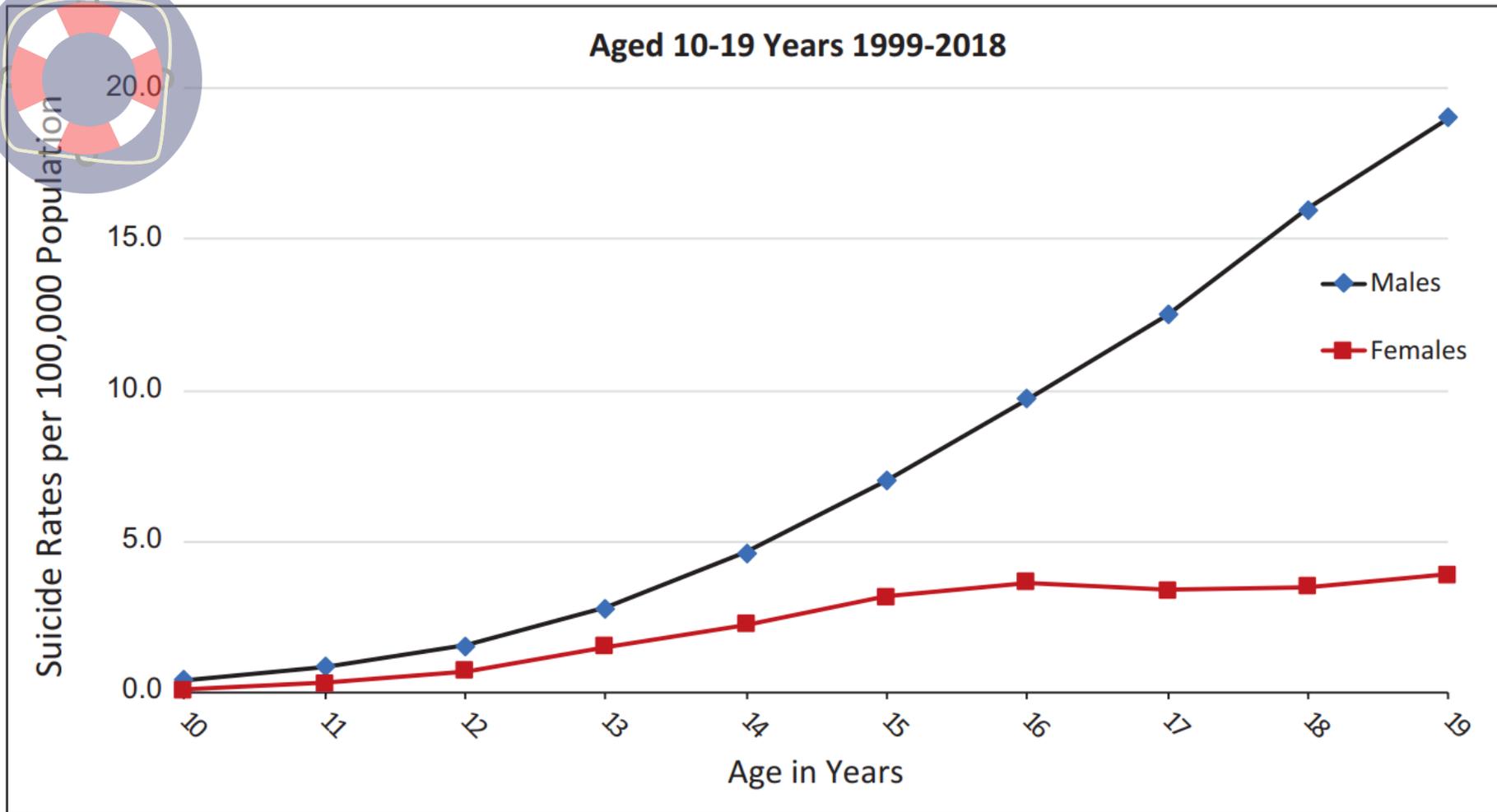
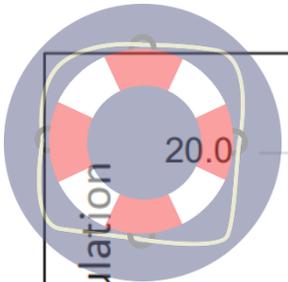


Fig. 1.1 Suicide rates among youth aged 10–19. Suicide rates are displayed by sex (male and female). (Author’s own creation)

John P. Ackerman • Lisa M. Horowitz
Editors

Youth Suicide Prevention and Intervention

Best Practices and Policy Implications



ISSN 2192-8363

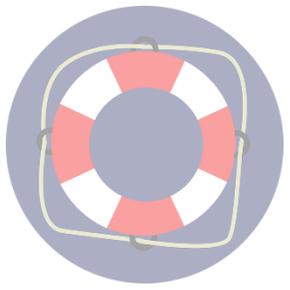
SpringerBriefs in Psychology

ISBN 978-3-031-06126-4

<https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1>

ISSN 2192-8371 (electronic)

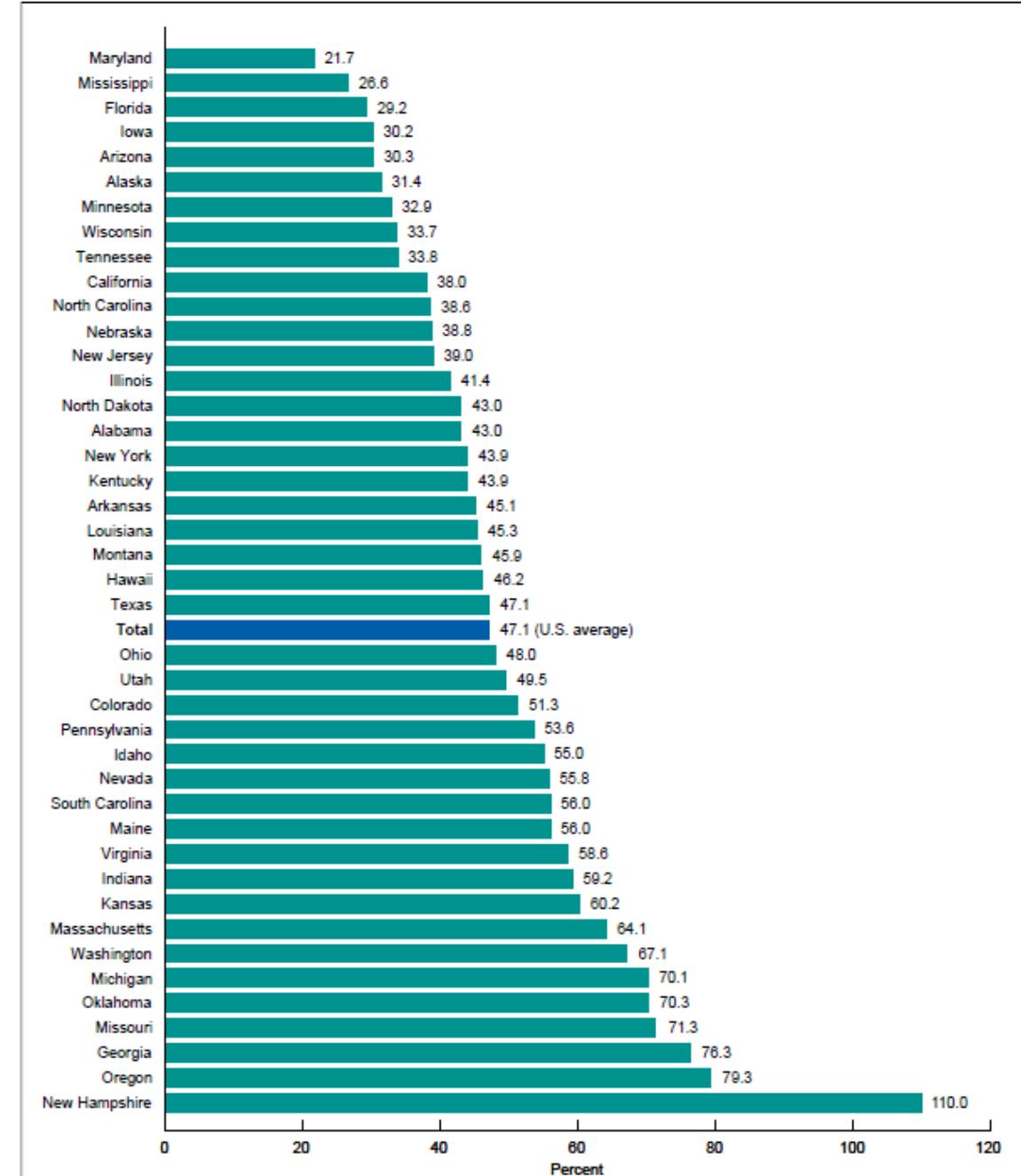
ISBN 978-3-031-06127-1 (eBook)

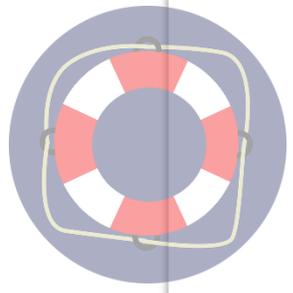


Tasa de incidencia del suicidio en jóvenes:

- **EEUU (15-19 años): 9.75 (CDC, 2021)**
(7.7 en 2018)
- **EU-27 (15-19 años): 4.4 (Eurostat, 2018)**
- **España (15-19 años): 3 (INE, 2020)**
2ª causa de muerte en 15-29 años,
detrás de los tumores malignos (330
en 2020 vs 267 en 2021; INE, 2022)

Figure 1. Percent increase in suicide death rates among persons aged 10–24 years: United States and selected states, 2007–2009 to 2016–2018





Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12–25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021

Ellen Yard, PhD¹; Lakshmi Radhakrishnan, MPH²; Michael F. Ballesteros, PhD¹; Michael Sheppard, MS²; Abigail Gates, MSPH²; Zachary Stein, MPH²; Kathleen Hartnett, PhD²; Aaron Kite-Powell, MS²; Loren Rodgers, PhD²; Jennifer Adjemian, PhD²; Daniel C. Ehlman, ScD^{1,2}; Kristin Holland, PhD¹; Nimi Idaikkadar, MPH¹; Asha Ivey-Stephenson, PhD¹; Pedro Martinez, MPH¹; Royal Law, PhD¹; Deborah M. Stone ScD¹

Summary

What is already known about this topic?

During 2020, the proportion of mental health–related emergency department (ED) visits among adolescents aged 12–17 years increased 31% compared with that during 2019.

What is added by this report?

In May 2020, during the COVID-19 pandemic, ED visits for suspected suicide attempts began to increase among adolescents aged 12–17 years, especially girls. During February 21–March 20, 2021, suspected suicide attempt ED visits were 50.6% higher among girls aged 12–17 years than during the same period in 2019; among boys aged 12–17 years, suspected suicide attempt ED visits increased 3.7%.

What are the implications for public health practice?

Suicide prevention requires a comprehensive approach that is adapted during times of infrastructure disruption, involves multisectoral partnerships and implements evidence-based strategies to address the range of factors influencing suicide risk.



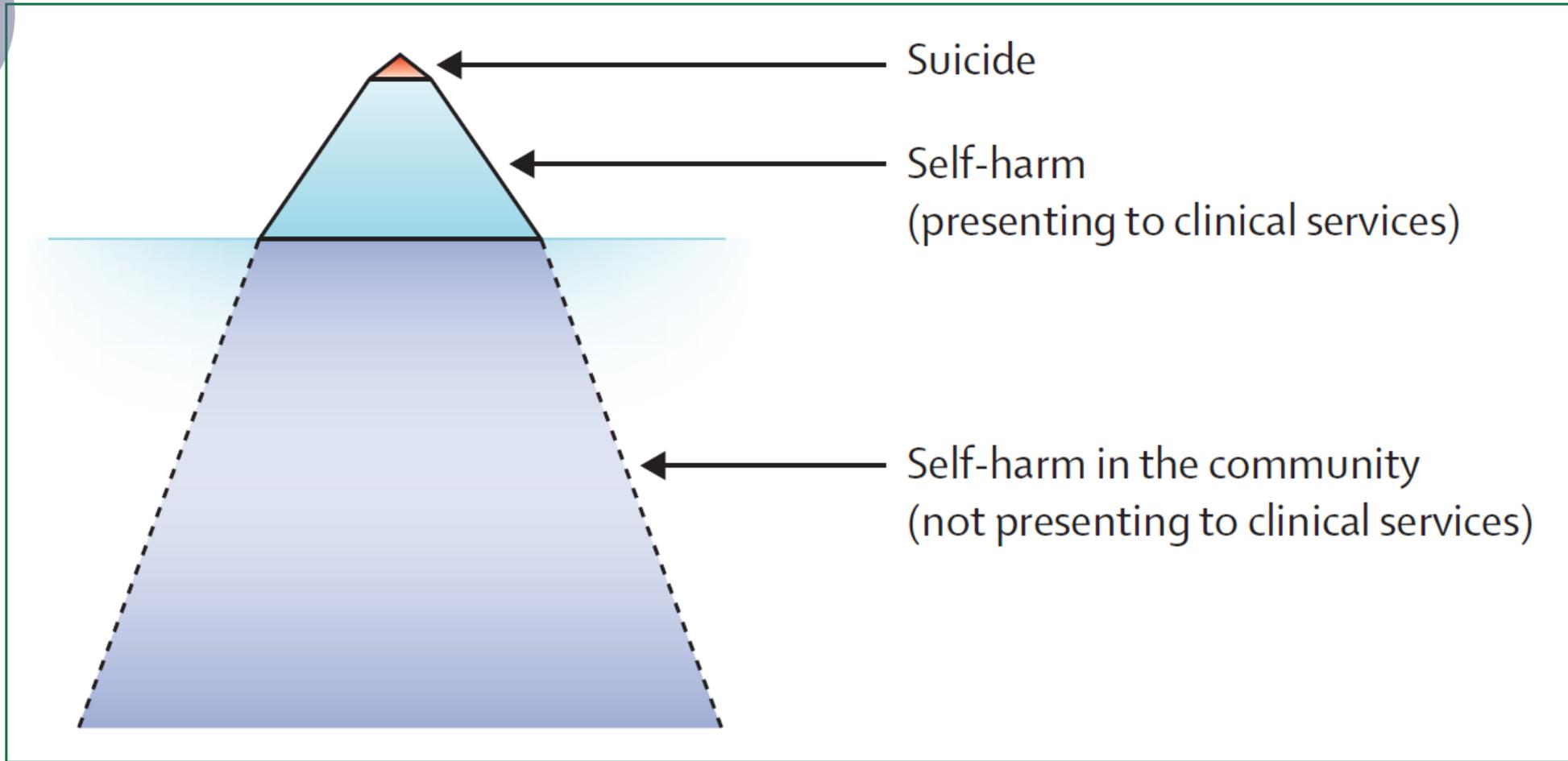
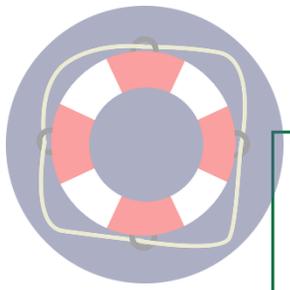
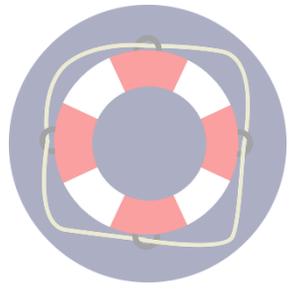


Figure 1: Representation of the relative prevalence self-harm and suicide in young people



Suicidio de niños y adolescentes

- El suicidio de niños y adolescentes es un problema de salud pública de primera magnitud **PREVENIBLE**
- **Los programas de prevención del suicidio con base educativa escalonados cuentan con evidencia internacional** (Miller 2021; Singer 2019):
 - **Primer nivel** universal para alumnado y profesionales
 - **Segundo nivel** de intervención selectiva dirigido a detectar y apoyar al alumnado vulnerable (en riesgo)
 - **Tercer nivel** de intervención indicada para las personas con historia de intentos de suicidio previos

IDEAS DE SUICIDIO

SUICIDIO

AUTOLESIONES

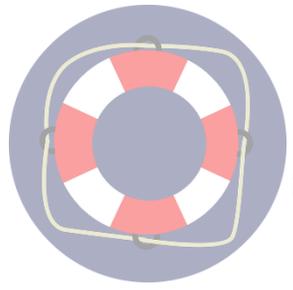
PLAN DE SUICIDIO

AMENAZA

INTENTO DE SUICIDIO

COMUNICACIÓN

GESTO SUICIDA



Caracterización de la CONDUCTA SUICIDA

¿SUICIDIO?

**¿INTENTO DE
SUICIDIO?**

¿IDEACIÓN SUICIDA?

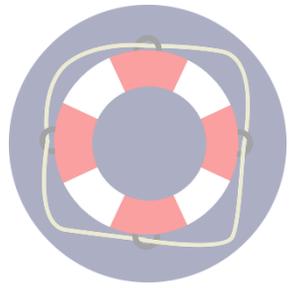
**¿COMUNICACIÓN
SUICIDA?**

AMENAZA

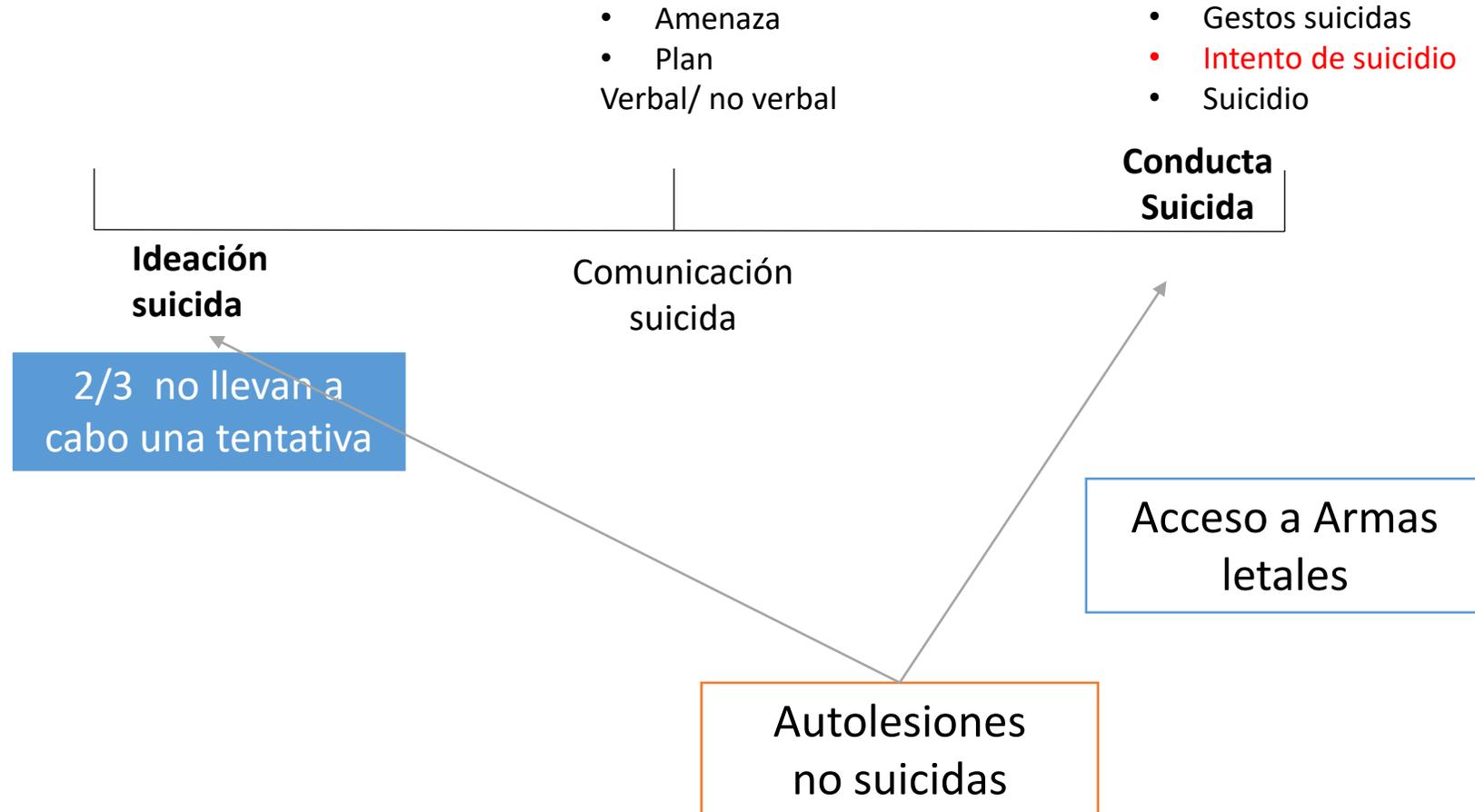
PLAN

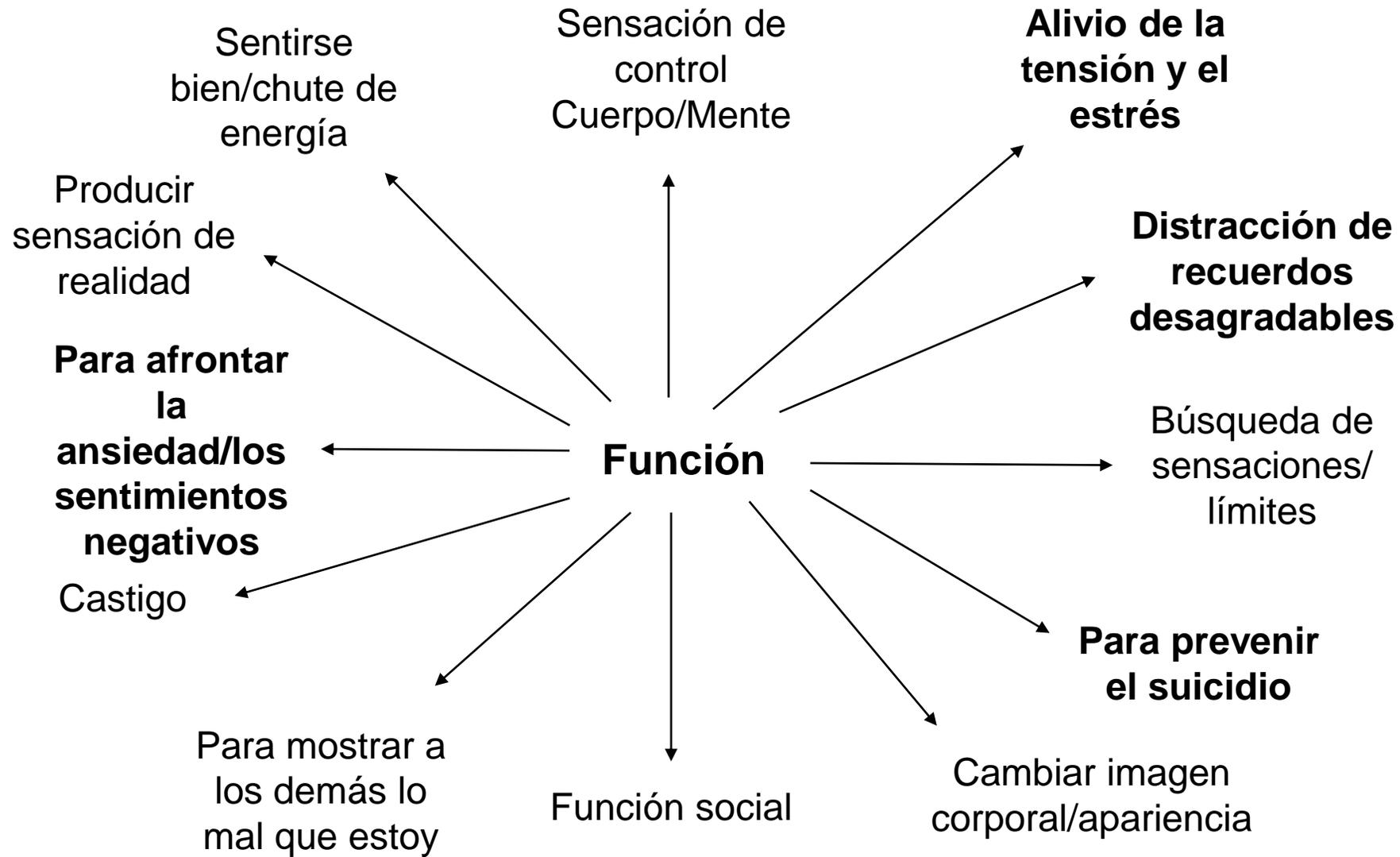
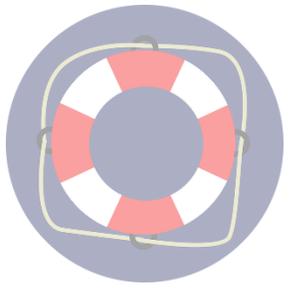
**¿AUTOLESIÓN NO
SUICIDA?**

GESTO SUICIDA

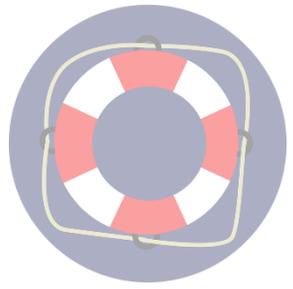


Continuum de la conducta suicida





Regulación de las emociones negativas

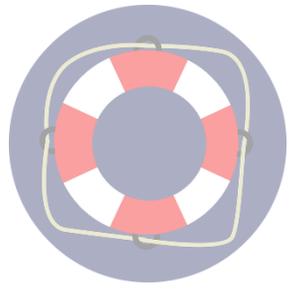


Autolesiones: ¿cómo enfocarnos?

Toda intervención debe estar centrada en la persona, analizando las emociones y experiencias individuales de cada sujeto:

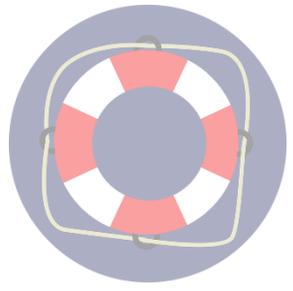
- **Validar las emociones difíciles** que se esconden tras la autolesión, y mostrar curiosidad respetuosa:
 - *“Puedo imaginarme qué difícil es hablar de ello, pero me gustaría que compartieses conmigo tu sufrimiento”*
- Trabajar los **contextos interpersonales y situacionales** asociados con el malestar emocional
- **Explorar alternativas**, prescindiendo de juicios de valor: **entender la función de la autolesión, y promover técnicas saludables de regulación emocional**

Understanding Self-Injury: A Person-Centered Approach. Lewis, 2021



El origen de las **tendencias suicidas**

- La conducta suicida nunca es resultado de una única causa; sí de la interacción de **múltiples variables** (Cameron, 2017; Franklin, 2017; Hawton, 2009; O'Connor & Nock, 2014)
 - En los últimos 50 años no ha mejorado la capacidad de identificar personas en riesgo (Franklin, 2017)
- Modelos de diátesis-estrés: vulnerabilidad que predispone al individuo a tendencias suicidas en contextos de **estrés ambiental** (Hawton, 2009; O'Connor & Nock, 2014)
- Existen vulnerabilidad de estado (crisis o descompensación agudas), y de rasgo (p.ej. impulsividad, neuroticismo, tendencia al pesimismo y desesperanza) (Hawton & van Heeringen, 2009; O'Connor & Nock, 2014)
- Modelos modernos de la conducta suicida: ITP (Joiner, 2005), MV (O'Connor, 2011), 3P (May & Klonsky, 2015)
 - **Dolor mental, conectividad** (pertenencia frustrada y carga percibida), **capacidad suicida**

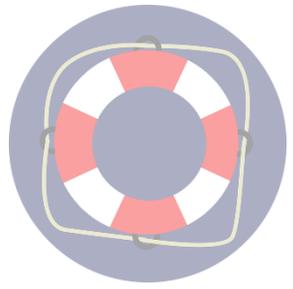


ACOSO ESCOLAR >

El intento de suicidio de Saray: un salto al vacío ante el acoso escolar y el silencio

Los padres de la niña de 10 años que se tiró del balcón en Zaragoza denuncian la pasividad de su colegio ante el acoso escolar. “Ni ‘bullying’ ni ‘bulan’”, dijo la tutora





Explicaciones de las tendencias suicidas

- **Modelo basado en los factores de riesgo**

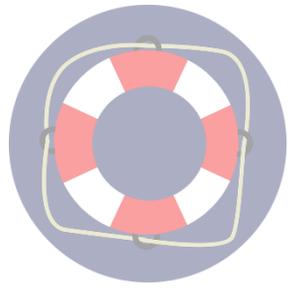
- [Franklin, 2017](#). Psychological Bulletin, Vol 143(2): 365 studies (3428 total risk factor effect sizes) from the past 50 years. Outcomes: prediction was only slightly better than chance for all outcomes; no broad category or subcategory accurately predicted far above chance levels; **predictive ability has not improved across 50 years**; studies rarely examined the combined effect of multiple risk factors.

- **Modelo psiquiátrico**

- Los trastornos mentales asocian frecuentemente ideación suicida, pero no necesariamente conductas suicidas (no explican el paso de ideación a acción)

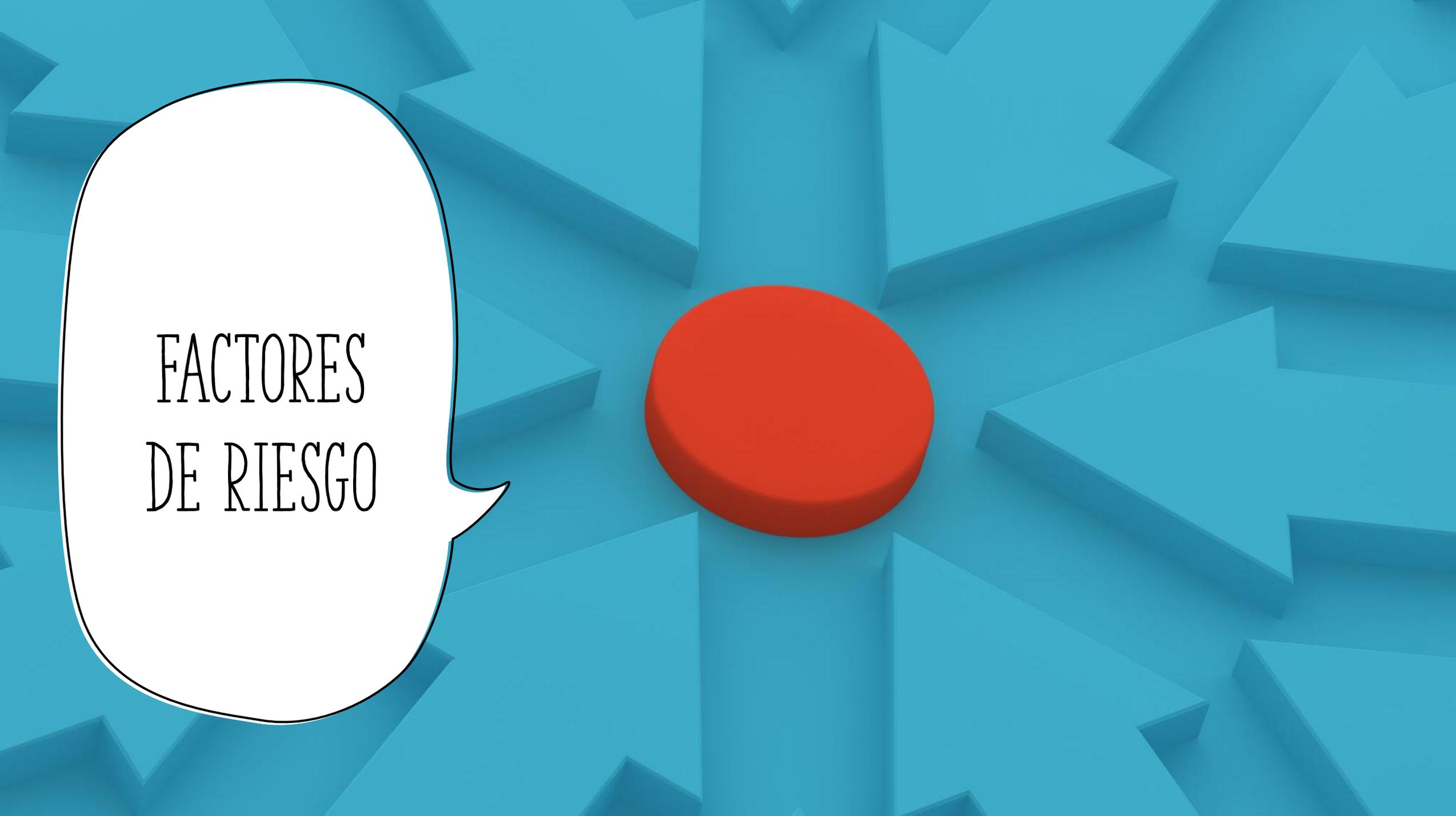
- **Análisis funcional de la conducta suicida**

- Teorías de ideación-acción (diferencian ambos procesos). [Tarrrier, 2008](#) Behav Modif. 2008 Jan;32(1):77-108: Las intervenciones focalizadas en ideación y conductas suicidas disminuyen más el riesgo suicida que las dirigidas exclusivamente al trastorno psiquiátrico

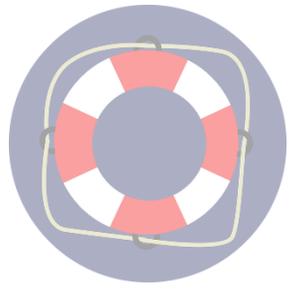


Análisis funcional de la conducta suicida

- Ideación y conductas suicidas **NO** son resultado de un proceso psicológico específico, ni consecuencia directa de un trastorno mental
- Ideación y conducta suicida deben ser entendidos como resultado de la forma en que **UNA PERSONA experimenta procesos psicológicos en un CONTEXTO determinado** (entorno, historia personal, propias conductas)
- El objetivo del tratamiento (focalizado en el suicidio) **NO** es el abordaje del eventual trastorno mental, que evidentemente se hará de forma paralela
- **El objetivo del tratamiento es entender y actuar sobre el contexto que permite la aparición y mantenimiento de las tendencias suicidas, y fomentar la regulación emocional**



FACTORES
DE RIESGO



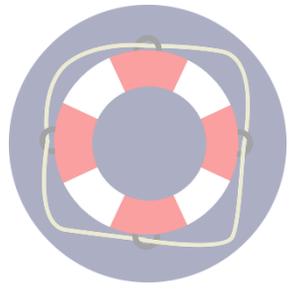
Suicide Prevention in Adolescence

Peter Sherman, MD, MPH,* Ana Patricia Torga, MD, MPM*

*BronxCare Health System, Bronx, NY

Table. Summary of Risk Factors, Protective Factors, and Warning Signs of Suicide in Adolescents

RISK FACTORS	PROTECTIVE FACTORS	WARNING SIGNS
<ul style="list-style-type: none"> • Personal or family history of mental health diagnosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Task-focused versus emotion-focused problem-solving and coping skills 	<ul style="list-style-type: none"> • Talking about wanting to die or killing oneself
<ul style="list-style-type: none"> • History of chronic conditions 	<ul style="list-style-type: none"> • Meaningful parent/caregiver-child interactions 	<ul style="list-style-type: none"> • Looking to obtain lethal means to kill oneself
<ul style="list-style-type: none"> • Trauma exposure (abuse, bullying) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequate nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Talking about feelings of hopelessness, helplessness, or having no reason to live
<ul style="list-style-type: none"> • Gender or LGBTQ identification 	<ul style="list-style-type: none"> • Social connectedness 	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling like a burden to others
<ul style="list-style-type: none"> • Sleep disturbance 	<ul style="list-style-type: none"> • Religious or spiritual beliefs 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencing insurmountable pain
<ul style="list-style-type: none"> • Early menarche and menstrual problems 		<ul style="list-style-type: none"> • Increased use of alcohol or drugs
<ul style="list-style-type: none"> • Unhealthy lifestyle 		<ul style="list-style-type: none"> • Increased agitation, anxiety, or recklessness
<ul style="list-style-type: none"> • Social conflicts with peers or family 		<ul style="list-style-type: none"> • Sleeping too much or too little; not wanting to get out of bed in the morning
<ul style="list-style-type: none"> • Smartphone or Internet misuse 		<ul style="list-style-type: none"> • Looking to obtain lethal means to kill oneself
<ul style="list-style-type: none"> • Poor individual coping 		<ul style="list-style-type: none"> • Talking about feelings of hopelessness, helplessness, or having no reason to live
<ul style="list-style-type: none"> • History of self-harm or suicide attempt 		<ul style="list-style-type: none"> • Feeling like a burden to others

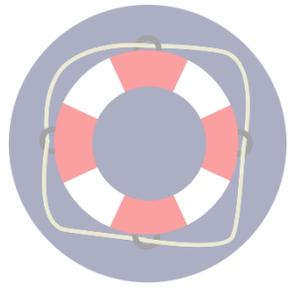


Factores de riesgo

- Historia personal o familiar de **enfermedad mental**; conducta, depresión, TUS
- Antecedentes de **autolesiones** o **intentos previos de suicidio**
- Enfermedades médicas crónicas, dolorosas o que producen discapacidad
- Historia de **traumas** (abuso, *bullying*)
- **Comunidad LGBTQ+**
- **Conflictos con iguales o familiares**
- Hábitos de vida poco saludables
- Consumo de **alcohol**, tabaco y drogas ilegales
- Estrategias personales y habilidades de afrontamiento poco eficaces
- Abuso de móviles, internet y RRSS
- **FALTA DE CONECTIVIDAD** con grupos significativos: familia, amigos, comunidad



FACTORES DE PROTECCIÓN



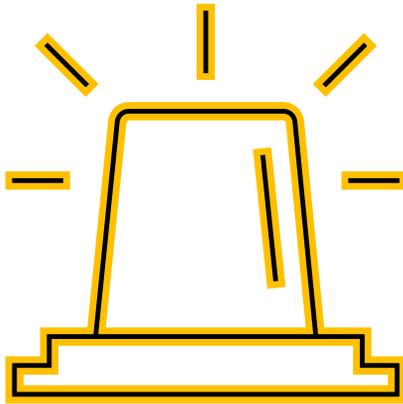
Factores de **protección**

- **CONNECTIVIDAD** con grupos significativos: familia, amigos, comunidad
- **Apoyo familiar y social**
- **Estrategias personales y habilidades de resolución de problemas y afrontamiento eficaces**
- Espiritualidad, religiosidad
- **Valores y actitudes vitales positivas**, optimismo
- **Autoestima** positiva y autocompasión
- Recursos de ayuda eficaces (MAP, salud mental, información y teléfonos), y **predisposición a pedir ayuda (cultura: fortaleza de pedir ayuda)**

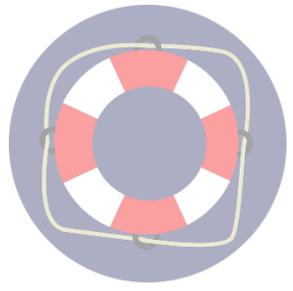
SEÑALES DE ALARMA



SEÑALES DE ALARMA

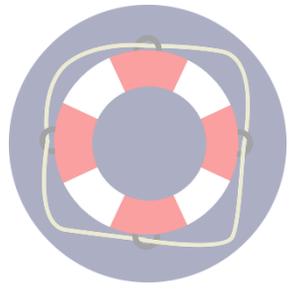


1. HABLAR, AMENAZAR, BUSCAR MÉTODOS DE SUICIDIO
2. SEÑALES DE ALARMA PSICOLÓGICAS
3. SEÑALES DE ALARMA FÍSICAS Y CONDUCTUALES
4. BAJA CONECTIVIDAD



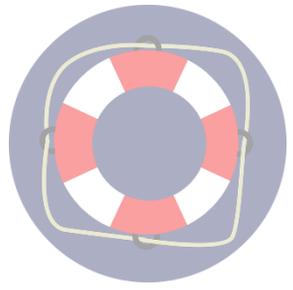
1. HABLAR, AMENAZAR, BUSCAR MÉTODOS

- 4 de cada 5 personas que mueren por suicidio emiten señales de alarma evidentes
 - Verbales: intencionalidad, planes, amenazas (cuidado con considerar como llamadas de atención las amenazas suicidas: siempre entrañan un riesgo y deben tenerse en cuenta)
 - No verbales: conductas; dibujos; buscar información y métodos de suicidio en RRSS e internet
- Las RRSS son poco eficaces en validar las emociones difíciles, contribuyen al aislamiento y al sentimiento de que no existe ayuda posible



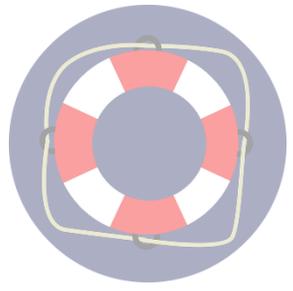
2. SEÑALES PSICOLÓGICAS

- **DOLOR MENTAL:** Estado mental perturbador caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas
- **DESESPERANZA:** Estado cognitivo que hace referencia tanto a la percepción negativa que tiene la persona sobre su situación, como a la expectativa de que su situación no mejorará
- **PERCEPCIÓN DE SER UNA CARGA:** Percepción de ser una carga, especialmente para personas significativas como pareja, familia, o amigos
- **HOSTILIDAD HACIA UNO MISMO:** Malestar intenso con uno mismo que produce agresividad, derivado de baja autocompasión



3. SEÑALES FÍSICAS Y CONDUCTUALES

- Alteración del sueño (insomnio o hipersonmia)
- Dolor corporal, tensión muscular, o fatiga
- Agitación o irritabilidad
- Enfado u hostilidad fuera de lugar o fuera de contexto
- Consumo/aumento del consumo de drogas y/o alcohol, o medicamentos (psicofármacos o analgésicos)



4. BAJA CONECTIVIDAD

- Sentimiento de falta de pertenencia e implicación social con:
- **FAMILIA, PAREJA**
- AMIGOS
- COMUNIDAD
- Escuela, centro residencial
- Actividades culturales, grupos deportivos, otros

Sobriedad
Control de métodos peligrosos
Motivos para vivir
Tolerancia al malestar
Regulación emocional
Conectividad y apoyo social

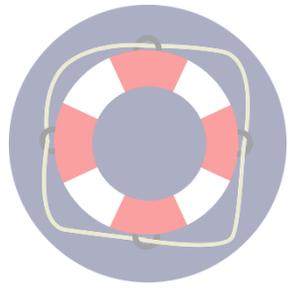


Dolor mental
Desesperanza
Insomnio
Pérdidas
Intoxicación
Pérdida de conectividad



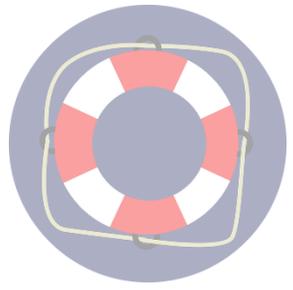
DESENCADENANTES

PRECIPITANTES



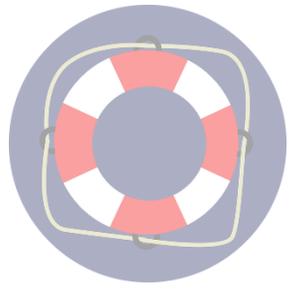
PRECIPITANTES

- **Problemas de pareja (ruptura, separación, divorcio);** problemas interpersonales
 - Problemas económicos-financieros
 - Problemas legales
 - Pérdida de estatus
-
- Otros acontecimientos de la vida cotidiana



DESENCADENANTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- PÉRDIDAS: Muerte de familiares o amigos
- SEPARACIÓN O DIVORCIO DE LOS PADRES
- RAZONES ACADÉMICAS: Fracaso escolar u otros problemas en el ámbito escolar; repetir curso académico; suspender asignaturas académicas; expulsión de la escuela
- Ruptura de la relación de pareja durante los últimos 6 meses; pérdidas relacionales, sociales, laborales o económicas; experiencia personal de decepción, o rechazo importante
- Tener problemas con las figuras de autoridad, como el personal escolar, residencial o la policía; conflicto con los miembros de la familia; disfunción familiar

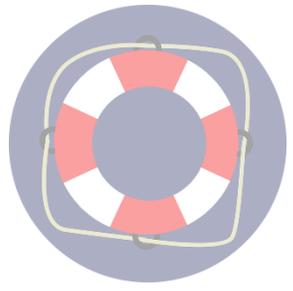


DESENCADENANTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Estar sometido a una gran presión por las grandes expectativas depositadas en alguna cuestión
- ENFERMEDAD: Sufrir una enfermedad grave o crónica; aparición repentina de problemas de salud física o mental; haber sufrido un accidente que haya supuesto lesiones físicas crónicas o que haya alterado la vida normal de la persona
- ACOSO, ABUSO, AGRESIÓN: Ser víctima de bullying; ser perpetrador de bullying; sufrir abuso sexual; ser víctima de maltrato infantil; ser víctima de violencia de género
- Ser puesto bajo disposición del sistema de protección infantil (acogimiento residencial, acogimiento familiar)

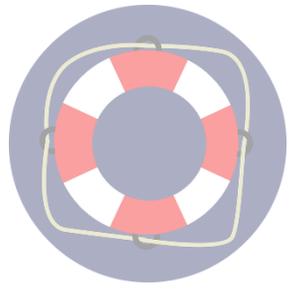
ÁMBITO EDUCATIVO





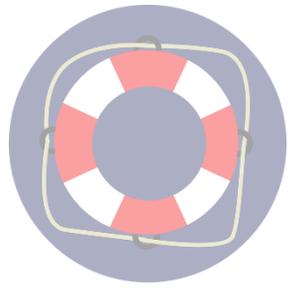
Características del ámbito educativo

- Alta **prevalencia** de problemas de salud mental, autolesiones e intentos de suicidio
 - 18% ideación suicida, 15% planes, 5% tentativas (Singer 2019)
 - Intenso dolor mental o desesperanza en último año: 60% chicas y 30% chicos (Youth Risk Behavior Survey, CDC 2023)
 - Consideración del suicidio en el último año: 15% chicos; 30% chicas; 45% colectivo LGTBIQ+ (Youth Risk Behavior Survey, CDC 2023)
- La mayoría de jóvenes con autolesiones y/o tentativas de suicidio **NO pide ayuda**; es imprescindible saber **detectar** estos jóvenes vulnerables
- El **riesgo de contagio** es especialmente elevado en niños y adolescentes vulnerables
- Necesidad de combatir **falsos mitos**: el suicidio NO es impulsivo (la tentativa sí puede ser imprevisible)
 - Hasta en los casos más imprevisibles, el dolor mental y la desconexión vital preceden al intento de suicidio: existe tiempo para detectar el riesgo y las señales de alarma



Características del ámbito educativo

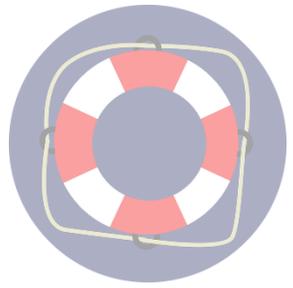
- Hablar del suicidio lo previene: pequeñas conversaciones salvan vidas
- La OMS establece 4 líneas de acción en el ámbito educativo:
 1. Limitar el acceso a los métodos peligrosos
 2. **Implantar programas de promoción de competencias socioemocionales para la vida en jóvenes**
 3. **Detectar los casos de riesgo de manera precoz; y evaluar, gestionar y hacer un seguimiento de las personas con ideas y conductas suicidas**
 4. Promover la difusión responsable de los casos de suicidio en los medios de comunicación



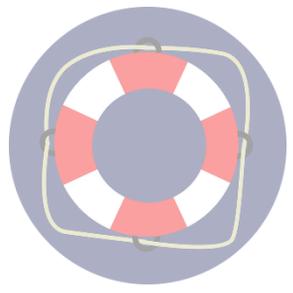
APRENDIZAJE SOCIOEMOCIONAL

Programas SEL

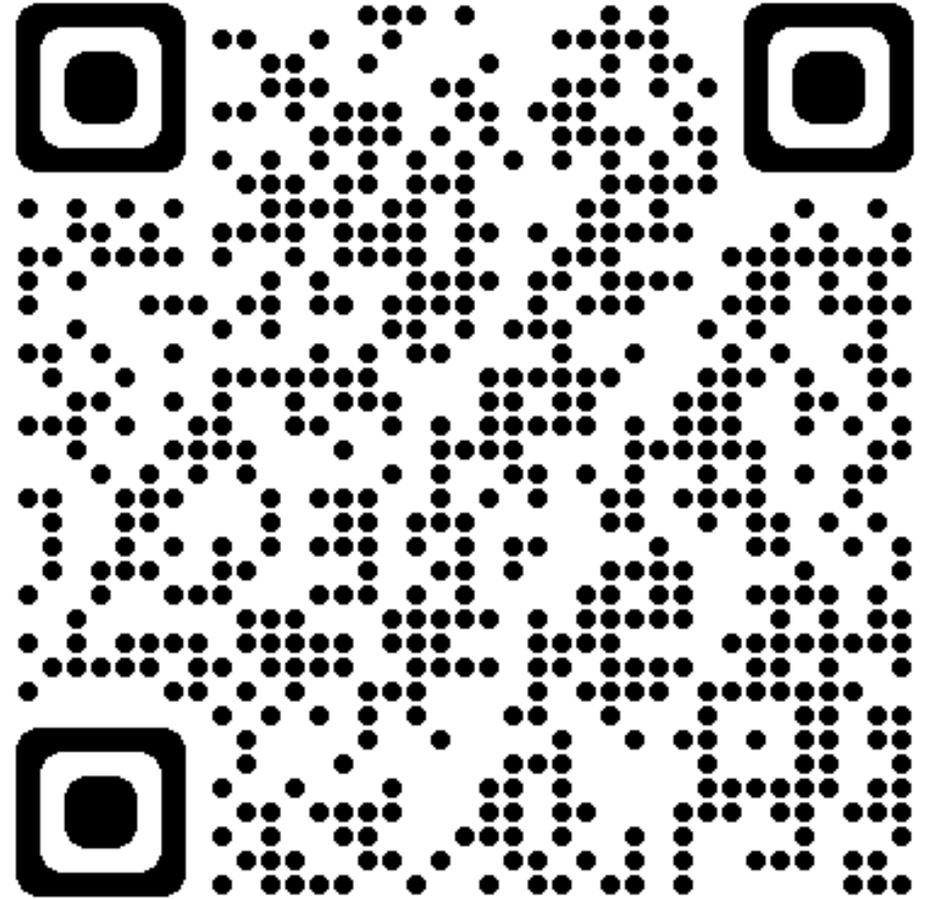
- **Identificar acontecimientos vitales estresantes** que pueden generar problemas de salud mental, y/o ideas y conductas suicidas
- Conocer los **factores de riesgo y protectores** de la salud mental y el suicidio
- Adquirir **habilidades para el manejo del dolor** mental (psicológico)
- Promocionar el **autocuidado** personal
- Desarrollar habilidades de prevención del suicidio a través del desarrollo de la **conectividad y el sentido vital**
- Identificar los **mitos y realidades en torno al suicidio**
- Gestionar el impacto de las **redes sociales**
- Desarrollar habilidades para el **manejo de la hostilidad hacia uno mismo**

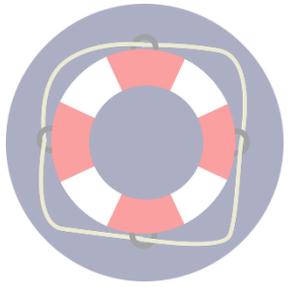


FAMILIAS PIENSAN...	ELLOS PIENSAN...
<ul style="list-style-type: none">• Meteré la idea del suicidio en su cabeza	<ul style="list-style-type: none">• No puedo explicar lo que me pasa
<ul style="list-style-type: none">• Las cosas pueden ir a peor	<ul style="list-style-type: none">• Pensarán que soy un raro, un problema, un egoísta...
<ul style="list-style-type: none">• No es el “tipo” de persona al que le pasan esas cosas	<ul style="list-style-type: none">• Pensarán que solo quiero llamar la atención
<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué puedo hacer si no está bien?	<ul style="list-style-type: none">• Pensarán que soy débil
<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué pasará si utilizo palabras incorrectas?	<ul style="list-style-type: none">• No quiero ser una carga
	<ul style="list-style-type: none">• Nadie me puede ayudar



**WANNA
TALK?**



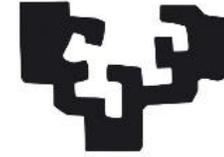




Osakidetza

BIZKAIKO
OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL
BIZKAIA

eman ta zabal zazu



UPV EHU

NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



**b+ocruces
bizkaia**

osasun ikerketa institutua
instituto de investigación sanitaria

jon.garcia@ehu.eus

jon.garciaormaza@osakidetza.eus