

CCO2 JORNADA FORMATIVA "HABLEMOS DE  
SUICIDIO: UNA MIRADA CONJUNTA -  
ESTRUCTURAS DE ORIENTACIÓN"

GATEKEEPER NIVEL 1

**biocruces  
bizkaia**

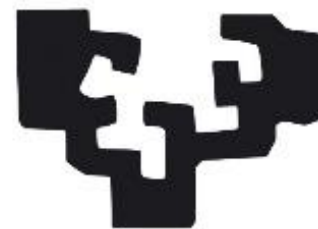
osasan ikerketa institutua  
instituto de investigación sanitaria



**Osakidetza**

BIZKAIKO  
OSASUN MENTALEKO SAREA  
RED DE SALUD MENTAL  
BIZKAIA

eman ta zabal zazu



**UPV EHU**

NAZIOARTEKO  
BIKAIN TASUN  
CAMPUSA

CAMPUS DE  
EXCELENCIA  
INTERNACIONAL

# GATEKEEPER

PROFESIONAL capaz de identificar personas en riesgo de suicidio, y que llegado el caso sabe cómo conectar estas personas con recursos profesionales eficaces.

Competencias GTK:

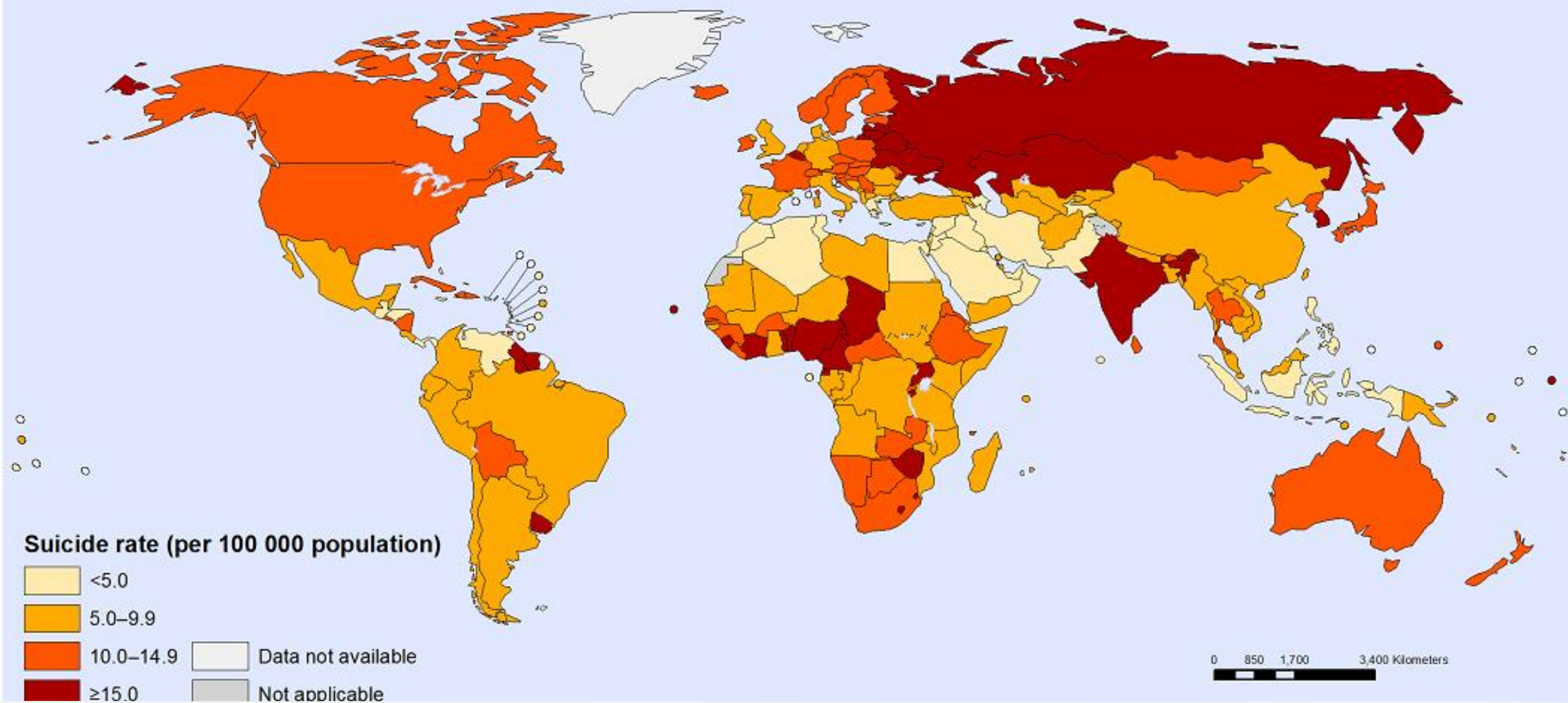
- Conocimiento de factores de riesgo, y señales de alarma.
- Capacidad para validar el estado emocional de la persona y transmitir compasión e intención de ayudar.

- EPIDEMIOLOGÍA.
- INTRODUCCIÓN A LA PREVENCIÓN.
  - CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN.
  - MITOS Y CREENCIAS FALSAS.
    - FACTORES DE RIESGO.
    - FACTORES PROTECTORES.
    - SEÑALES DE ALARMA.
    - FACTORES PRECIPITANTES.

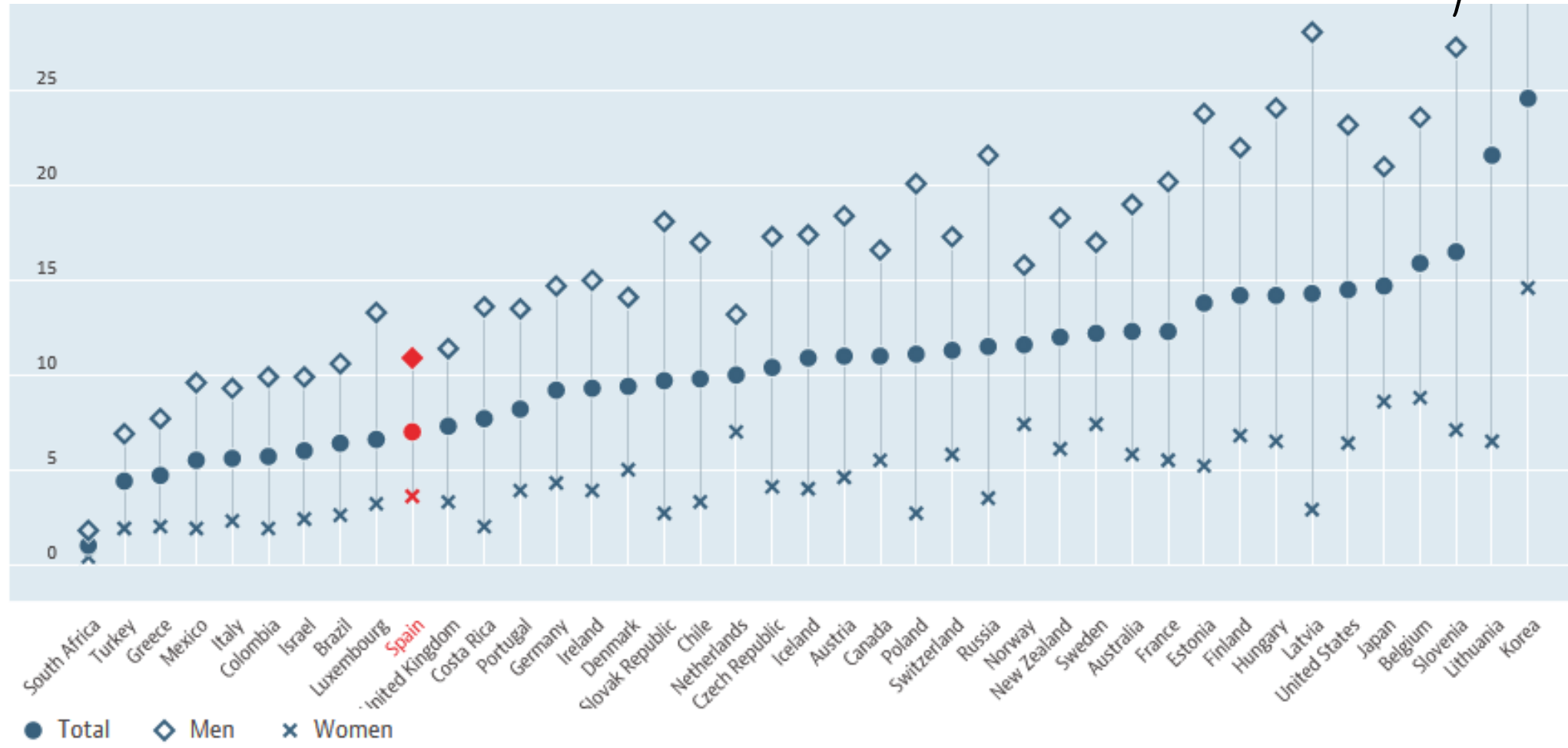
# EPIDEMIOLOGÍA

¿CÓMO DE FRECUENTE ES LA CONDUCTA SUICIDA?

## Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2016



# PAÍSES OCDE, 2019.



# EPIDEMIOLOGÍA

- El suicidio es un gran problema de salud pública.
- Primera causa de muerte no natural en España (todas las edades).
- Segunda causa de muerte entre 15-29 años (tras tumores malignos).
- Muchas muertes por suicidio pueden prevenirse (OMS).

Tabla **Gráfico**

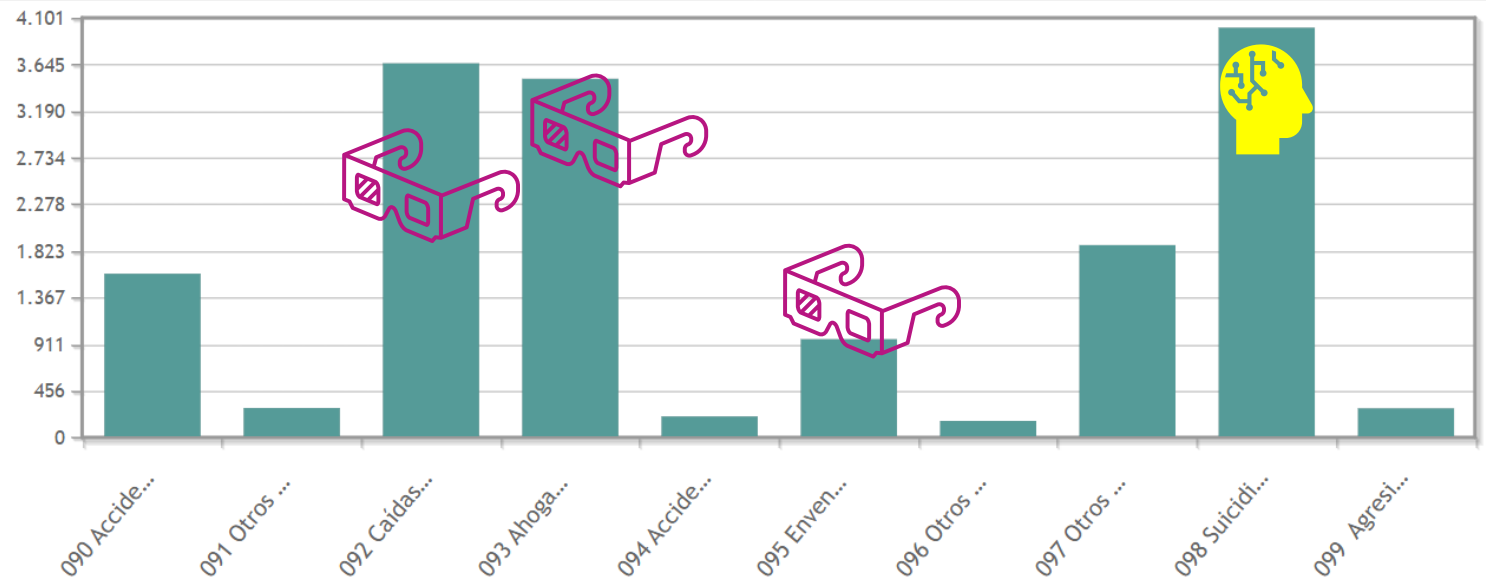
**Seleccionar valores...**

▼ **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



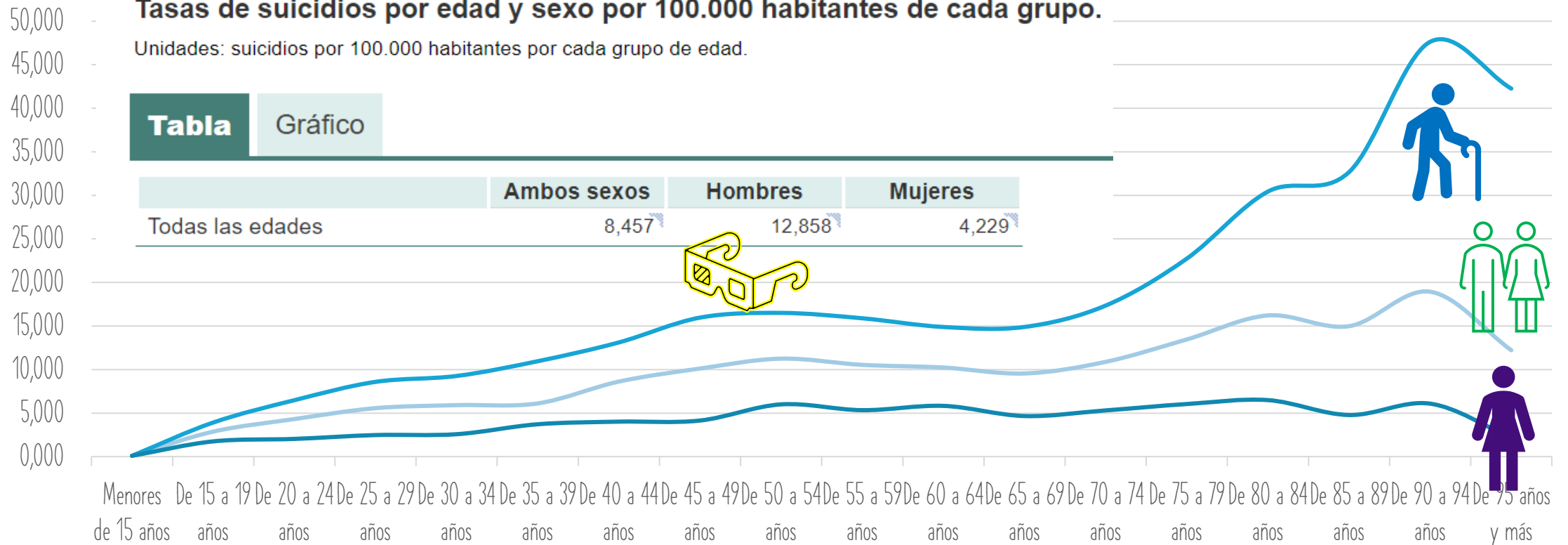
## Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo.

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



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



# A M E R I C A N ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY

## Suicide in road traffic - psychosocial factors must be used in the method of classification

Corresponding and presenting author: Dr. Anna-Lena Andersson, Special advisor, PhD  
Swedish Transport Administration, Vassbottengatan 14, 462 38 Vänersborg, Sweden<sup>1</sup>  
Institute of Clinical Sciences at Sahlgrenska Academy, Department of Orthopedics, University of Gothenburg, Sweden<sup>2</sup>

Coo-author: Mr. Kenneth Svensson, Special advisor  
anna-lena.andersson@trafikverket.se  
kenneth.svensson@trafikverket.se

### Background

Not all fatalities in road traffic are accidents, some are suicides. Since 2010 Sweden has reported fatalities due to accidents and due to suicides in road traffic separately.

### Objective

- The objective has been to compare the method of suicide classification without and with psychosocial investigation, in order to reduce the "unclear cases". The work has been carried out in cooperation between The Swedish Transport Administration, The Swedish Transport Agency, The National Board of Forensic Medicine and Suicide Prevention Western Sweden.

### SUICIDE CLASSIFICATION METHODOLOGY

#### In-depth studies

In Sweden in-depth studies are made for all road traffic fatalities, natural deaths excluded, since 1997 and based on data about three principle components:

#### THE ROAD

- Type of road
- Width
- Speed limit
- Rifling
- Barriers
- Slope of the road
- Skewness
- Road damage
- Road side areas
- Lines of light
- Distraction
- Road signs
- Road markings
- Traffic flow
- Road conditions
- Statistics about past accidents

#### THE VEHICLE

- Tyres
- Deformation
- Use of seatbelt
- Airbags
- Lights
- Load
- Rating in Euro Ncap
- Direction of force
- Active safety equipment
- Seatbelt automatic reminder
- Presence/Use of mobile phone

#### THE HUMAN

- Driving license
- Habitation
- Level of distraction
- Alcohol/Drugs
- Use of seatbelt
- Position
- Illness
- Suicide
- Autopsy
- Helmet - if applicable
- Purpose of the journey

### Criteria for cases to undergo the classification process

- A farewell message, oral or written, where intention is clearly communicated and where the traffic event supports a suicidal act
- A traffic event that supports a suicidal act in combination with knowledge of:
  - a) previous known suicide attempts in the near past
  - b) indirect suicidal communication in the near past
  - c) communication about committing suicide or having no reason to live
  - d) ongoing prolonged depression or mental illness
  - e) previous severe emotional stressful life event
- A traffic event that strongly supports a suicidal act

### Psychosocial examination

Expanded psychosocial data collections was done through contact with the police, relatives, health care institutions and other to get more data for the assessment. Information such as suicide notes, recent suicide threats, long-term mental illness, use of psychopharmacologic drugs, or neuropsychiatric diagnoses were obtained. Other important information as triggering factors as separations or recently revealed socially unacceptable behaviour were noted.

### Expert group

The selected cases were classified by an expert group of five experienced professionals with knowledge in forensic medicine, behavioural and medical science and traffic safety.

### Findings in the study

During 2010 and 2011, when classifications were made without psychosocial information about 6% were classified as suicides compared with 11% 2012. From 2012 onwards, the suicide classification method has included psychosocial investigation and the Transport Analysis approved of the method for delivery of the official Swedish statistics of suicides in road traffic.

### Classification scale for road traffic fatalities

Level one and two fatalities are classified as suicides

Level	The result of the examination...
1	shows that the manner of death was suicide - requires a farewell letter or equivalent
2	strongly supports that the manner of death was suicide - an almost certain suicide but the intention is based primarily on the course of events and psychosocial information about the road user
3	cannot determine whether the manner of death was suicide or the result of an accident - the information has not been sufficient in order to determine whether the fatality was the result of a suicide or an accident
4	strongly supports that the manner of death was a result of an accident - an almost certain accident
5	shows that the manner of death was an accident

### Results during 2010-2017 - fatalities in road traffic

Fatalities in road traffic	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Suicides	36	23	36	28	25	23	31	29	34
Accidents	266	379	296	262	270	299	270	253	324
Total	282	342	332	288	295	282	301	282	358
Percentages of suicides %	5,7	4,7	11,2	9,7	8,5	8,2	10,3	10,3	9,5

### Conclusions

- To determine if a fatality is caused by a suicidal act or an accident is a complex task and demands a well-structured and methodical, multidisciplinary approach. Suicides must be considered in traffic safety work. Since the causes of suicides are so multifaceted, the suicide classifications must contain data about the road environment, the vehicle and the road user's psychosocial situation and mental health.
- Good quality data is required for the analysis of the prevalence and the patterns of the problem. The analyses should then be used as a basis for prevention work in the road environment and in collaboration with other organizations and authorities.
- The adjusted method is also a standard since 2016 for suicide classification on fatalities on railways in Sweden, where suicides are a major problem. This classification method can when adjusted be used for other types of "unclear" suicide methods such as i.e. drownings, fatal fires, intoxications.

### References

- Swedish Transport Administration (2017) Suicid i vägtrafiken 2010-2015. Publicatión 2017:099
- Fatalities in road traffic, a result of accidents or suicides? In manuscript.

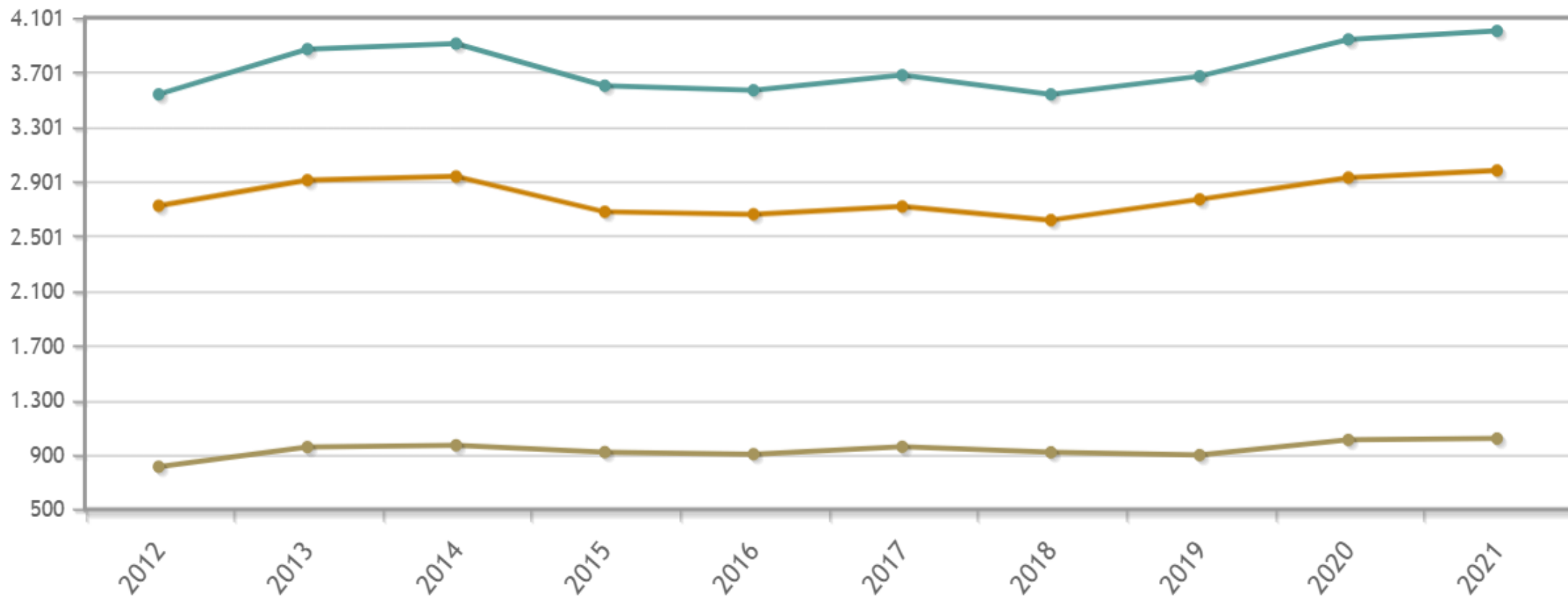
trafikverket.se

## AUTOPSIA PSICOLÓGICA:

Developed in 1960 by AAS's founding president, Dr. Edwin Shneidman, as well as Robert Littman, MD, and Norman Farborow, PhD, and refined over the years since, the psychological autopsy has become a best practice postmortem procedure to reconstruct the proximate and distal causes of an individual's death by suicide or to ascertain the most likely manner of death where that manner of death is equivocal and left undetermined by a medical examiner or coroner. The psychological autopsy, furthermore, helps promote understandings to the often-asked "why?" question raised by survivors regarding the suicide of their loved one, is used in case-control research studies to better ascertain risk factors for suicide, and helps to answer questions of causation in both individual cases (e.g. where negligence may be alleged) or suicide and interconnections between cases (as in clusters of suicides), hence lessons learned to inform prevention efforts

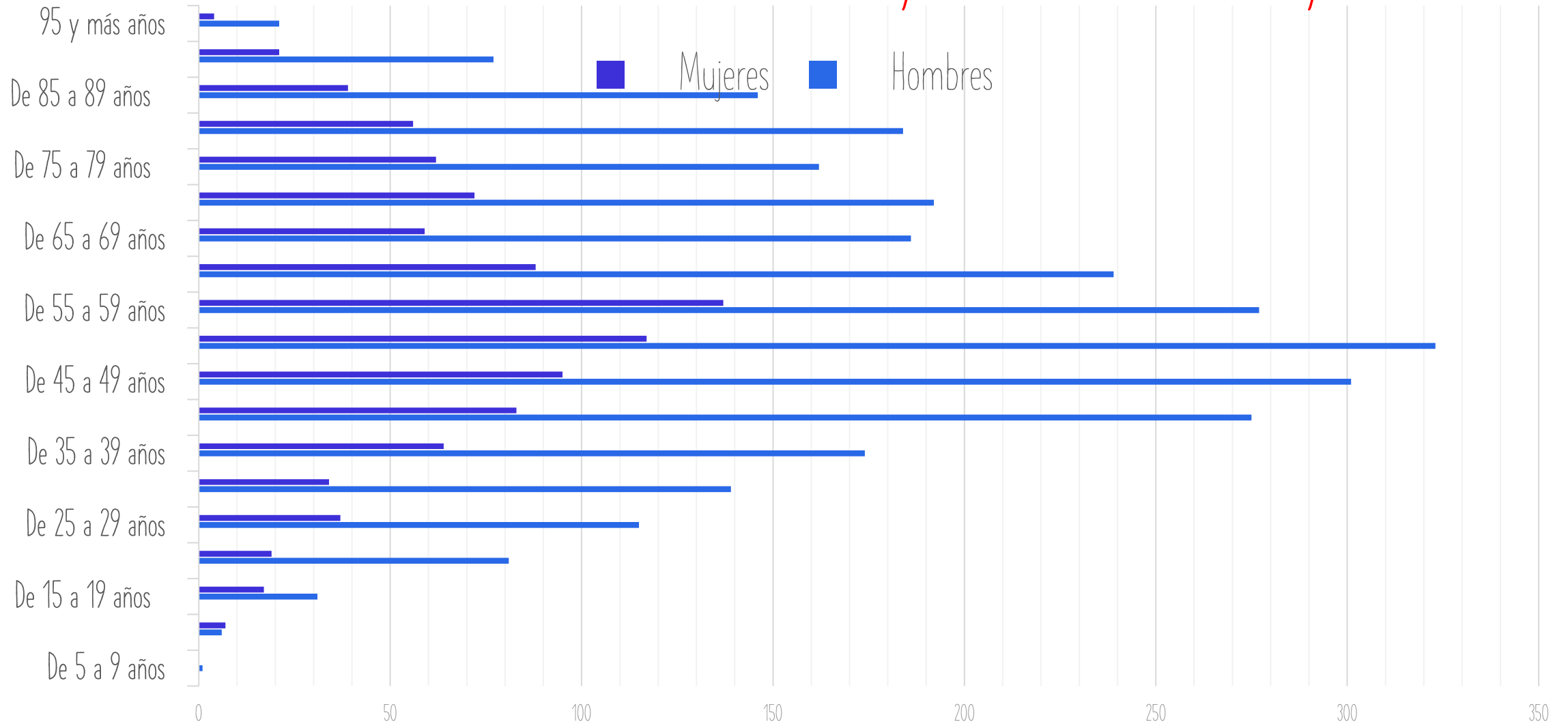
# SUICIDIOS, TODAS LAS PERSONAS, ESPAÑA 2012-2021

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



# SUICIDIOS EN ESPAÑA POR GRUPOS EDAD, 2020

FUENTE: INE, 2022

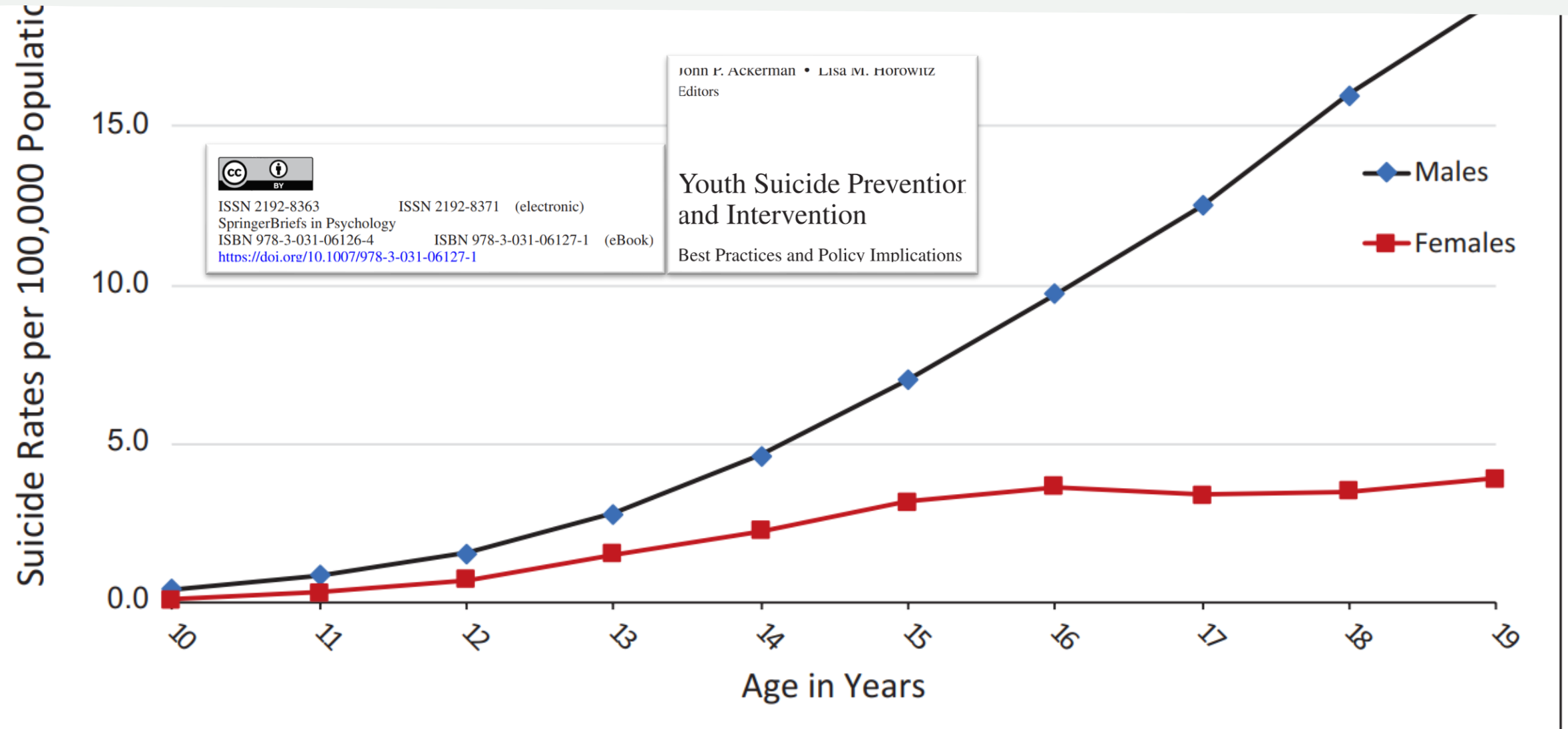


JOHN P. ACKERMAN • LISA M. HOROWITZ  
Editors

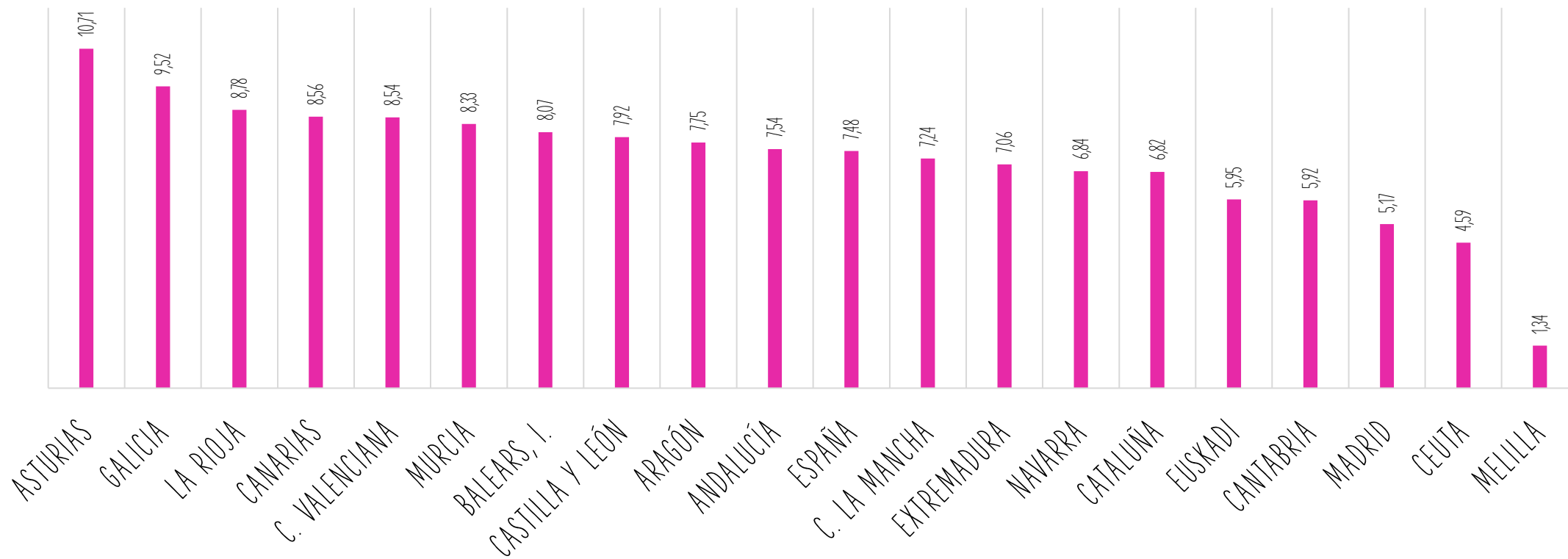


ISSN 2192-8363 ISSN 2192-8371 (electronic)  
SpringerBriefs in Psychology  
ISBN 978-3-031-06126-4 ISBN 978-3-031-06127-1 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1>

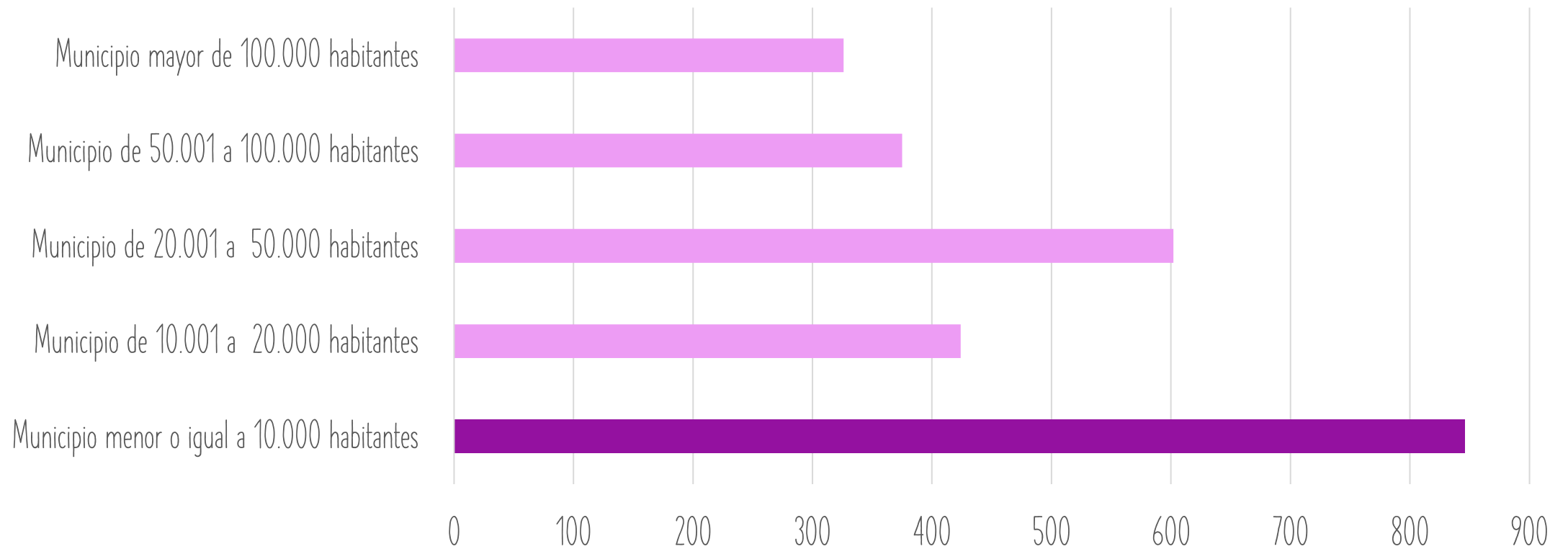
Youth Suicide Prevention  
and Intervention  
Best Practices and Policy Implications



**Fig. 1.1** Suicide rates among youth aged 10–19. Suicide rates are displayed by sex (male and



INCIDENCIA SUICIDIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, ESPAÑA. FUENTE: INE.



SUICIDIOS (FREC. ABSOLUTA) POR TAMAÑO MUNICIPIO, ESPAÑA 2021

# MÉTODOS DE SUICIDIO EMPLEADOS, CANTABRIA 2021. INE 2023.

## Hombres

Ahorcamiento: 23

Precipitación: 7

Ahogamiento: 4

Intoxicación: 3

Armas: 1

## Mujeres

Ahorcamiento: 4

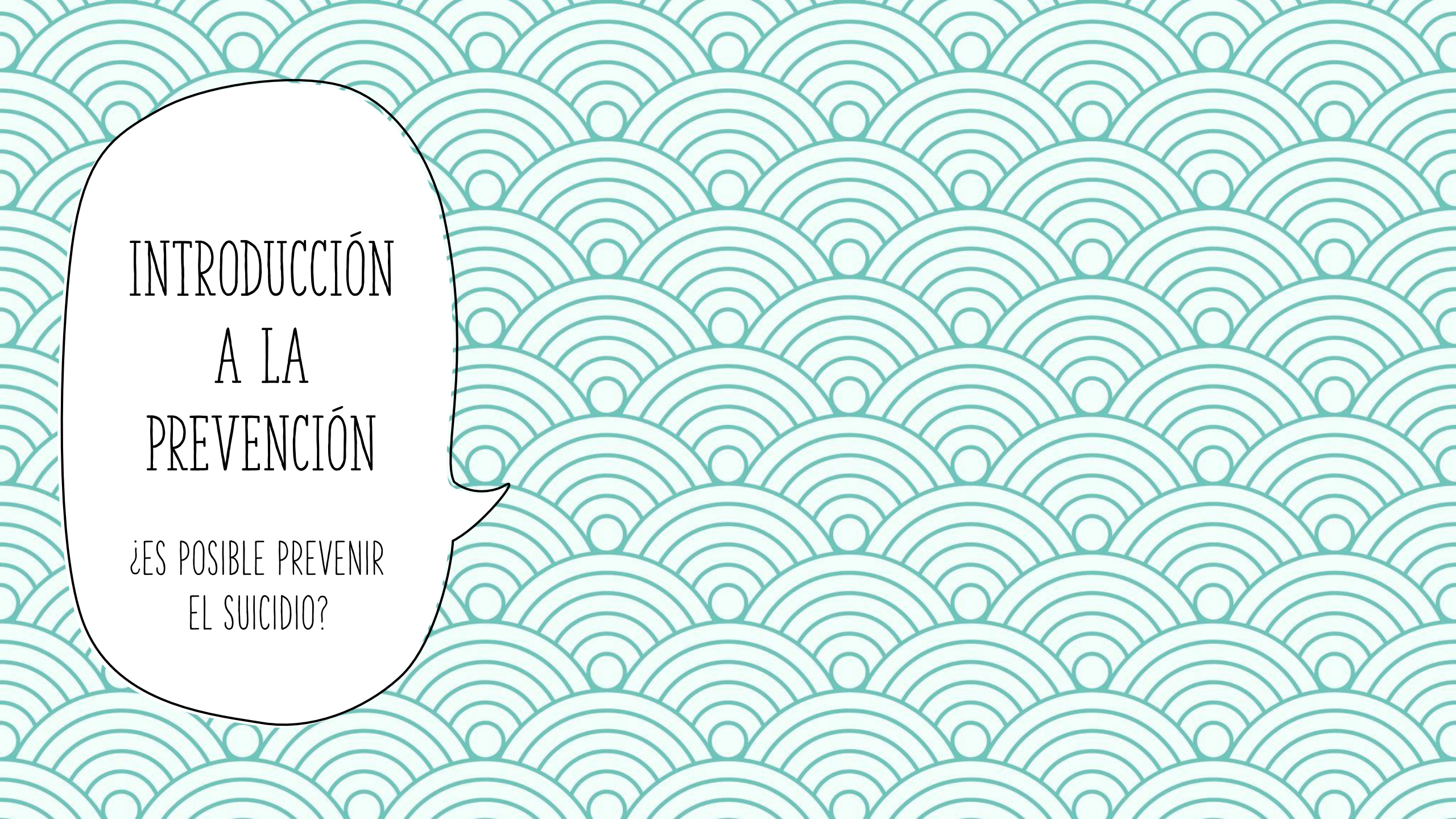
Precipitación: 2

Ahogamiento: 1

Intoxicación: 1

Armas: 0





INTRODUCCIÓN  
A LA  
PREVENCIÓN

¿ES POSIBLE PREVENIR  
EL SUICIDIO?

# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: OBJETIVO PRIORITARIO DE LA OMS

- Muchas veces el suicidio se puede prevenir
- Existen tres niveles de prevención
  1. UNIVERSAL: a toda la población
  2. SELECTIVA: colectivos vulnerables (niños y adolescentes; mayores; personas con problemas de salud mental; personas con enfermedad crónica, dolorosa o que produce discapacidad; mujeres que han sufrido violencia machista; personas encarceladas; colectivo LGTBIQ+; otros)
  3. INDICADA: personas con ideas y conductas suicidas identificadas
- POSVENCIÓN

# CENTROS EDUCATIVOS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Las escuelas, centros socioeducativos y campus universitarios son contextos clave donde implementar programas de prevención del suicidio.
- Los estudiantes pasan largos periodos de tiempo en estos espacios.
- Son lugares donde se capta la atención y se trabajan enseñanza y aprendizaje.
- Son espacios propicios para la detección de eventuales problemas de conducta y salud mental; e ideas y conductas suicidas.

# CENTROS EDUCATIVOS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Alta prevalencia de problemas de salud mental, autolesiones e intentos de suicidio: 18% ideación, 15% planes, 5% tentativas (EEUU, Singer 2019).
- La inmensa mayoría de los jóvenes con autolesiones y/o tentativas de suicidio NO piden ayuda; haciéndose imprescindibles competencias específicas en la detección de estos jóvenes vulnerables.
- El riesgo de CONTAGIO de conductas suicidas es especialmente elevado en jóvenes vulnerables.
- Necesidad de combatir falsos mitos: el suicidio **NO** es impulsivo (hasta en los casos de paso al acto de carácter más impulsivo, el dolor mental y la desconexión vital preceden durante meses al intento de suicidio: existe mucho tiempo para detectar señales de riesgo y alarma).

# CENTROS EDUCATIVOS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Lo más probable es que un joven preocupado por otro informe de la situación a un adulto (más que el propio joven acuda a pedir ayuda por sí mismo). La mayoría de los jóvenes potencialmente suicidas confían en sus iguales más que en los adultos.
- Las chicas son más propensas a buscar ayuda que los chicos.
- Los jóvenes deprimidos o suicidas tienen más probabilidades de estar conectados con otros jóvenes deprimidos y suicidas, lo que limita el número de compañeros "seguros" en los que podrían confiar.
- Los jóvenes prefieren comunicarse por internet: importancia de las RRSS.

# CARACTERÍSTICAS DEL ÁMBITO EDUCATIVO

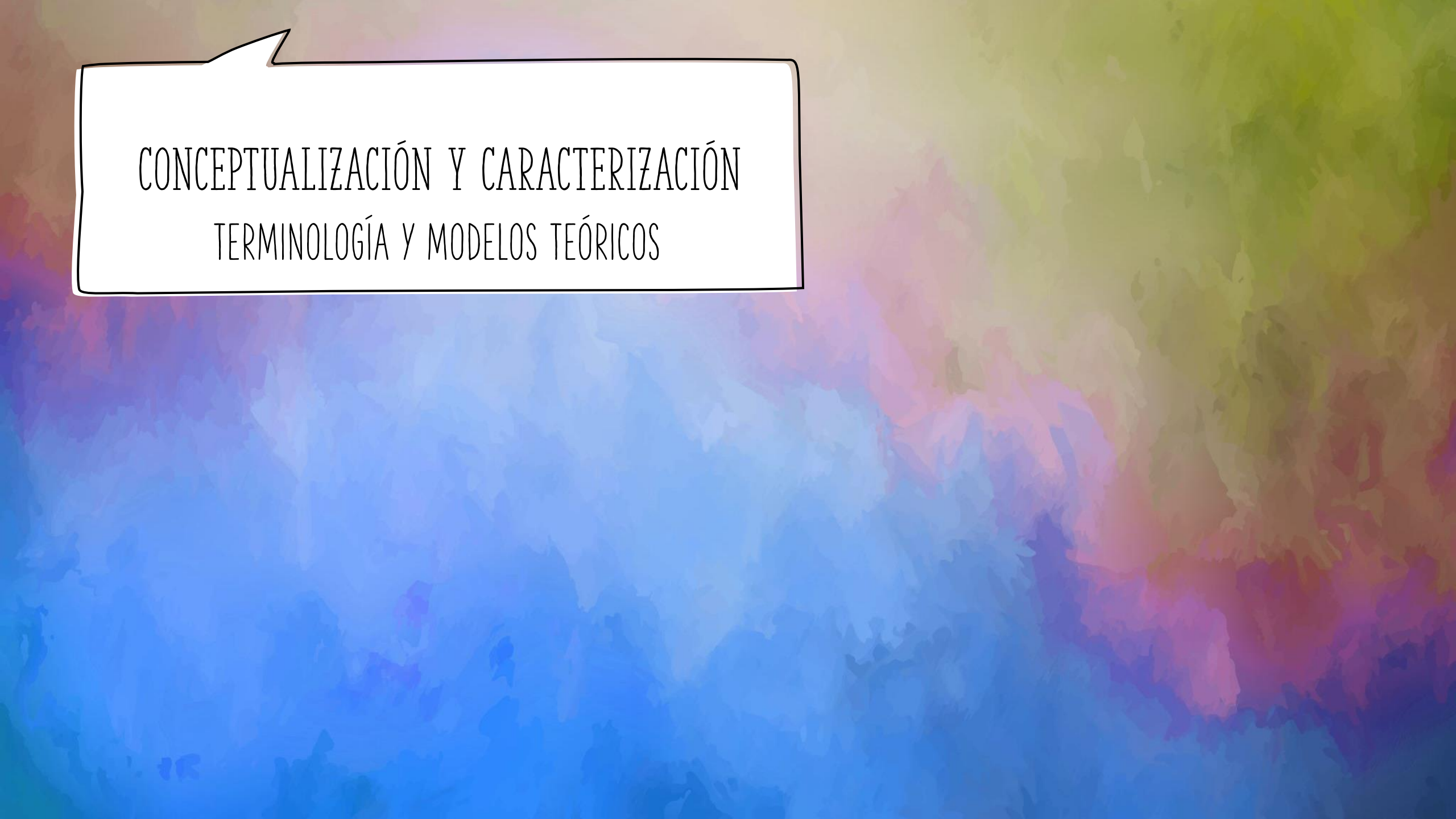
Hablar del suicidio lo previene: pequeñas conversaciones salvan vidas

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**
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 (estrés 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 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



CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN  
TERMINOLOGÍA Y MODELOS TEÓRICOS



IDEAS DE SUICIDIO

SUICIDIO

AUTOLESIONES

PLAN DE SUICIDIO

AMENAZA

INTENTO DE SUICIDIO

GESTO SUICIDA

COMUNICACIÓN

# CONTINUUM DE LA CONDUCTA SUICIDA

IDEACIÓN SUICIDA

- Amenaza
- Plan

COMUNICACIÓN SUICIDA

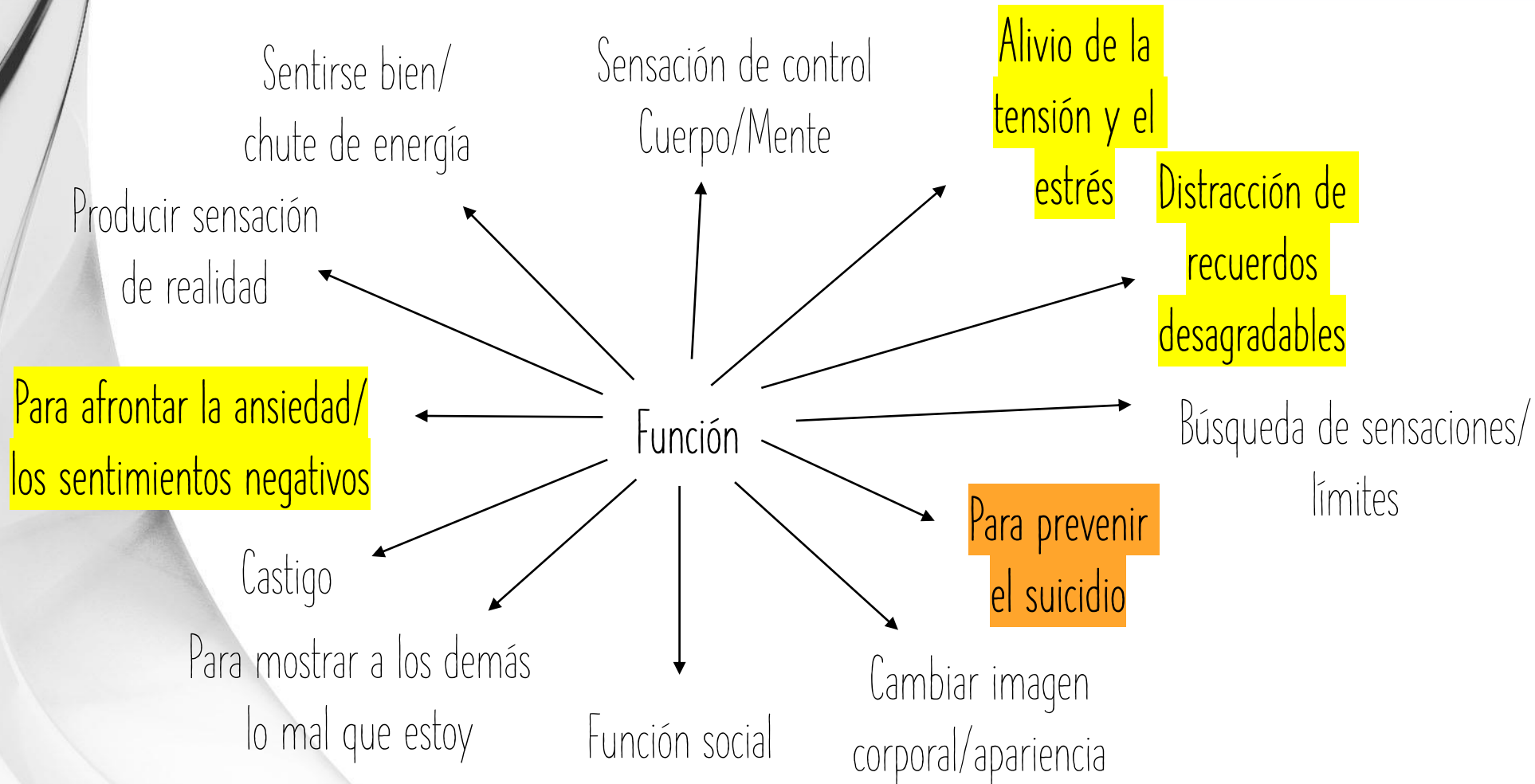
- Gestos suicidas
- Intento de suicidio
- Suicidio

CONDUCTA SUICIDA

Acceso a medios letales

Autolesiones no suicidas

## AUTOLESIONES NO SUICIDAS: FUNCIÓN



REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES "NEGATIVAS"

# CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida NUNCA es resultado de una única causa; sí de la interacción de múltiples variables (Cameron, 2017; Hawton, 2009; O'Connor & Nock, 2014)

Aproximación a la conducta-tendencia suicida:

- **MODELO BASADO EN FACTORES DE RIESGO:** En los últimos 50 años no ha mejorado la capacidad de identificar a las personas en riesgo (Franklin, 2017)
- **MODELO PSIQUIÁTRICO:** Los trastornos mentales asocian frecuentemente ideación suicida, pero no explican el paso de ideación suicida a conducta suicida (tentativa)
- **ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA:** Las intervenciones focalizadas en ideación y conducta suicida disminuyen más el riesgo suicida que las dirigidas exclusivamente al trastorno psiquiátrico (Tarrier, 2008)

# MARCO TEÓRICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

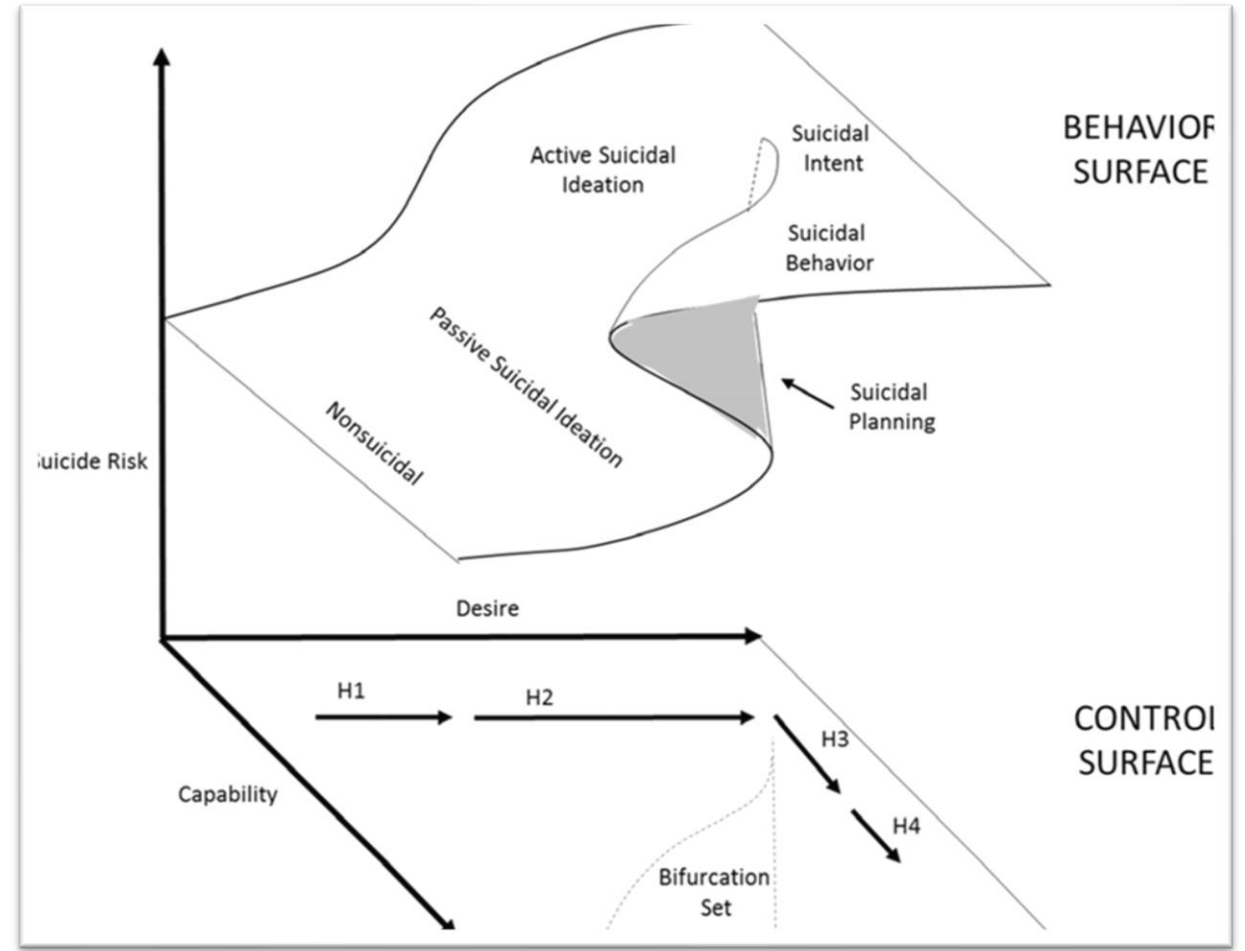
## FLUID VULNERABILITY THEORY (Rudd, 2006)

- Conducta suicida como fenómeno que emerge; autorregulación
- 2 riesgos suicidas:
  - Basal: genética, traumas, otros
  - Agudo: dominios emocional, cognitivo, conductual, fisiológico

## INTERPERSONAL THEORY (Joiner, 2007)

- Deseo suicida: pertenencia frustrada, carga percibida
- Capacidad suicida

## CUSP CATASTROPHE MODEL (Craig J Bryan, 2020)



Craig J Bryan, 2020



# ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

## INTERVENCIONES FOCALIZADAS EN CONDUCTA SUICIDA

- Ideación y conductas suicidas NO entendidos como resultado único de procesos psicológicos específicos, ni trastornos mentales
- Sí como resultado de la forma en que la persona experimenta estos procesos psicológicos en un contexto determinado (historia personal, contingencias ambientales, conductas...)
- El objetivo del tratamiento NO es (sólo) el abordaje de un eventual trastorno mental
- El objetivo del tratamiento es **ENTENDER Y ACTUAR SOBRE EL CONTEXTO** que permite la aparición y mantenimiento de las ideas-conductas suicidas (dominios emocional, cognitivo, conductual y fisiológico)



MITOS  
FALSAS CREENCIAS

CONDICIONAN LO QUE SE HACE (Y NO SE HACE)



## MITO

Preguntar sobre suicidio es PELIGROSO ya que puede provocarlo.

## REALIDAD

Los estudios indican que hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo suele ayuda a hacerle sentirse mejor y reduce el riesgo.

## MITO

La persona que amenaza con suicidarse NO lo hará.

## REALIDAD

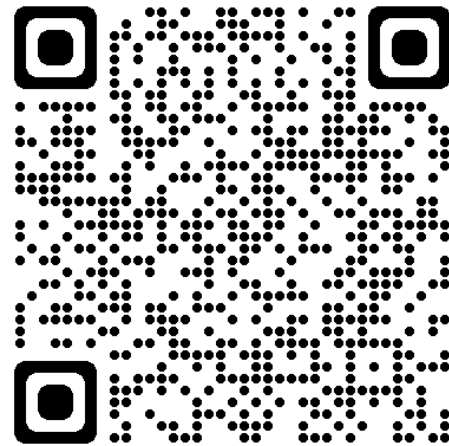
Cualquier aviso o amenaza supone un riesgo real y debe ser tomada en serio, y por ello es aconsejable preguntar.

Sabemos que cerca del 80% habían avisado sobre sus intenciones.

## MITO

Sólo las personas con problemas graves se suicidan.

La mayoría de la gente que se suicida NO hace planes de futur



## REALIDAD

Situaciones muy diversas pueden llevar a una persona a plantearse el suicidio

La falta aparente de problemas no debe hacernos pensar que no hay riesgo

## MITO

Si alguien está decidido a suicidarse NO hay nada que hacer.

## REALIDAD

Incluso las personas más gravemente deprimidas muestran dudas en torno a la idea del suicidio (ambivalencia). Esta ambivalencia abre una ventana para poder actuar.

ARGITALPEN  
ZERBITZUA  
SERVICIO  
EDITORIAL

"...el drama del desencantado que se arrojó a la calle desde el décimo piso, y a medida que caía iba viendo a través de las ventanas la intimidad de sus vecinos, las pequeñas tragedias domésticas, los amores furtivos, los breves instantes de felicidad, cuyas noticias no habían llegado nunca hasta la escalera común, de modo que en el instante de reventarse contra el pavimento de la calle había cambiado por completo su concepción del mundo, y había llegado a la conclusión de que aquella vida que abandonaba para siempre por la puerta falsa valía la pena de ser vivida". (*El drama del desencantado*, Gabriel García Márquez).

## MITO

Alguien que se plantea el suicidio debe estar "loco".

## REALIDAD

Muchas personas se han planteado en algún momento de su vida el suicidio.

No significa que hayan perdido su capacidad de juicio, y solo refleja que están pasando por un momento de mucho sufrimiento que no saben cómo afrontar.

## MITO

Algunos intentos son para llamar la atención.

## REALIDAD

Los intentos de suicidio son predictores de riesgo futuro muy importantes. Cualquier intento debe tomarse en serio y se debe persuadir a la persona a que busque ayuda.

## MITO

La mayoría de las personas que mueren por suicidio dejan NOTAS DE SUICIDIO.

## REALIDAD

Sólo una de cada 4 personas que mueren por suicidio dejan notas de suicidio.

Sí suelen dejar señales de planes de futuro.



## MITO

Los preadolescentes NO se suicidan

## REALIDAD

Ideación suicida: 12.1%

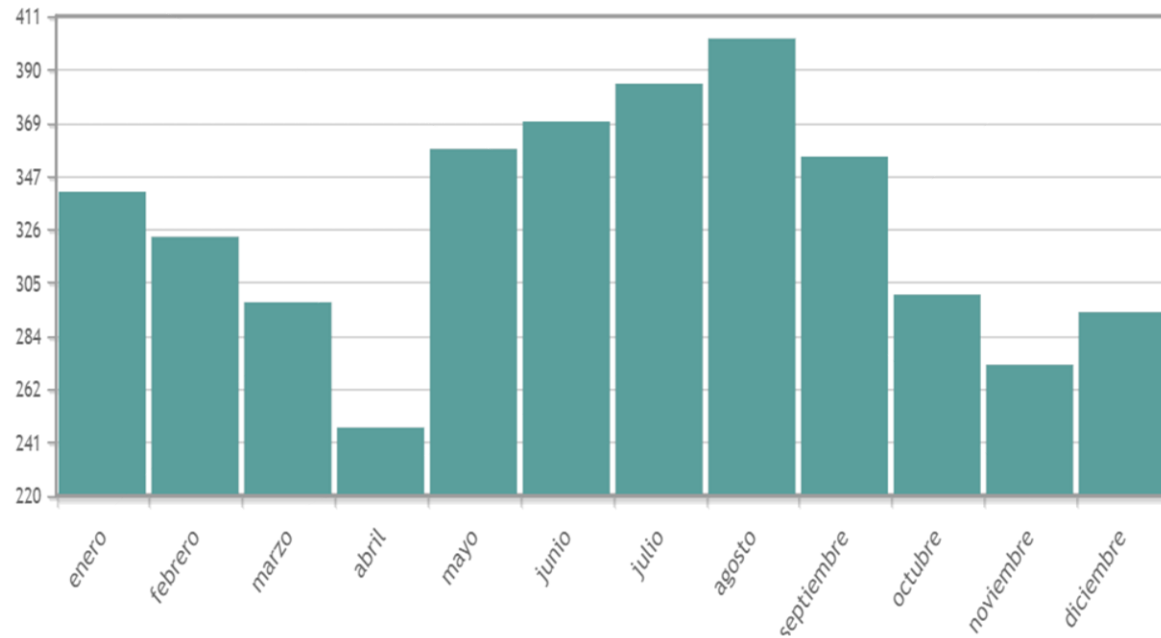
Ideación con plan: 4.1%

Intentos de suicidio:

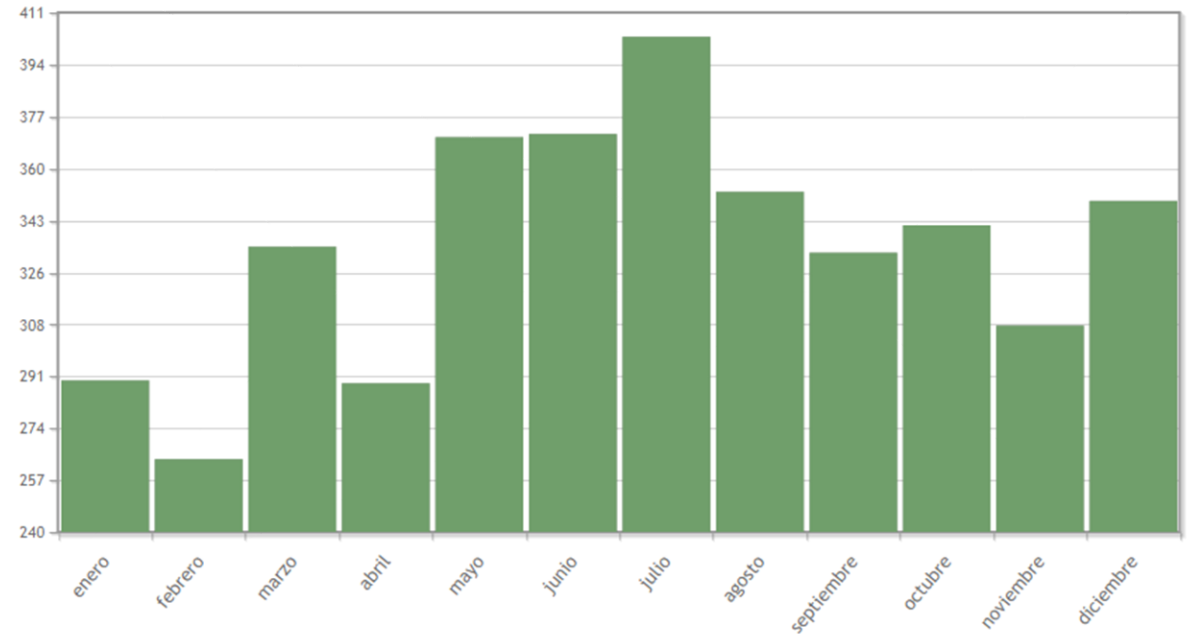
- Chicas: 6.2%
- Chicos: 2.1%

# SUICIDIOS POR MES, ESPAÑA.

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Mes de defunción, Ambos sexos, Todas las edades



Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Mes de defunción, Ambos sexos, Todas las edades



## MITO

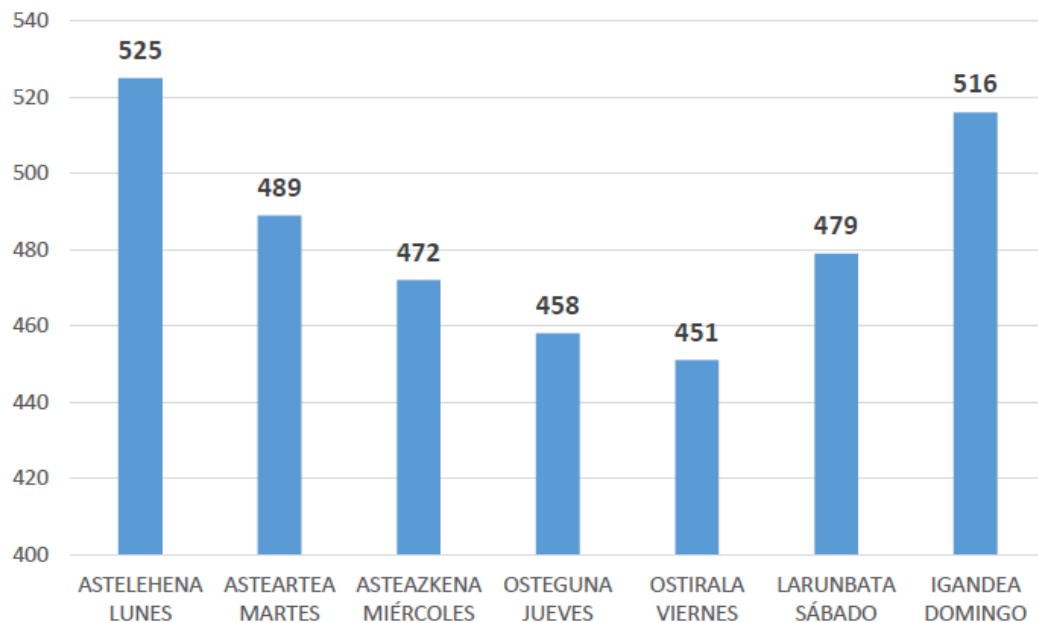
La incidencia de suicidio se incrementa en Navidad.

## REALIDAD

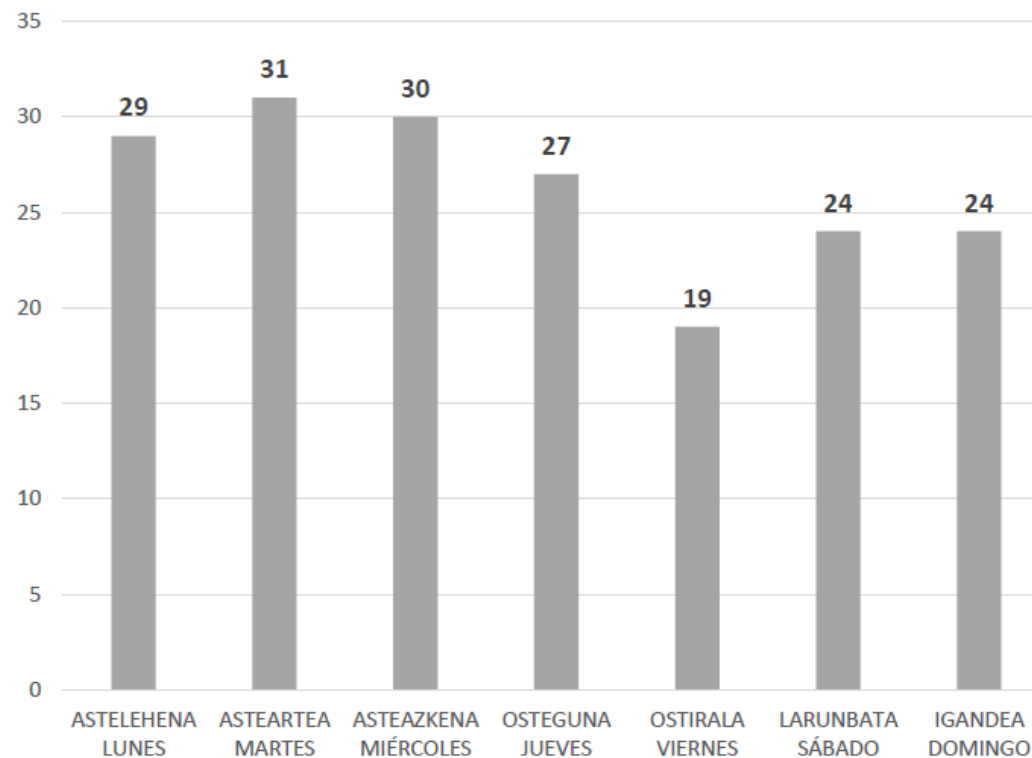
La mayor incidencia de suicidio se produce a finales de primavera y comienzos de verano.  
Lunes-miércoles es el periodo con más suicidios de la semana.

# CONDUCTAS SUICIDAS POR DÍA SEMANA, CAPV 2022. GOBIERNO VASCO.

SOS Deiak-ek erregistratutako jokabide autolitikoen gertakari-kopurua, asteko egunaren arabera, 2022  
Número de incidentes de conductas autolíticas registrados por SOS Deiak según día de la semana, 2022



horietatik burututakoak de los cuales consumados





FACTORES  
DE RIESGO

# FACTORES DE RIESGO

- Historia (antecedente) de tentativa previa de suicidio, autolesión o ideación suicida
- TRASTORNO MENTAL: historia personal o familiar de enfermedad mental

# TRASTORNOS MENTALES

Depresión, TCA tipo anorexia, ansiedad, psicosis, TUS (alcohol)

- Adolescentes: depresión, trastornos de conducta, TUS
- **IMPORTANTE:** la descompensación de un TM incrementa el estrés, y asocia disminución de resiliencia y mayor aislamiento

Trastorno de la personalidad (sobre todo *cluster B*, TLP o *borderline*)

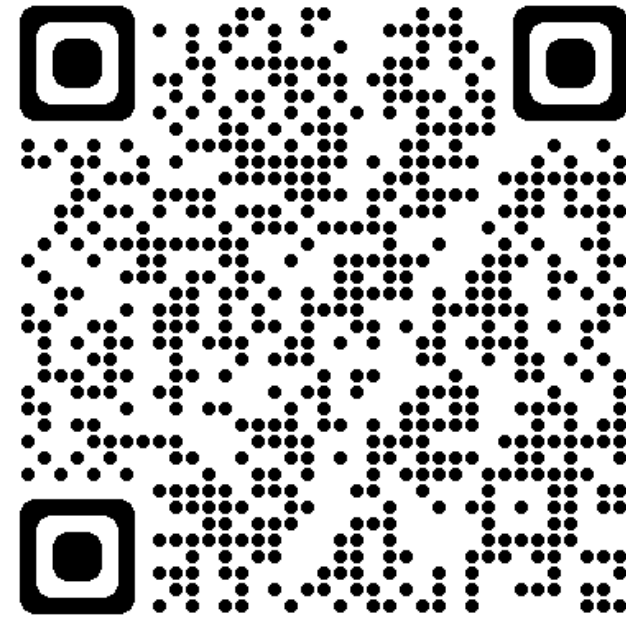
- Rasgos de personalidad asociados al incremento de riesgo: impulsividad, agresividad, irritabilidad, perfeccionismo, neuroticismo, tendencia a la desesperanza, introversión

# TRASTORNOS MENTALES: DEPRESIÓN

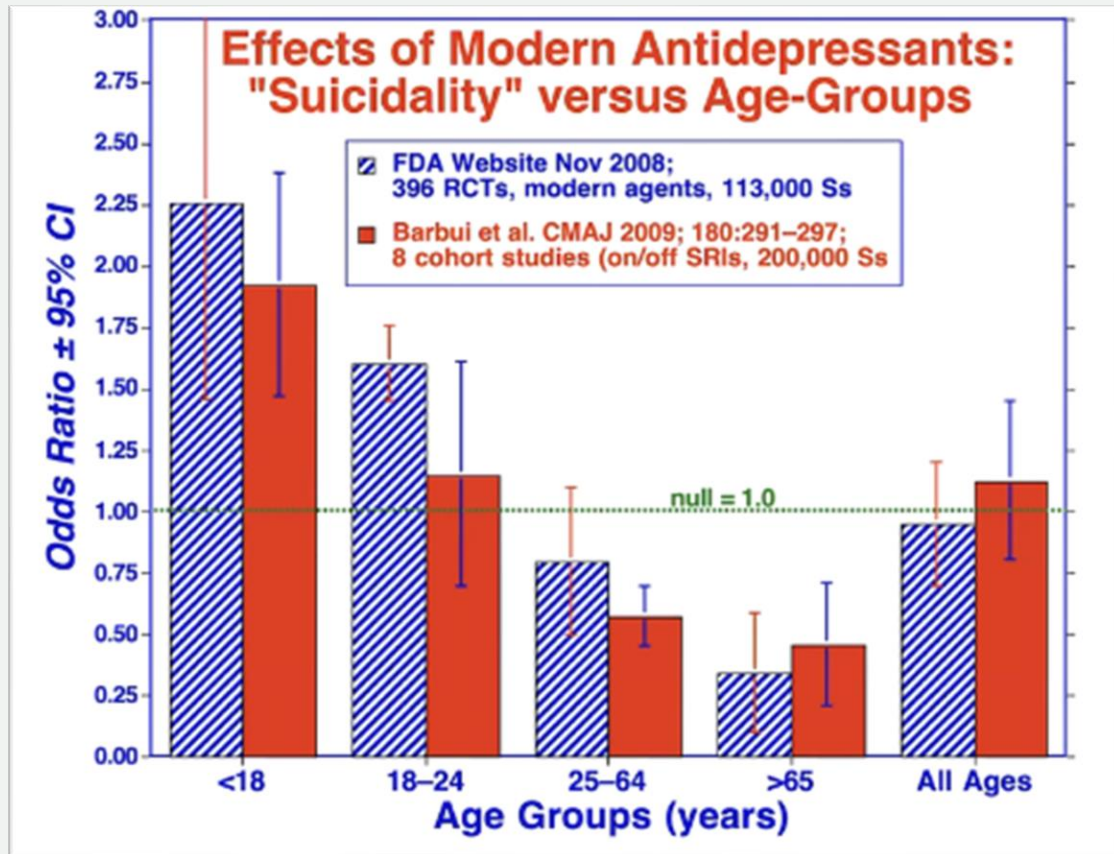
Depresión y suicidio:

- 40% de suicidios padecían depresión
- 20% realizarán intento (a lo largo de la vida)
- Riesgo: 4-7x hombres (similar en TB), primer episodio, inicio enfermedad, hospitalización, OH, ansiedad y pánico
- Suicidio consumado: 0,1% depresivos (vs 0,01% población)

<https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>







## ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO

- EN MENORES DE EDAD Y ADULTOS JÓVENES <25 AÑOS, SE ASOCIAN A MAYOR MORTALIDAD POR SUICIDIO
- EN >65 AÑOS SE ASOCIAN A IMPORTANTE DISMINUCIÓN DE SUICIDIO

# TRASTORNOS MENTALES

- Depresión, TCA tipo anorexia, ansiedad, psicosis, TUS (alcohol)
- Adolescentes: depresión, trastornos de conducta, TUS
- IMPORTANTE: la descompensación de un TM incrementa el estrés, y asocia disminución de resiliencia y mayor aislamiento
- Trastornos de la personalidad (sobre todo *cluster B*, TLP o *borderline*)
- Rasgos de personalidad asociados al incremento de riesgo: impulsividad, agresividad, irritabilidad, perfeccionismo, neuroticismo, tendencia a la desesperanza, introversión

# TRASTORNOS MENTALES

Esquizofrenia y suicidio: 5% de suicidio a lo largo de la vida

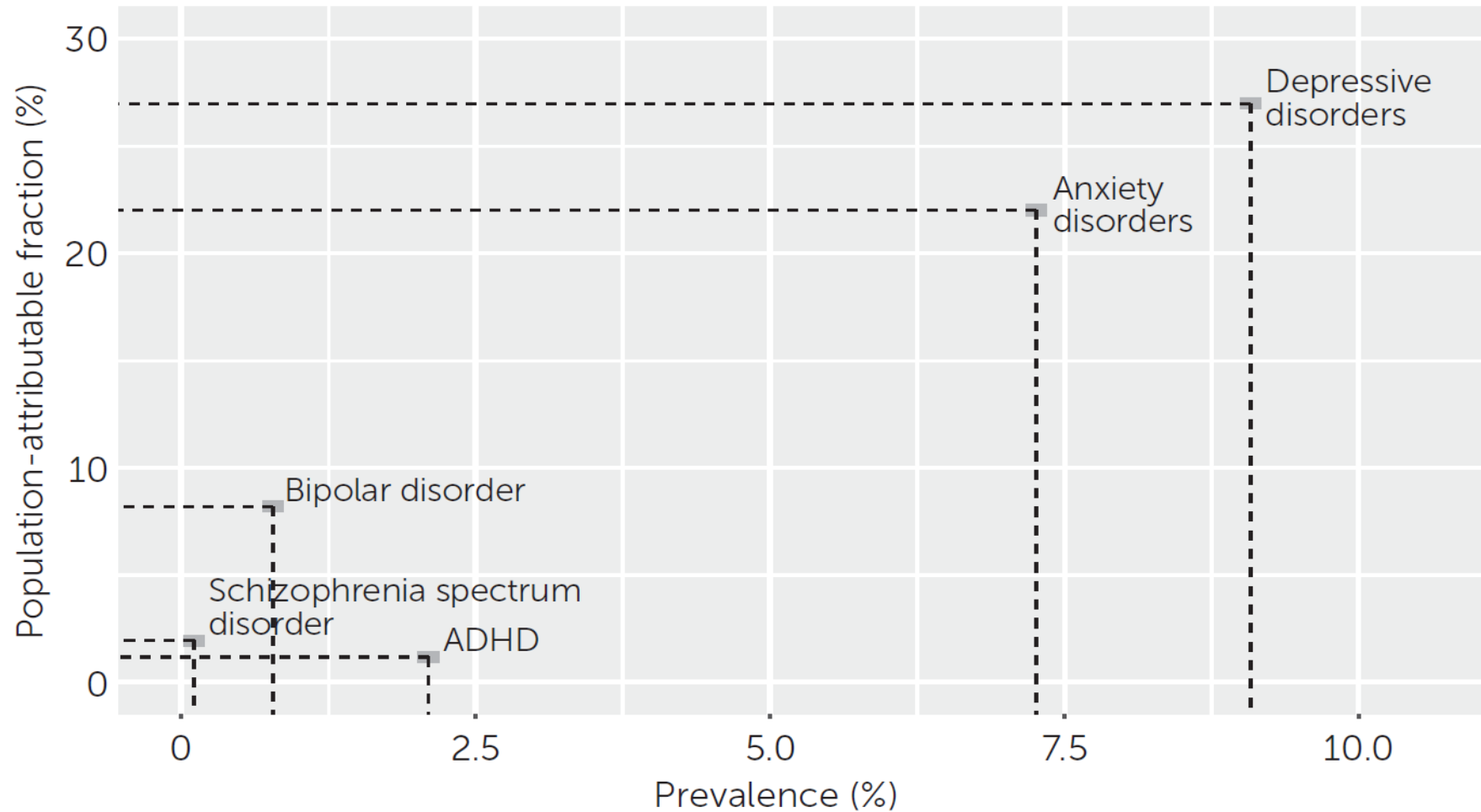
- Riesgo: subtipo paranoide, funcionamiento cognitivo preservado, *insight*, tentativas previas, depresión, TUS, hospitalización, inmediatamente tras el alta

ALCOHOL: Metanálisis 30 estudios de cohorte (Amiri & Behnezhad, 2020):

- Incremento del riesgo de suicidio 1.65 veces en hombres
- Incremento del riesgo de suicidio 1.4 veces en mujeres
- IMPORTANTE: INCREMENTA CAPACIDAD SUICIDA

Comorbilidades: depresión, psicosis, TUS, TP

**FIGURE 3. Population-attributable fraction for the proportion of suicide deaths attributable to mental health conditions among patients in eight health care systems in the Mental Health Research Network<sup>a</sup>**



# FACTORES DE RIESGO

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



FACTORES DE PROTECCIÓN

## FACTORES DE PROTECCIÓN

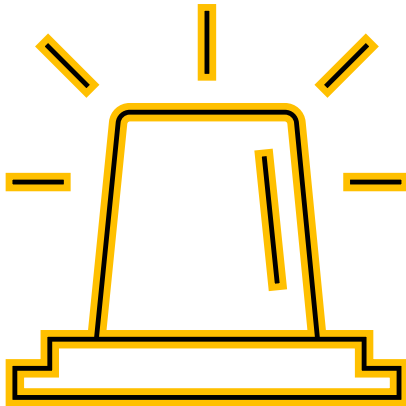
- **CONECTIVIDAD** con grupos significativos: familia, amigos, comunidad.
- Apoyo familiar y social.
- Habilidades de resolución de problemas y afrontamiento.
- Espiritualidad, religiosidad.
- Valores y actitudes vitales positivas, optimismo.
- Autoestima positiva y AUTOCOMPASIÓN.
- Recursos de ayuda eficaces (MAP, salud mental, teléfonos) y predisposición a 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

# HABLAR, AMENAZAR, BUSCAR MÉTODOS DE SUICIDIO

4 de cada 5 personas que mueren por suicidio emite importantes señales de alarma momentos – días antes.

- Verbales (intencionalidad, planes, amenazas) o no verbales (conductas; dibujos; buscar información y métodos de suicidio en RRSS e internet).
- Cuidado con considerar como llamadas de atención las amenazas suicidas (las amenazas siempre entrañan un riesgo y deben tenerse en cuenta).
- Personas jóvenes y RRSS: las RRSS son poco eficaces en validar las emociones difíciles, contribuyen al aislamiento y contribuyen al sentimiento de que no existe ayuda posible.

# SEÑALES DE ALARMA 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; y baja autoestima-autocompasión.

# SEÑALES DE ALARMA 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](#) psicotropos o analgésicos.

# BAJA CONECTIVIDAD

Sentimiento de falta de PERTENENCIA e implicación social con:

- FAMILIA, PAREJA
- AMIGOS
- COMUNIDAD
- Escuela, centro residencial
- Actividades culturales, grupos deportivos, otros

Almacenamiento seguro de armas

Motivos para vivir

Tolerancia al malestar

Regulación emocional

Apoyo social

PIDE AYUDA



DOLOR MENTAL  
DESESPERANZA

Insomnio

Pérdidas

Tóxicos



DESENCADENANTES

# PRECIPITANTES

- Problemas de pareja (ruptura, separación, divorcio); problemas interpersonales.
- Problemas económicos-financieros.
- Problemas legales.
- Pérdida de estatus.

Otros acontecimientos de la vida cotidiana



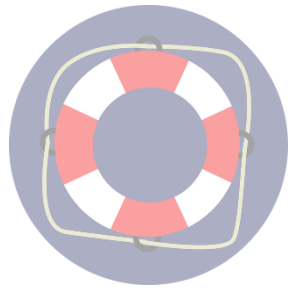
# DESENCADENANTES HABITUALES DE CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- PÉRDIDAS: Muerte de un amigo/a; Muerte por suicidio de un amigo/a; Muerte de los padres.
- SEPARACIÓN O DIVORCIO DE LOS PADRES.
- RAZONES ACADÉMICAS: Fracaso escolar u otros problemas en el ámbito escolar; Repetir curso académico; Suspenden asignaturas académicas; Expulsión de la escuela/universidad/centro de estudios.
- Ruptura de la relación de pareja durante los últimos 6 meses; Sufrir 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 HABITUALES DE CONDUCTA SUICIDA 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.
- ACODO, 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).





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

	ÚLTIMO MES	
	SÍ	NO
1. ¿En el último mes <b>has deseado estar muerto/a, o dormir y no despertar?</b>		
2. ¿Últimamente has tenido <b>pensamientos en torno al suicidio, o en torno a querer morir?</b>		
3. ¿Has <b>pensado en cómo</b> llevar a cabo el suicidio?		
4. ¿Cuándo tienes esos pensamientos <b>tienes intención de llevarlos a cabo?</b>		
5. ¿Tienes preparados o has empezado a preparar los <b>detalles?</b> ¿Tienes <b>intención de llevar este plan</b> adelante?		
6. ¿Alguna vez has tenido un <b>intento de suicidio, o te has preparado</b> para acabar con tu vida?		
Si la respuesta es SÍ: ¿ha sido <b>en los últimos 3 meses?</b>		

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y POSVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. GOBIERNO VASCO, 2022.

- <https://bizikasi.euskadi.eus/es/hezkuntza-eremuko-estrategia>

## Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo





**Osakidetza**

BIZKAIKO  
OSASUN MENTALEKO SAREA  
RED DE SALUD MENTAL  
BIZKAIA

eman ta zabal zazu



UPV EHU

NAZIOARTEKO  
BIKAINASUN  
CAMPUSA  
CAMPUS DE  
EXCELENCIA  
INTERNACIONAL



EUSKAL  
OSASUN  
IKERKUNTZA

INVESTIGACIÓN  
VASCA  
EN SALUD

BASQUE  
HEALTH  
RESEARCH

BIOBIZKAIA



[jon.garcia@ehu.eus](mailto:jon.garcia@ehu.eus)

[jon.garciaormaza@osakidetza.eus](mailto:jon.garciaormaza@osakidetza.eus)