

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



40 años de autonomía
cantabria

Posgrado en
Suicidología
UPV/EHU

Comprensión de las autolesiones y conductas suicidas

Jon García-Ormaza y Alexander Muela

**b+ocruces
bizkaia**

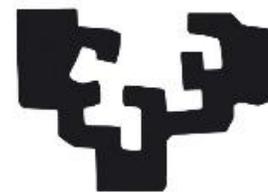
osasun ikerketa institutua
instituto de investigación sanitaria



Osakidetza

BIZKAIKO
OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL
BIZKAIA

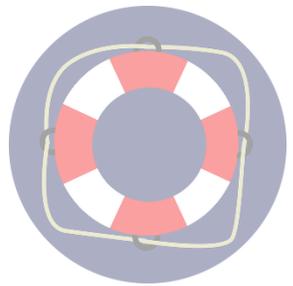
eman ta zabal zazu



UPV EHU

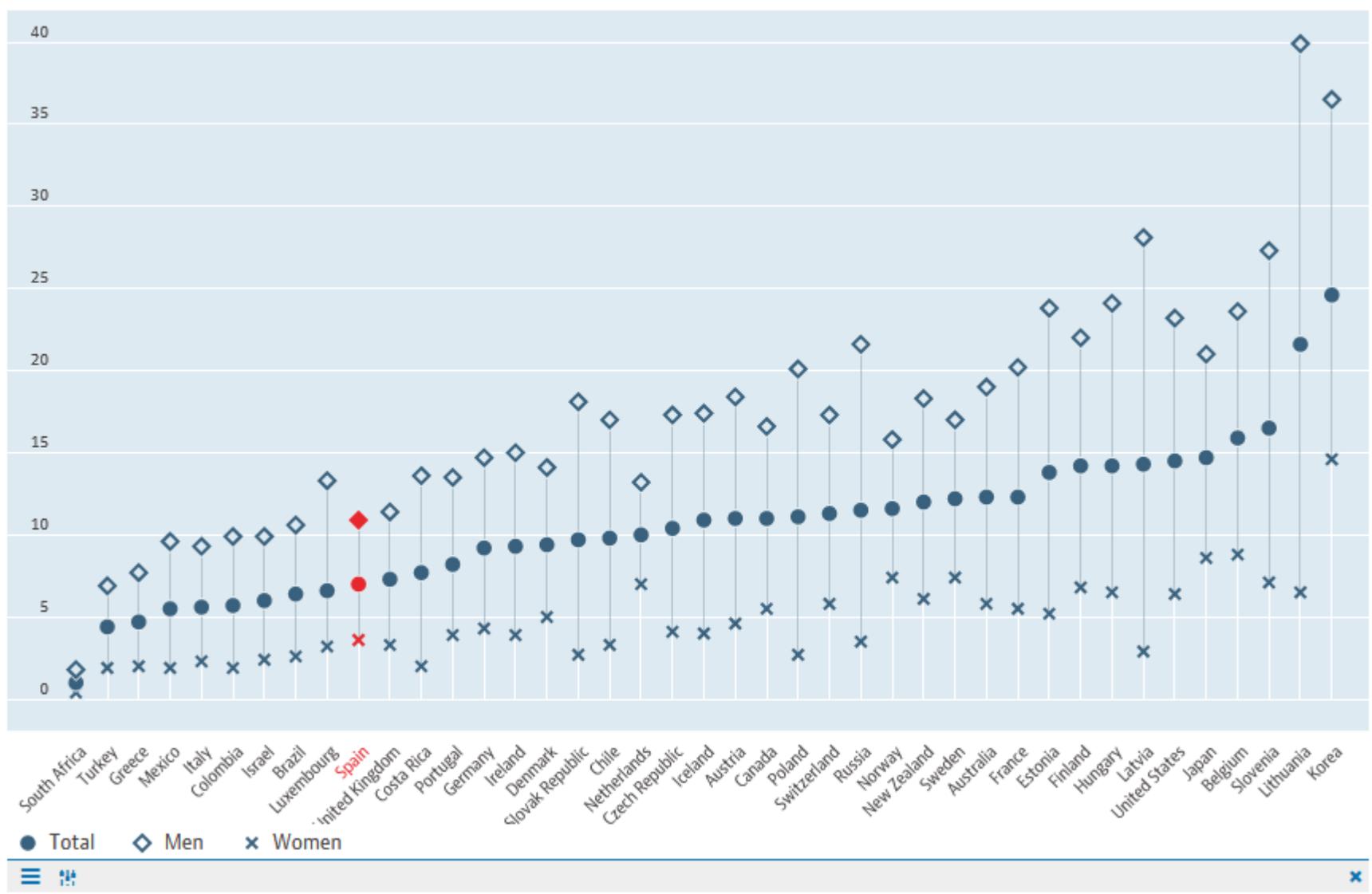
NAZIOARTEKO
BIKAIN TASUN
CAMPUSA

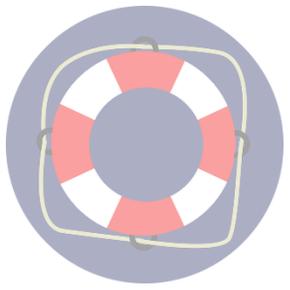
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



PAÍSES OECD

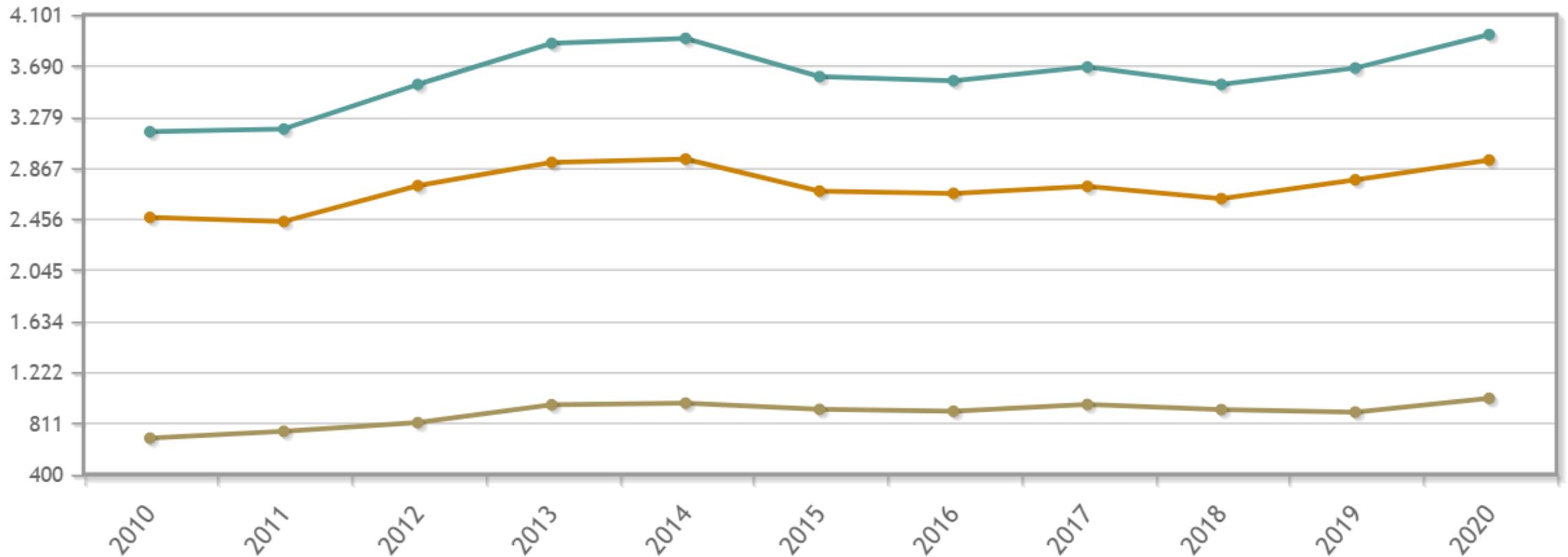
Suicide rates Total / Men / Women, Per 100 000 persons, 2019 or latest available

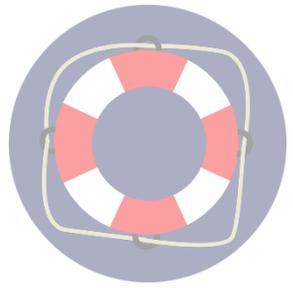




Suicidios, España 2010-2020

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



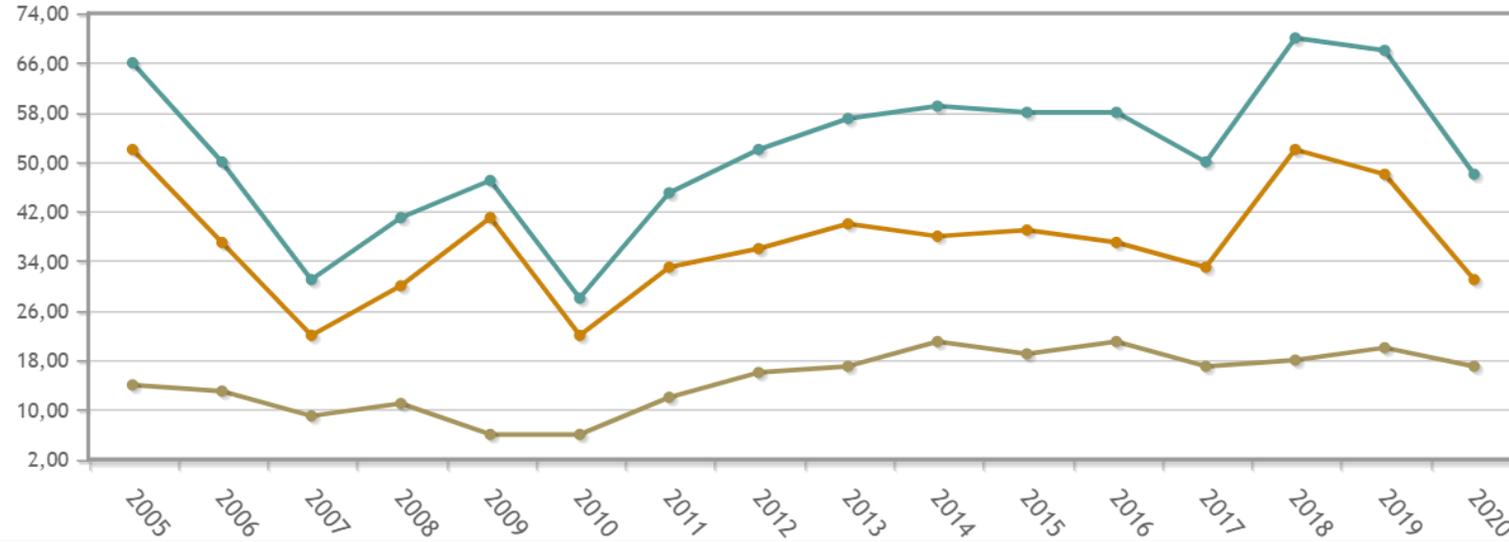


¿Y en niños y adolescentes? Fuente: INE

Suicidios

- Chicos
- Chicas

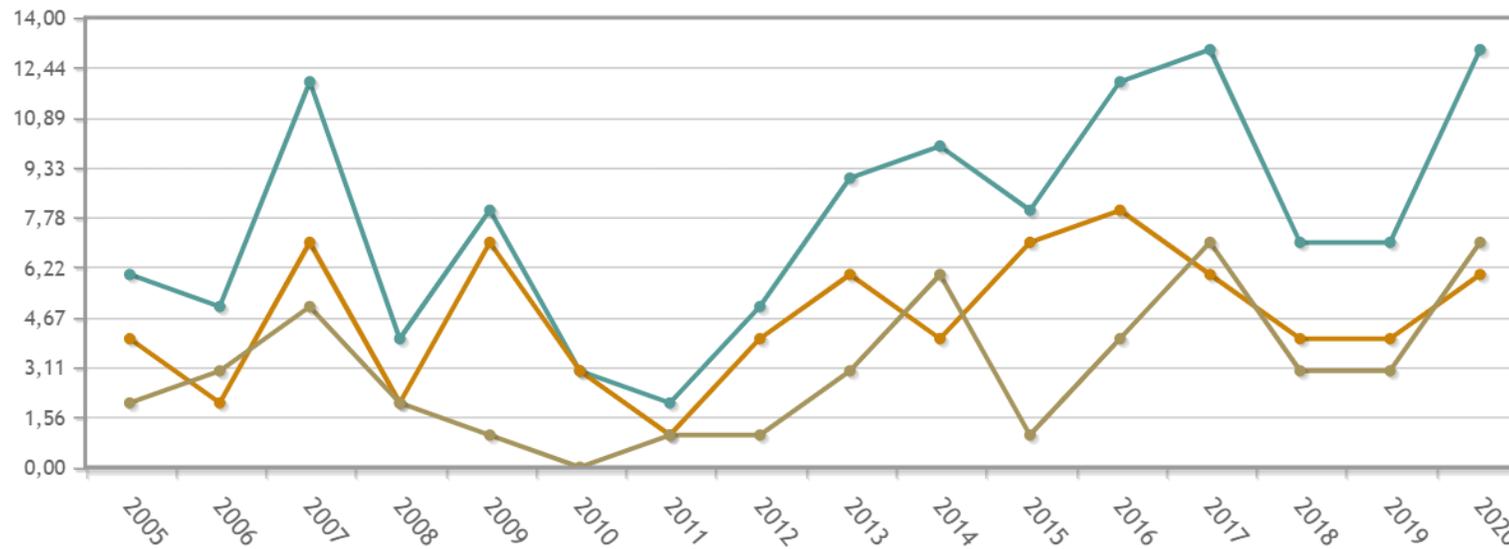
Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Sexo, De 15 a 19 años

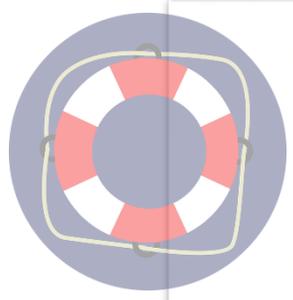


Suicidios

- Niños
- Niñas

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





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 Harrnett, PhD²; Aaron Kite-Powell, MS²; Loren Rodgers, PhD²; Jennifer Adjemian, PhD²; Daniel C. Ehlman, ScD^{1,2}; Kristin Holland, PhD¹; Nimi Idaiykkadar, 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.

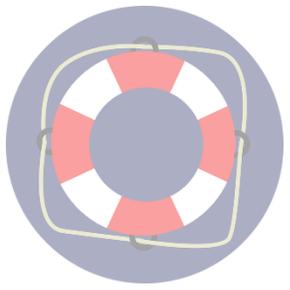
What is added by this report?

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.

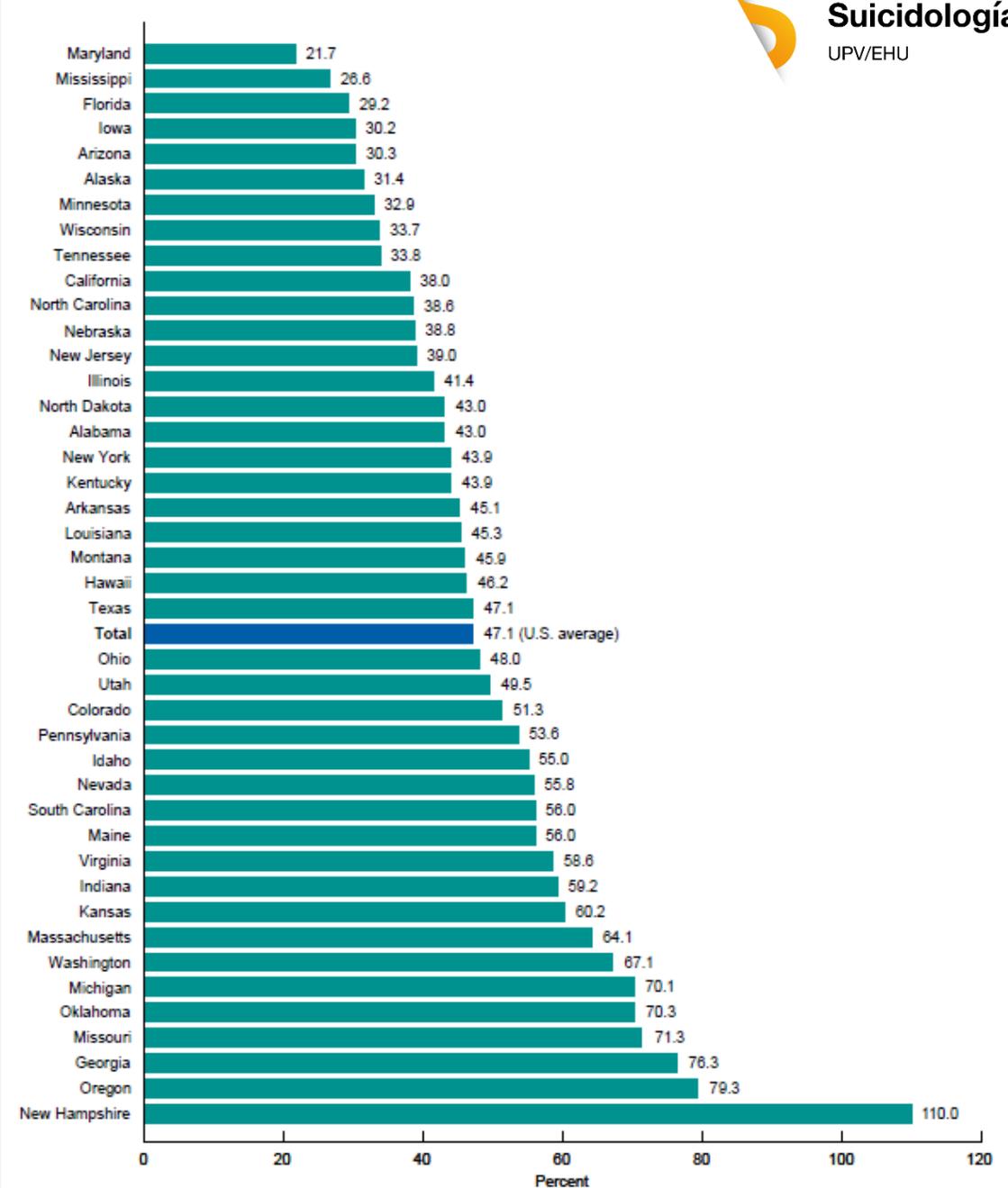




Tasa de incidencia del suicidio en jóvenes:

- **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





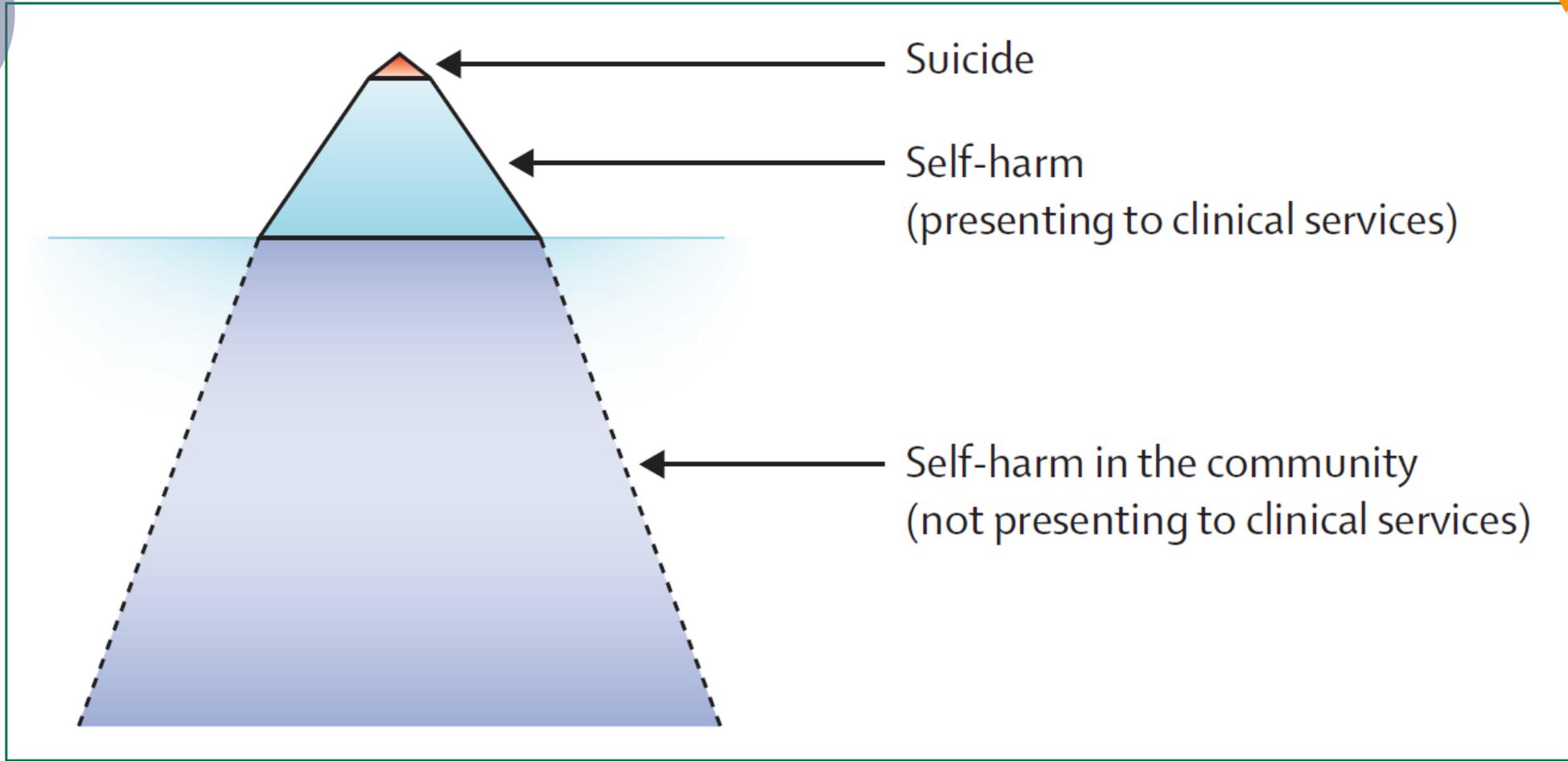
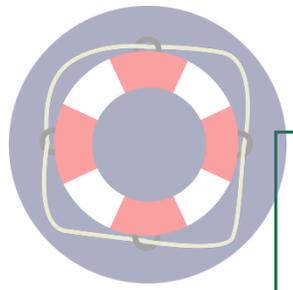
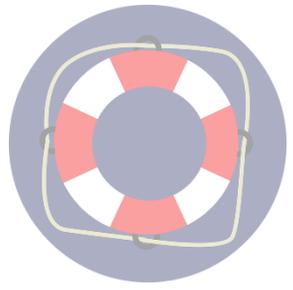


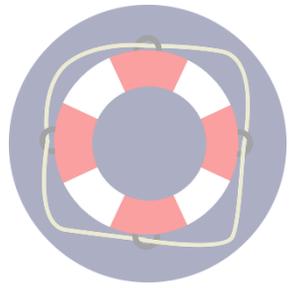
Figure 1: Representation of the relative prevalence self-harm and suicide in young people



Suicidio como problema de salud pública

- Primera causa de muertes no naturales entre personas de todas las edades en el mundo
 - La mayor parte de las personas que mueren por suicidio lo hacen en la primera tentativa que llevan a cabo
- Tasa de incidencia del suicidio en jóvenes:
 - EEUU (12-19 años): 7.25 (CDC, 2018)
 - EU-27 (15-19 años): 4.4 (Eurostat, 2018)
 - **España (15-19 años): 3 (INE, 2020)**
 - **Segunda causa de muerte en franja 15-29 años, detrás de los tumores malignos (INE)**

DETRÁS DE CADA DATO HAY UNA LÁGRIMA (Jerry Reed, expresidente del SPRC)



Suicidio de niños y adolescentes

- El suicidio de niños y adolescentes es un problema de salud pública de primera magnitud **PREVENIBLE**
 - Niños y adolescentes representan un **colectivo vulnerable** (18% ideas, 15% plan, 5% tentativas; EEUU, Singer 2019) donde dirigir **medidas específicas** de prevención (Robinson 2019)
 - **Los programas de prevención del suicidio con base educativa escalonados cuentan con evidencia internacional** (Miller 2021; Singer 2019):
 - Primer nivel de intervención universal para todo el alumnado y profesionales (profesores y personal administrativo)
 - 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

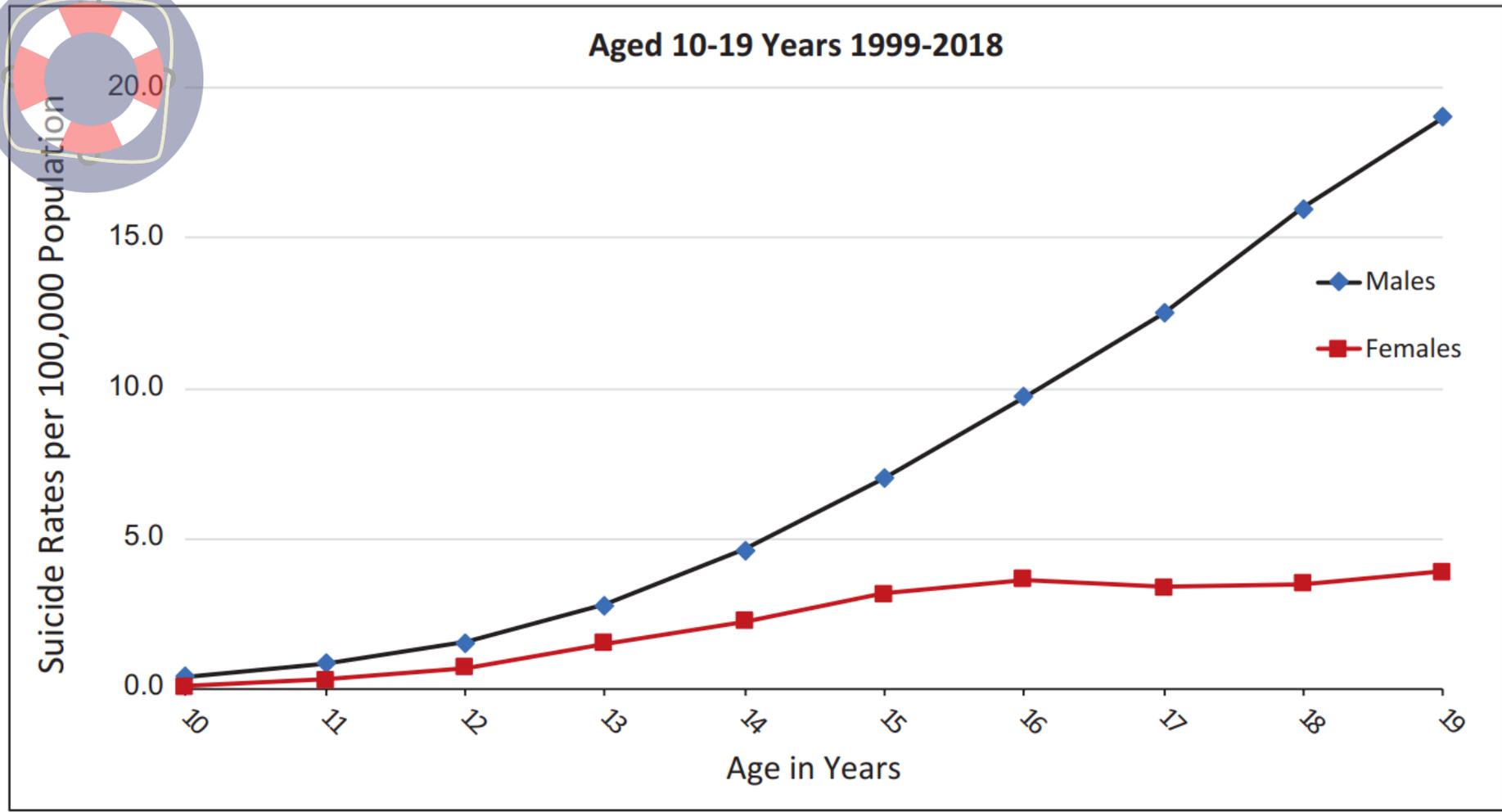


Fig. 1.1 Suicide rates among youth aged 10–19. Suicide rates are displayed by sex (male and female). (Author’s own creation)

John P. Ackerman • Lisa M. Horowitz
Editors

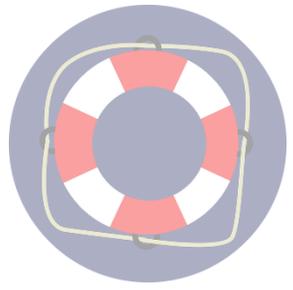
Youth Suicide Prevention and Intervention

Best Practices and Policy Implications



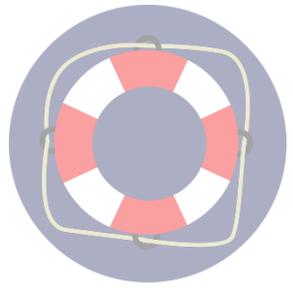
ISSN 2192-8363
SpringerBriefs in Psychology
ISBN 978-3-031-06126-4
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1>

ISSN 2192-8371 (electronic)
ISBN 978-3-031-06127-1 (eBook)



Características del ámbito educativo

- Alta **prevalencia** de problemas de salud mental, autolesiones e intentos de suicidio
- La inmensa mayoría de los jóvenes con autolesiones y/o tentativas de suicidio NO pide ayuda; haciéndose imprescindible competencias específicas en la **detección** de estos jóvenes vulnerables
- El **riesgo de contagio** de conductas suicidas es especialmente elevado en jóvenes vulnerables
- 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



Caracterización de la CONDUCTA SUICIDA

¿SUICIDIO?

**¿INTENTO DE
SUICIDIO?**

¿IDEACIÓN SUICIDA?

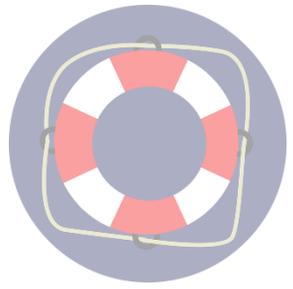
**¿COMUNICACIÓN
SUICIDA?**

AMENAZA

PLAN

**¿AUTOLESIÓN?
¿AUTOLESIÓN NO
SUICIDA?**

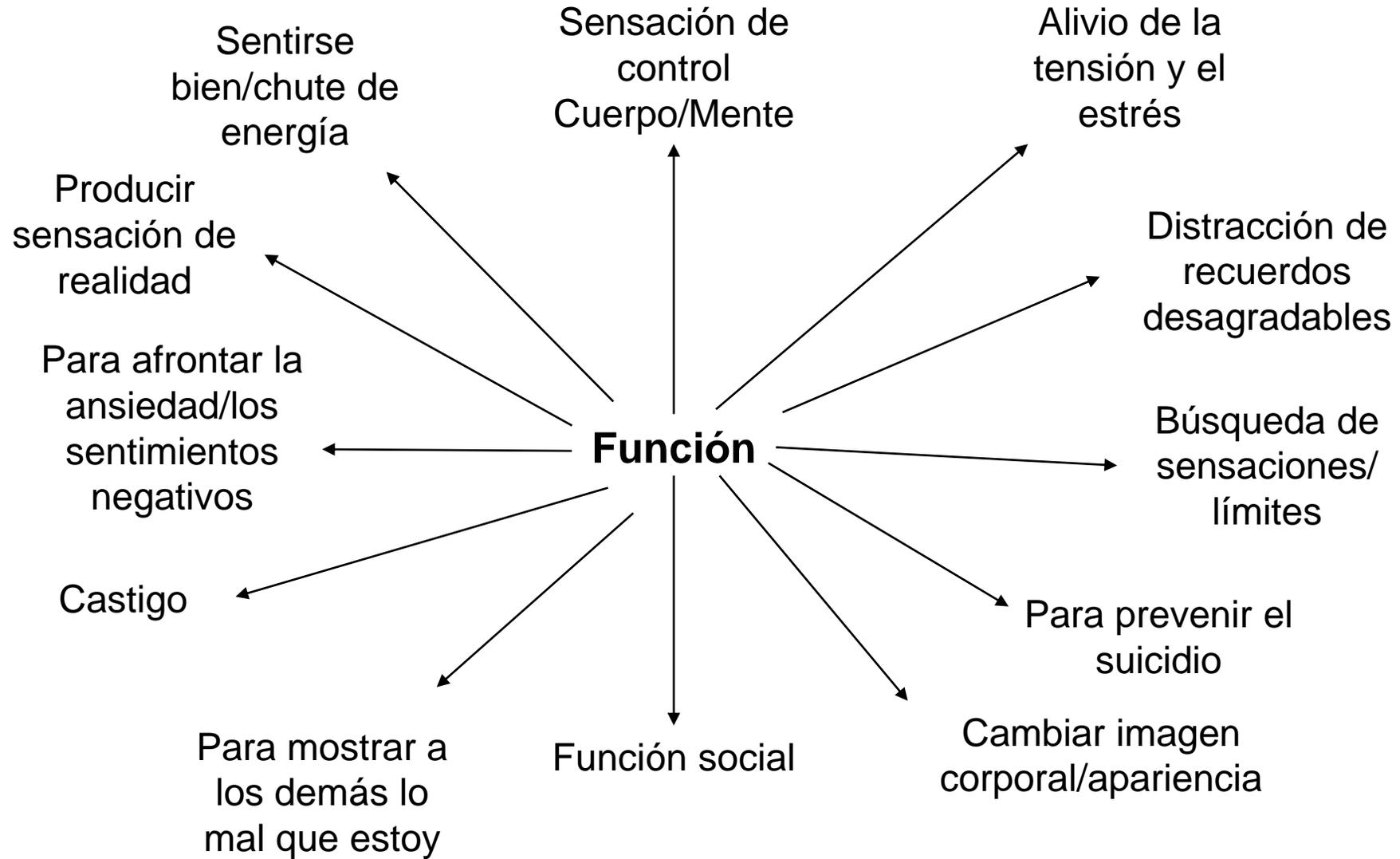
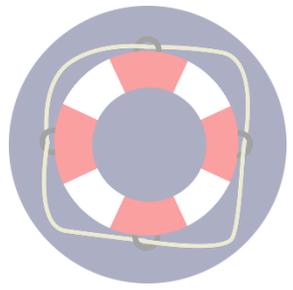
GESTO SUICIDA



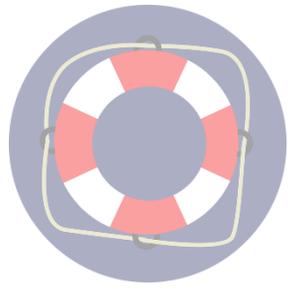
Autolesión no suicida: ¿para qué?

- Para el 90% es una forma de **regulación emocional**: se emplea como forma de afrontar el malestar emocional y...
- Con ella **comunica o moviliza con el entorno**: se emplea para compartir su propio malestar emocional
- Más del 60% reconoce que es una forma de **castigo** (autocastigo y/o dirigido hacia los demás)
- El 50% pretende inducir un estado de disociación que aísle del malestar emocional propio
- Otras funciones: buscar sensaciones, evitar el suicidio, explorar los límites del propio cuerpo, buscar gratificación o placer, evitar un comportamiento heteroagresivo

Non-suicidal reasons for self-harm: systematic review of self-reported accounts. Edmondson, 2016



Regulación de las emociones negativas

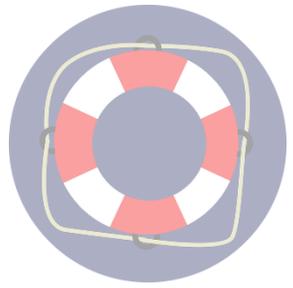


Autolesiones: ¿cómo enfocarlas?

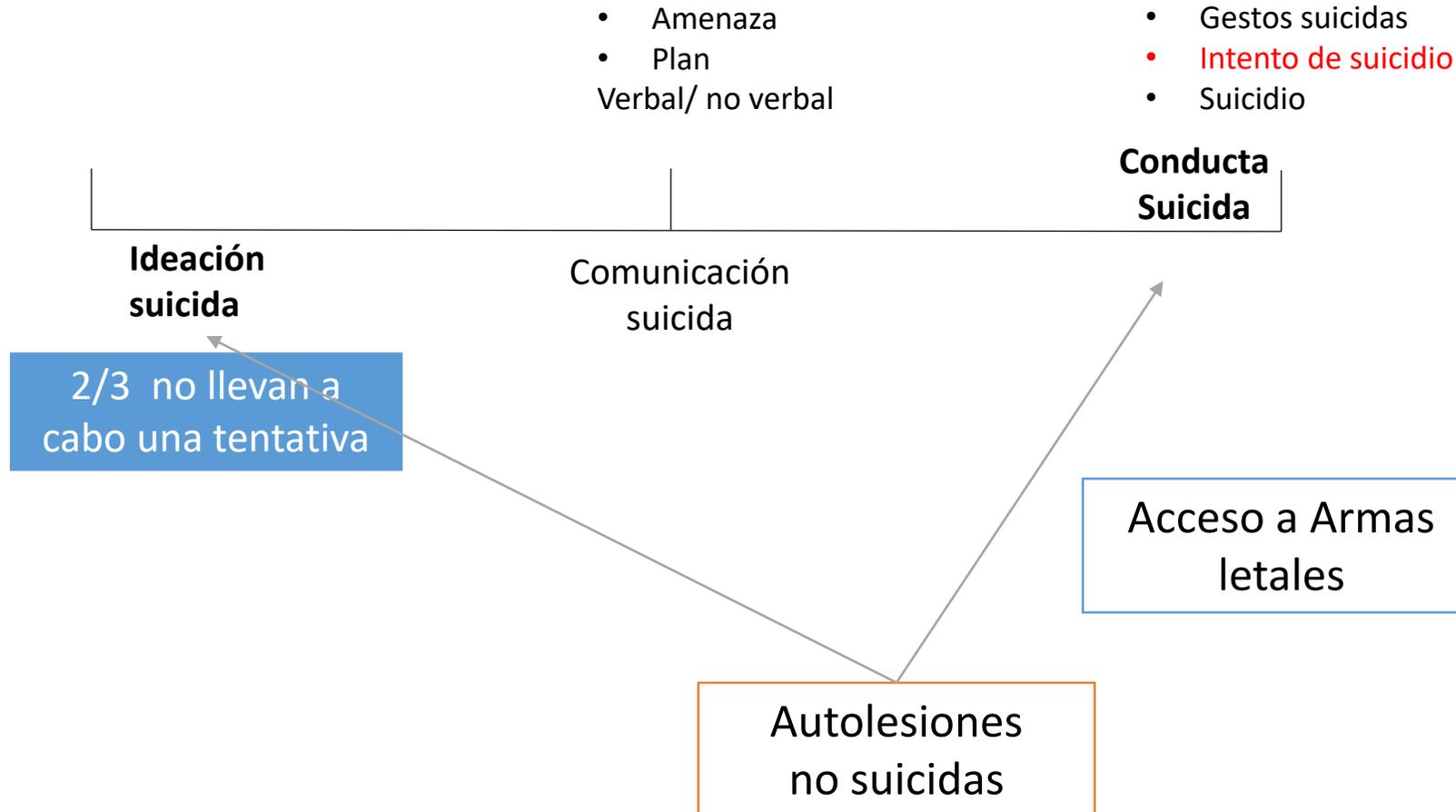
- Detectar y aliviar el **malestar emocional, cultivando HH de afrontamiento y resolución de problemas**
 - Actuar sobre el origen e incrementar la tolerancia frente al malestar emocional: *“no pain, no suicide”*
 - Trabajar los **contextos interpersonales y situacionales** asociados con el malestar emocional

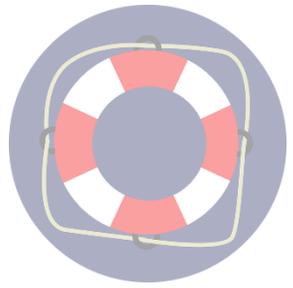
Toda intervención debe estar centrada en la persona, analizando las emociones y experiencias individuales de cada sujeto. Recomendaciones:

- **Validar las emociones** que se esconden tras la autolesión:
 - *Puedo imaginarme qué difícil es hablar de ello, pero querría compartieses conmigo tu sufrimiento*
- Mostrar una curiosidad respetuosa:
 - *Quisiera saber por qué recurres a la autolesión y si te resulta difícil evitarlo*
- **Explorar alternativas**, prescindiendo de juicios de valor: **entender su función y promover técnicas saludables de regulación emocional**



Continuum de la conducta suicida





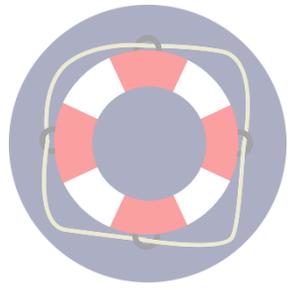
Suicide Prevention in Adolescence

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

*BronxCare Health System, Bronx, NY

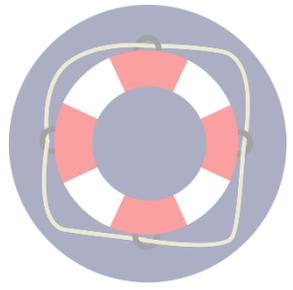
Table. Summary of Risk Factors, Protective Factors, and Warning Signs of Suicide in Adolescents

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



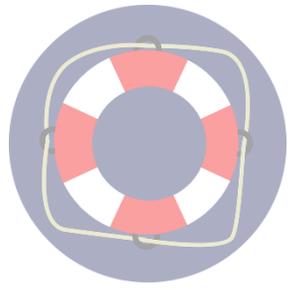
Factores de riesgo

- 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**
- **Habilidades de afrontamiento poco eficaces**
- **Abuso de móviles, internet o RRSS**
- **FALTA DE CONECTIVIDAD** con grupos significativos: familia, amigos, comunidad



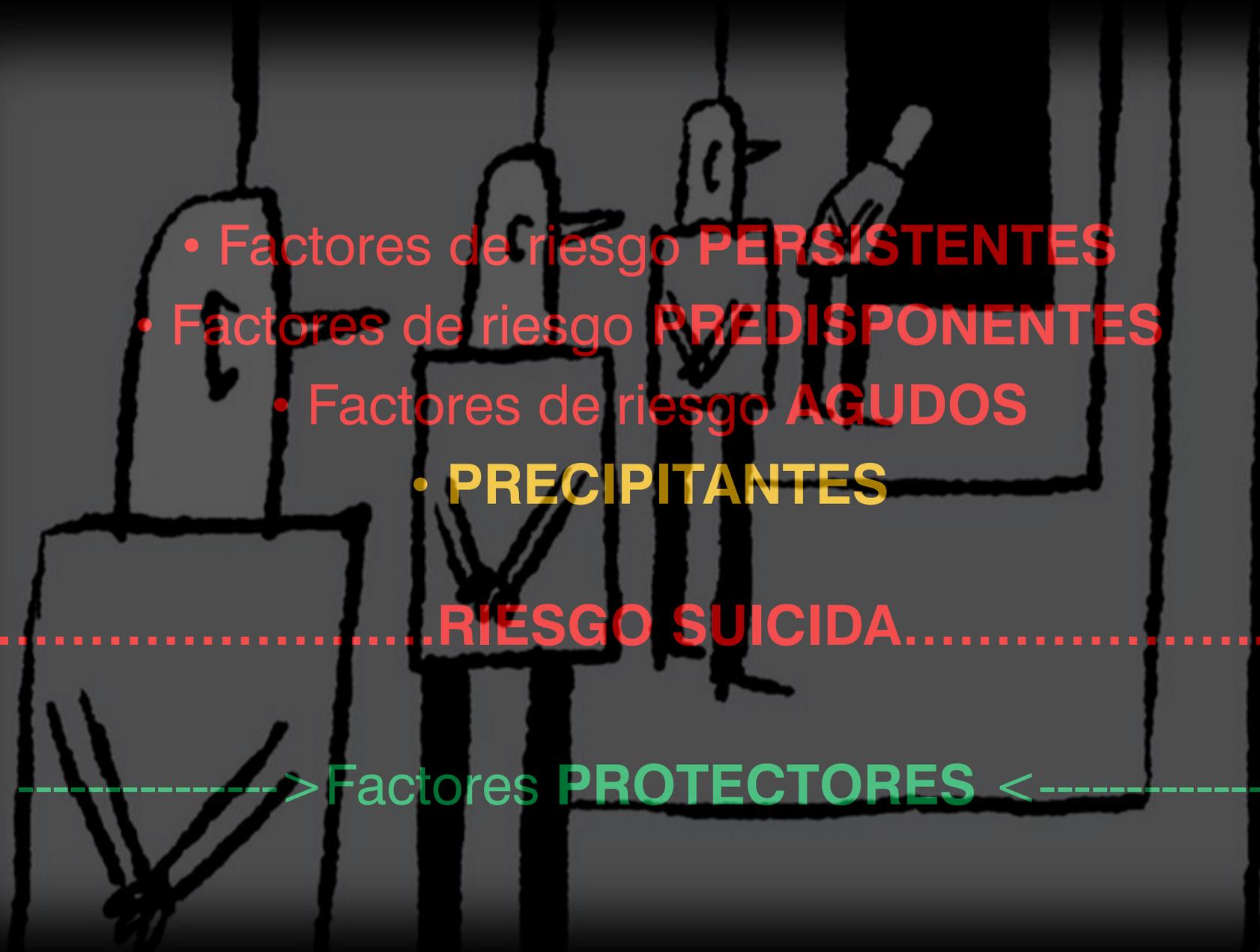
Factores de **protección**

- **CONNECTIVIDAD** con grupos significativos: familia, amigos, comunidad
- **Apoyo familiar y social**
- **Habilidades de resolución de problemas y afrontamiento focalizadas en la tarea**
- 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

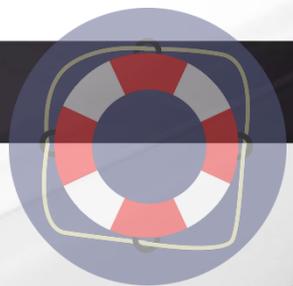
- **Hablar del suicidio:** comunicar deseo de morir o quitarse la vida
 - Verbal o no verbal: papel de la RRSS en la juventud
 - Hacer planes de suicidio: **buscar métodos**
- Señales de alarma psicológica: **dolor mental, desesperanza, percepción de ser una carga, hostilidad hacia uno/a mismo/a.**
- **Baja conectividad:** aislamiento de familiares, amigos y otros seres significativos; cerrar RRSS sin aparente motivo
- Alteraciones graves de sueño (sobre todo insomnio) e irritabilidad
- Incremento en el consumo de **alcohol** y/o drogas



- Factores de riesgo **PERSISTENTES**
- Factores de riesgo **PREDISPONENTES**
- Factores de riesgo **AGUDOS**
- **PRECIPITANTES**

.....**RIESGO SUICIDA**.....

• -----> Factores **PROTECTORES** <-----



LISTA DE VERIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA TENTATIVAS DE SUICIDIO
ADAPTACIÓN DE DRS (DURHAM RISK SCORE)

FACTOR DE RIESGO	SÍ	NO	NS/NC	SCORE
1. TENTATIVA PREVIA DE SUICIDIO	2	0		
2. IDEACIÓN SUICIDA RECIENTE (ÚLTIMOS 12 MESES)	1	0		
3. HISTORIA DE IDEACIÓN SUICIDA (CUALQUIER MOMENTO)	1	0		
4. HISTORIA DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA (CUALQUIER MOMENTO)	2	0		
5. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA RECIENTE (ÚLTIMOS 12 MESES)	1	0		
6. HISTORIA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (CUALQUIERA)	2	0		
7. HISTORIA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BORDERLINE	2	0		
8. HISTORIA DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, DISTIMIA, TR. BIPOLAR	1	0		
9. TR. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO RECIENTE (ÚLTIMOS 12 MESES)	1	0		
10. TR. POR USO DE SUSTANCIAS RECIENTE (ÚLTIMOS 12 MESES)	1	0		
11. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL (ÚLTIMOS 12 MESES)	1	0		
12. HISTORIA DE ENCARCELAMIENTO, O CONDUCTAS VIOLENTAS	1	0		
13. FUMADOR ACTUAL	1	0		
14. INSOMNIO RECIENTE (DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS)	1	0		
15. HISTORIA DE ABUSO O AGRESIÓN SEXUAL	1	0		
16. HISTORIA DE ABUSOS FÍSICOS ANTES DE LOS 18 AÑOS	1	0		
17. DIFICULTADES FINANCIERAS (INGRESOS < 2/3 MEDIA NACIONAL)	1	0		
18. ACTUALMENTE DESEMPLEADO	1	0		
19. PERTENECIENTE AL COLECTIVO LGTBIQ+	1	0		
20. ASIGNACIÓN DE SEXO FEMENINO AL NACIMIENTO	1	0		
21. EDAD ACTUAL INFERIOR A LOS 35 AÑOS	1	0		
22. NIVEL DE ESTUDIOS INFERIOR SECUNDARIA	1	0		
23. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SALUD COMO ESCASA O POBRE	1	0		

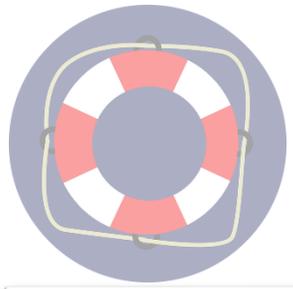
PUNTO DE CORTE:

RIESGO BAJO: <6 (VALOR PREDICTIVO POSITIVO = 0,03)

RIESGO ALTO: ≥ 9 (VALOR PREDICTIVO POSITIVO = 0,10)

Modificado de: DRS Checklist, Versión 1.0. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003713.g001>



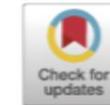
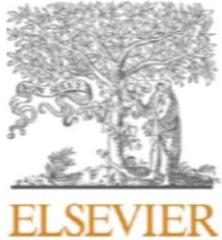
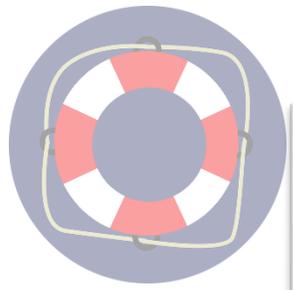


Escalas y herramientas de *screening*

Psychological screening methods for suicidal behavior

Another major challenge to scientific and clinical research in this area is that most assessment methods rely on the patients' self-report about suicidal thoughts and intent. This makes the evaluation of suicidal behavior especially difficult because patients often are motivated to deny suicidal thoughts for fear of undesired measures (*e.g.*, involuntary hospitalization)[36]. Moreover, suicidal thoughts are transient in nature and may not be present upon assessment but can return shortly thereafter and some people may lack conscious awareness of their current level of risk[37]. Indeed, nearly 80% of people who die by suicide in hospital wards explicitly deny suicidal thoughts or intent in their last communication before dying[38]. Recently, Woodford *et al*[26] explicitly investigated in a meta-analysis the accuracy of unassisted clinician predictions of future suicidal behavior. Based on 22.499 predictions, this meta-analysis revealed a pooled sensitivity of 0.31 (95%CI: 0.18-0.50), indicating that nearly 70% of patients with repeated suicidal behavior were considered being at low risk. The reported pooled negative predictive value (NPV) of 0.89 (0.86-0.92) shows that nearly 10% of patients classified as low-risk cases will show future suicidal behavior.

- ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (BSI)
- ESCALA COLUMBIA DE SERIEDAD DE IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)



Can we predict or prevent suicide?: An update

Joel Paris*

Professor Emeritus, Department of Psychiatry, McGill University; Institute of Community and Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital; 4333 Chemin de la Cote Ste. Catherine; Montreal, Québec H3T1E4, Canada

ARTICLE INFO

Keywords:

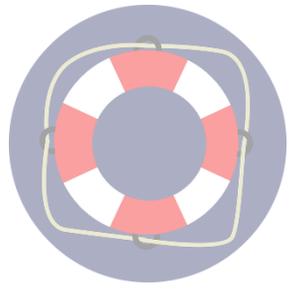
Suicide

Suicidality

Suicide prevention

ABSTRACT

This article updates a 2006 review of empirical data concerning whether clinicians can predict whether patients will die by suicide, or whether fatality can be prevented. Based on further empirical data, a negative conclusion remains justified. There is good evidence that treatment programs, using psychotherapy and medication, can reduce suicide attempts. But people who die by suicide are a distinct population from attempters, and those at high risk do not necessarily present for treatment. Research on suicide prevention has not shown that fatalities among patients can be predicted, or that clinical interventions can reduce the risk. The strongest evidence for prevention derives from reducing access to means. Population-based strategies are more effective than high-risk strategies focusing on patients with suicidal ideas or attempts.



Educación

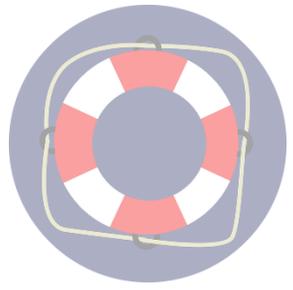
INFANTIL Y PRIMARIA · SECUNDARIA, BACHILLERATO Y FP · UNIVERSIDADES · ÚLTIMAS NOTICIAS

ACOSO ESCOLAR >

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

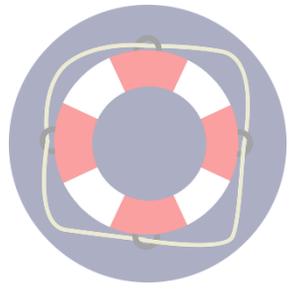
Los padres de la niña de 10 años que se tiró del balcón en Zaragoza denuncian la pasividad de su colegio ante el acoso escolar. “Ni ‘bullying’ ni ‘bulan’”, dijo la tutora





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**



Explicaciones de las tendencias suicidas

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

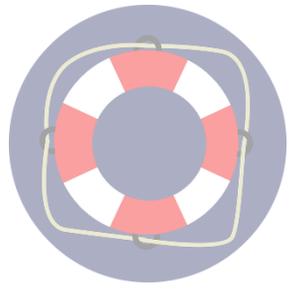
- [Franklin, 2017](#). Psychological Bulletin, Vol 143(2): 365 studies (3428 total risk factor effect sizes) from the past 50 years. Outcomes: prediction was only slightly better than chance for all outcomes; no broad category or subcategory accurately predicted far above chance levels; **predictive 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)

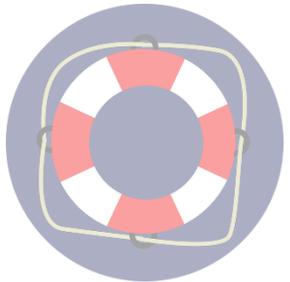
- **Análisis funcional de la conducta suicida**

- 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 procesos psicológicos específicos, ni trastornos mentales
- Ideación y tendencias suicidas entendidos como resultado de la forma en que **la persona experimenta estos procesos psicológicos en su contexto determinado** (entorno, historia personal, propias conductas)
- El objetivo del tratamiento **NO** es 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/tendencias suicidas** (dominios emocional y somático, cognitivo y conductual): regulación emocional



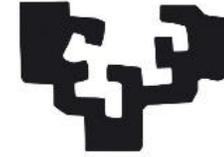




Osakidetza

BIZKAIKO
OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL
BIZKAIA

eman ta zabal zazu



UPV EHU

NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



Gracias

**b+ocruces
bizkaia**

osasun ikerketa institutua
instituto de investigación sanitaria

Jon.garcia@ehu.eus

Jon.garciaormaza@osakidetza.eus



Posgrado en
Suicidología

UPV/EHU