

# Manejo ideas autolíticas en infanto-juvenil



Dra Danielle Harbane-Bosschot  
Psiquiatra Adjunta CSMIJ Reus  
Hospital Universitari Institut Pere Mata.  
1 de Junio de 2019.



ORIGINAL

**Prevalencia y funciones de los pensamientos  
y conductas autoagresivas en una muestra  
de adolescentes evaluados en consultas  
externas de salud mental**



Mónica Díaz de Neira<sup>a,\*</sup>, Rebeca García-Nieto<sup>a</sup>, Victoria de León-Martínez<sup>a</sup>,  
Margarita Pérez Fominaya<sup>a</sup>, Enrique Baca-García<sup>a,b</sup> y Juan J. Carballo<sup>a</sup>

# Autolesiones e ideas suicidas

- Un 20,6% de los adolescentes afirmaron haber tenido ideación suicida
- Un 2,2% planes suicidas
- Un 9,4% gestos suicidas
- Un 4,5% intentos de suicidio
- Un 21,7% autolesiones al menos una vez a lo largo de su vida.
- El 47,6% de los adolescentes refirieron haber tenido a lo largo de su vida al menos una de las conductas estudiadas
- El 47,2% de ellos señalaron 2 ó más de estas conductas.
- Con relación a la función atribuida a las conductas examinadas, la mayor parte se realizaron con la intención de regular emociones, a excepción de los gestos suicidas (que mostró una función relacionada con el contexto social).

# Factores de riesgo

- Edad (14-16 años)
- Sexo. 1-2:1 mujer-hombre
- Temperamento: alta reactividad, impulsividad y dificultades de regulación emocional
- Baja autoestima y estilo de pensamiento negativo
- Psicopatología: depresión, uso de alcohol y drogas, insatisfacción corporal, psicopatología alimentaria (especialmente bulimia)
- Conflictos interpersonales (iguales, familia)
- Exposición a modelos de conducta autolesiva e imitación
- Acoso escolar
- Experiencias infantiles de negligencia, abuso o maltrato

**Fig. 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia**

**Características personales**

- 1. Capacidad de solución de problemas:** si ésta es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas (Sadowski and Kelly, 1993).
- 2. Impulsividad:** la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo (Hawton et al. 1982).
- 3. Desesperanza:** síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida (Garrison et al. 1991).
- 4. Ira y hostilidad:** diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan (Simonds, McMahon and Armstrong. 1991)

**Trastornos Psiquiátricos**

- 1. Trastornos depresivos:** directamente relacionados con conductas autolesivas. 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo (Kerfoot et al. 1996).
- 2. Abuso de sustancias:** el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse (Kerfoot et al. 1988).
- 3. Trastorno de conducta:** adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial (Kerfoot et al. 1988).

**Características familiares**

- 1.** El **50%** de los adolescentes que se autolesionan viven sólo con uno de sus padres (Hollis 1996).
- 2.** Los **problemas de convivencia** entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes (Hollis 1996).
- 3.** La **falta de calidez** en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.

## Fig. 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia

### Los medios de comunicación

1. Un estudio llevado a cabo por Philips en 1974 mostró que cuanto **más publicidad** se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el periodo posterior al primero.
2. La publicación en diversos **periódicos** de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el periodo posterior a la publicación (Hawton y Williams, 2001).
3. La **emisión de una serie de televisión** basada en un caso de suicidio ("Muerte de un estudiante") en EEUU en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma.
4. Martin (1996) investigó la influencia que la **emisión de programas** de televisión tenía en adolescentes de 14 años sanos, y obtuvo los siguientes resultados: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de conductas autolesivas.

## Desencadenantes de autolesiones

### **Refuerzo negativo (alivio de malestar)**

Aliviar la ausencia de sentimientos, sentimientos de vacío o estar desbordado/a emocionalmente

Parar sentimientos molestos o negativos

### **Refuerzo positivo**

Sentir algo aunque sea dolor

Castigarse

Relajarse

### **Refuerzo negativo social**

Evitar la escuela o otras actividades

Evitar algo desagradable o displacentero que tiene que hacer

Evitar castigos o pagar las consecuencias

# Desencadenantes de las autolesiones

## Refuerzo positivo social

Llamar la atención

Tener control sobre una situación

Tratar de obtener una reacción de alguien aunque esa reacción sea negativa

Recibir más atención de padres y amigos

Hacer que otras personas actúen de manera diferente o cambien

Imitar a alguien que respeta o admira

Para que otros sepan lo desesperado que estaba

Sentirse más como una parte de un grupo

Para que tus padres entiendan o

Darte algo que hacer cuando estás solo

Para obtener ayuda

Enojar a otros

# Modelo tetrafactorial de la conducta autolesiva

Refuerzo  
Interpersonal

Positivo

Generar estados emocionales placenteros

Negativo

Aliviarde estados emocionales displacenteros o  
aversivos

Refuerzo Social

Positivo

Búsqueda de apoyo o atención de las personas  
de referencia

Negativo

Evitación de responsabilidades sociales

**Fig. 2. Protocolo diagnóstico de autolesiones**

<b>A. Recogida de historia clínica</b>	<b>1. Acontecimiento que ha provocado este comportamiento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta?</li><li>• ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse?</li><li>• ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta?</li><li>• ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)?</li><li>• ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento?</li><li>• En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas?</li><li>• ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva?</li><li>• ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol?</li></ul>
	<b>2. Historia médica y psiquiátrica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa?</li><li>• ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo? ¿Cómo fue tratado?</li><li>• ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo?</li><li>• ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?</li></ul>
	<b>3. Circunstancias sociales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿El paciente vive solo?</li><li>• ¿El paciente está trabajando en la actualidad?</li><li>• ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos?</li><li>• ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva?</li><li>• ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual?</li><li>• ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo?</li></ul>

<p><b>B. Examen del estado mental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal.</li> <li>• Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día.</li> <li>• ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño?</li> <li>• ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso?</li> <li>• ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de las mismas?</li> <li>• Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida.</li> <li>• ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas?</li> <li>• ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente?</li> </ul>
<p><b>C. Formulación diagnóstica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?</li> <li>• Diagnóstico psiquiátrico (si existe)</li> <li>• Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.</li> <li>• Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda.</li> <li>• Objetivos terapéuticos.</li> </ul>

**Tabla 3. Tratamiento de las autolesiones**

<p><b>A. Terapia basada en solución de problemas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrategia basada en que el individuo tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otra manera.</li><li>• Primera fase: el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo.</li><li>• Segunda fase: el terapeuta ayuda al paciente a generar soluciones al problema identificado (<i>“brainstorming”</i>).</li><li>• Tercera fase: el terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual.</li></ul>
<p><b>B. Terapia Cognitivo Conductual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abordaje similar al llevado a cabo en casos de depresión. Se basa en la idea de que la forma en que el individuo interpreta acontecimientos está relacionada con el ánimo y el comportamiento.</li><li>• El objetivo es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento suicida y el afecto asociado al mismo.</li></ul>
<p><b>C. Entrenamiento en habilidades sociales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo: conseguir que el adolescente se comunique de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo.</li><li>• A menudo se utilizan técnicas de role-play.</li><li>• Objetivos secundarios: mejorar la asertividad y la confianza en uno mismo, sobre todo en situaciones sociales.</li></ul>

<b>D. Reconocimiento y control de la ira</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objetivo: reconocer y controlar los sentimientos de ira antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones.</li><li>• Se emplean técnicas como “termómetro de sentimientos” y “distracción” tras identificar sentimientos que están llegando al punto de “sin retorno”.</li></ul>
<b>E. Terapia de Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A menudo se emplea un enfoque educacional, cuyo objetivo es la solución de conflicto intrafamiliar y la mejora en las habilidades de comunicación.</li><li>• Harrington et al, 1998: un estudio casos control aleatorizado muestra cómo las terapias familiares breves en el domicilio de los pacientes NO son más efectivas que un número reglado de sesiones en un entorno clínico.</li></ul>

### 7.1.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

### 7.3.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

### C. Riesgo de suicidio

	Durante este último mes:			Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
	<b>A lo largo de su vida:</b>			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO  
DE SUICIDIO

NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>



# Prevención del suicidio

un imperativo global



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

# El Suicidio



# Suicidio

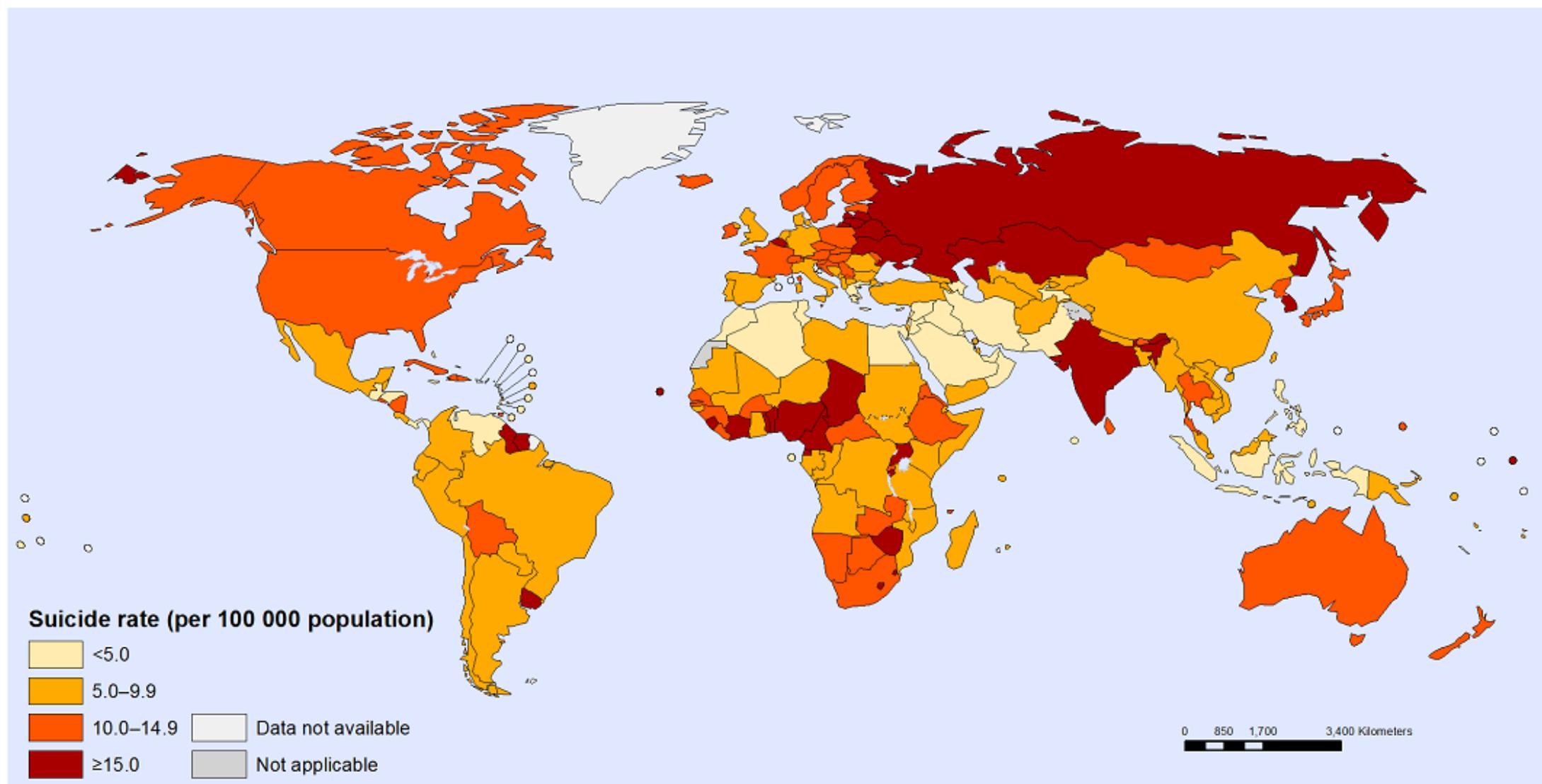
La **OMS** define el **suicidio** como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”*

# Conceptualización

**Conducta suicida:** *espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluye ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio consumado.*

- **Ideación suicida**: amplio espectro; pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena hasta planes bien estructurados.
- **Amenaza suicida**: insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, ante personas estrechamente vinculadas al sujeto. Debe considerarse como una petición de ayuda.
- **Intento de suicidio o parasuicidio**: acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se infringe daño a sí mismo. Debe estar presente el deseo o intencionalidad de muerte.
- **Gesto suicida**: parasuicidio sin intención de muerte, deseo de manipular al ambiente.
- **Suicidio frustrado**: la acción de un agente accidental e imprevisible impide la consumación con la muerte del paciente.
- **Suicidio consumado**: es el acto autoinfringido por la persona que tiene como resultado su propia muerte.

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

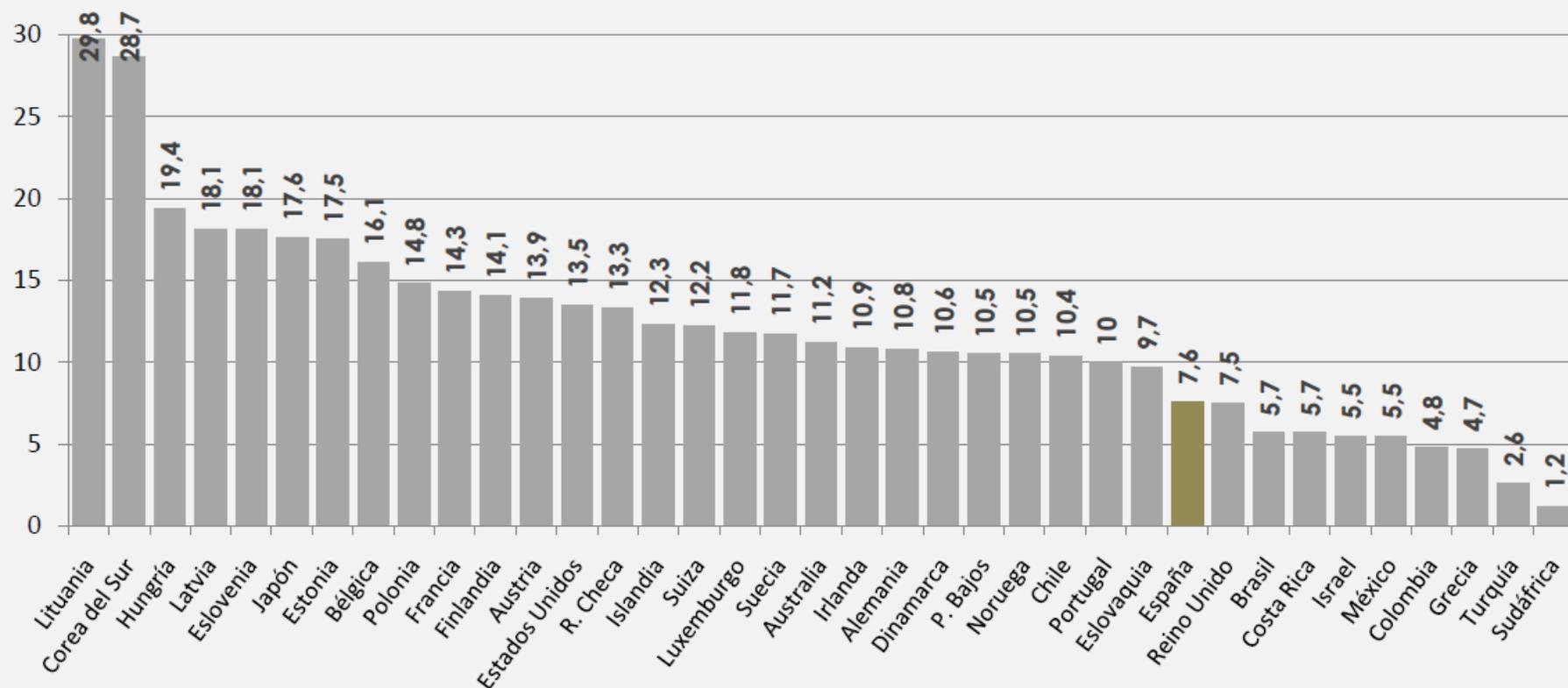


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Information Evidence and Research (IER)  
World Health Organization

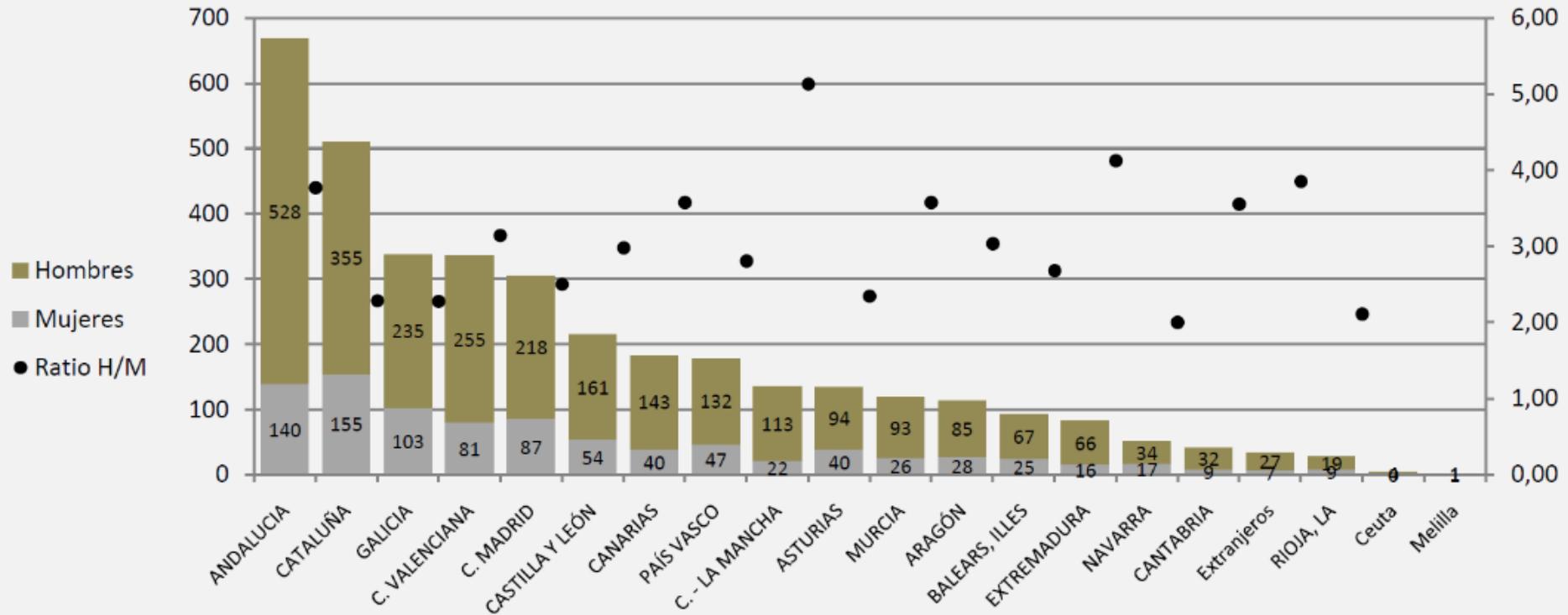


© WHO 2018. All rights reserved.



- Aún con todo, España posee unas tasas de suicidios significativamente menores que otros países, en una lista que encabezan algunos países exsoviéticos (Lituania, Hungría, Latvia, Eslovenia, Estonia) y orientales (Corea del Sur, Japón).
- En su parte más baja (tasas <6/100.000 hab.) se sitúan Sudáfrica, algunos países mediterráneos (Turquía, Grecia) y sudamericanos (Colombia, México, Costa Rica, Brasil), aunque hay que destacar que los sistemas de registro estadístico no son igual de fiables en todos ellos.

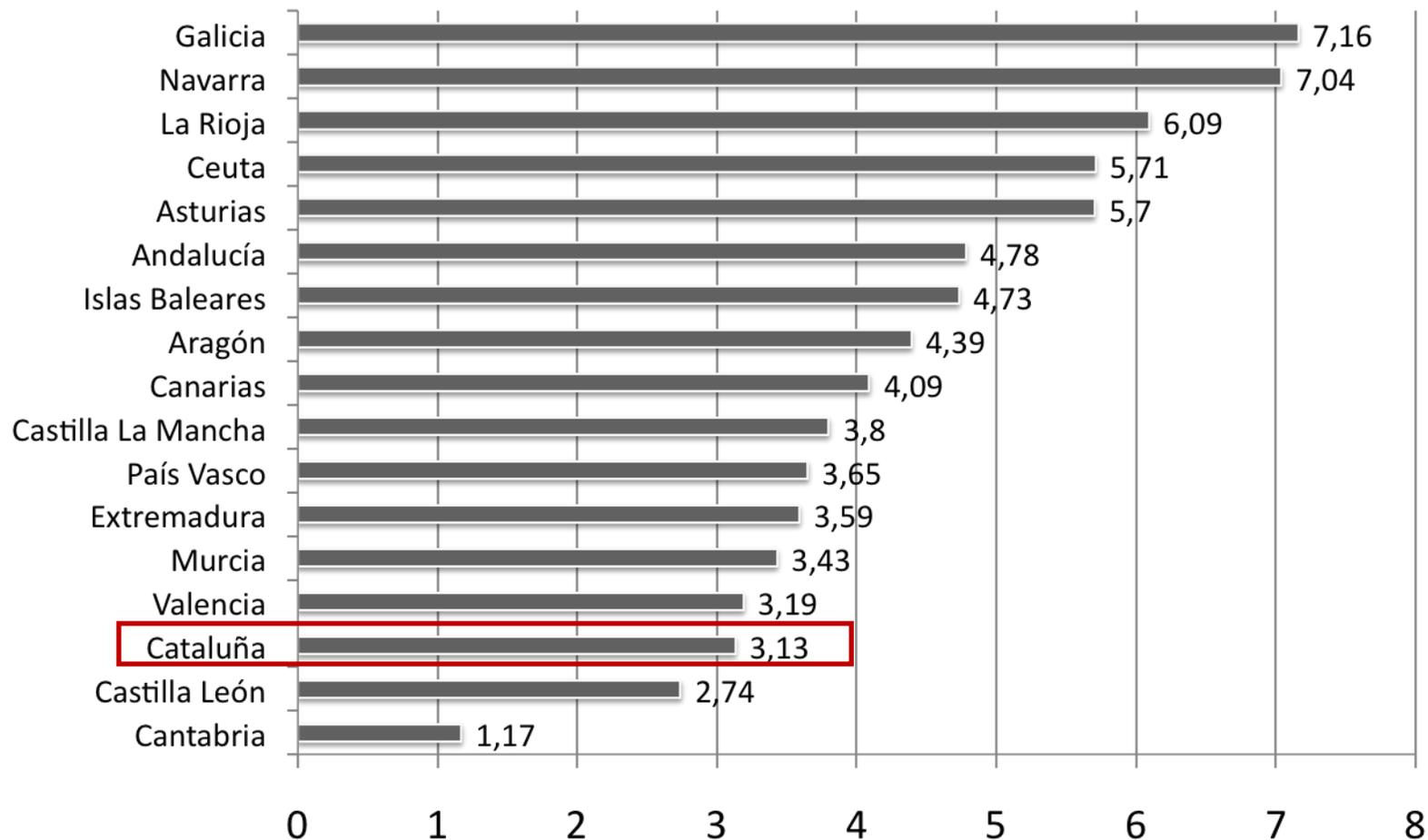
Nº de suicidios por sexo y CC.AA., 2016



- Andalucía es la comunidad con mayor número de suicidios (el 18,7% del total), seguida de Cataluña y Galicia.
- La media española registra una ratio hombres/mujeres de 2,9:1 suicidios. En los casos de C-La Mancha (5,1:1) y Extremadura (4,1:1) esta ratio es llamativamente elevada, mientras que en Navarra (2:1), La Rioja (2,1:1), Galicia (2,3:1) o Cataluña (2,3:1) es más baja.

## Distribución de los suicidios por CCAA en el rango de edad de 15-29 años (INE 2013)

### Tasa suicidio x 100.00 habitantes

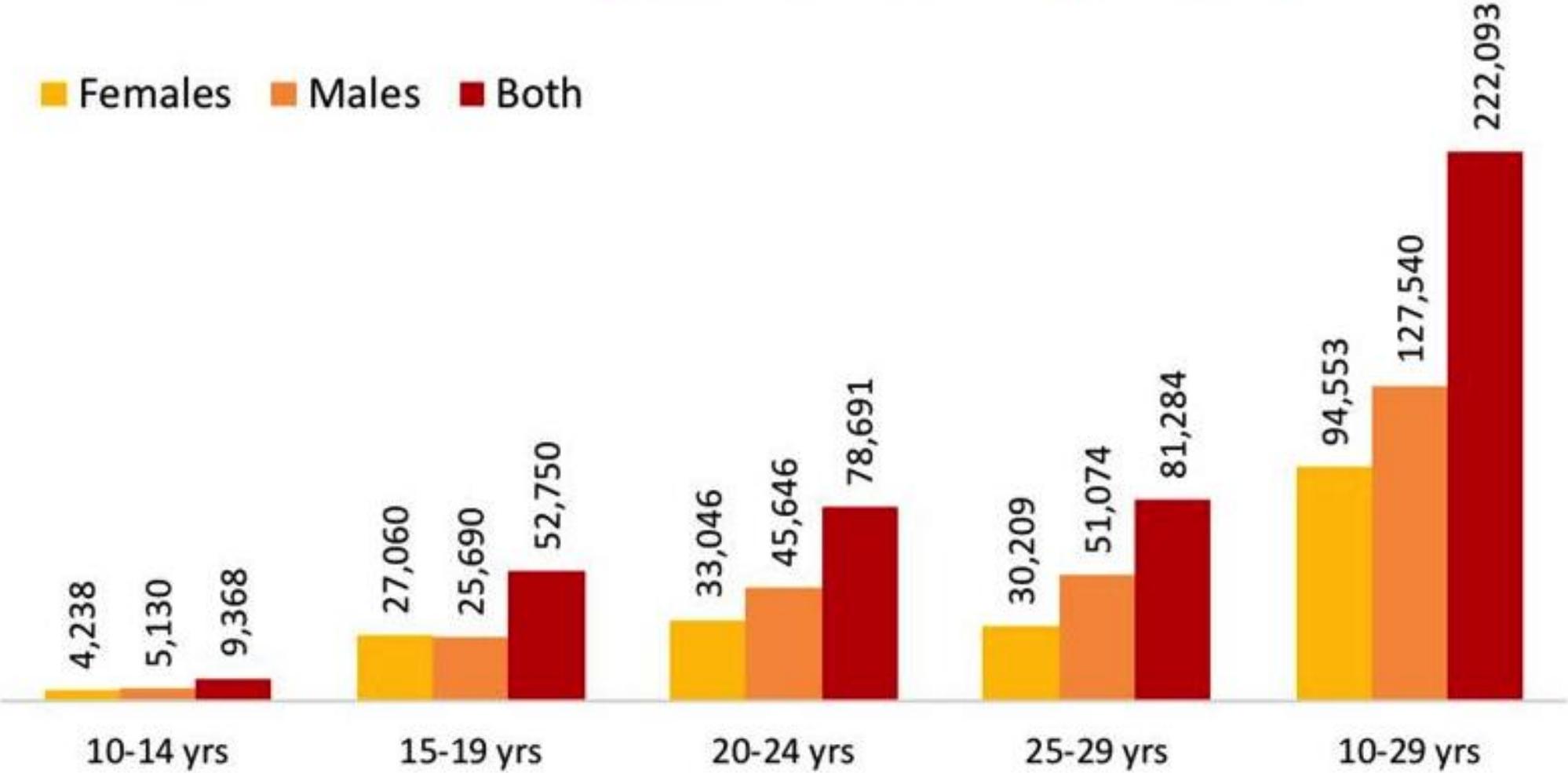


Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en población de 15-19 años:

- Hombres: 3,61
- Mujeres: 1,63
- Ambos sexos: 2,65

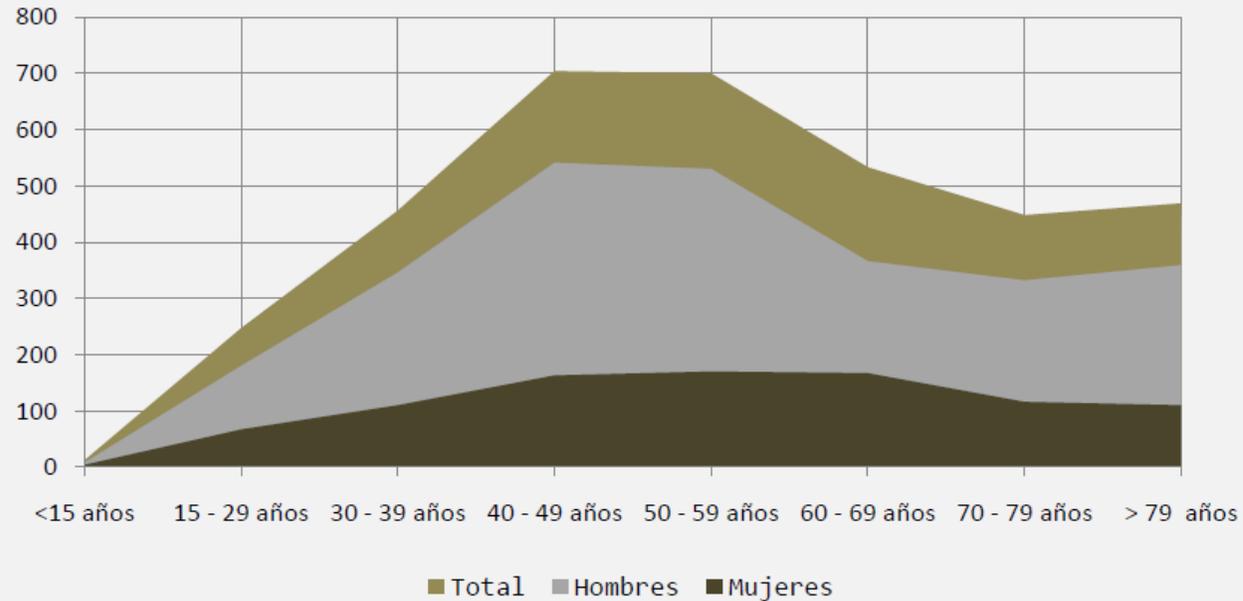
# Number of suicides globally in young people, 2016

■ Females ■ Males ■ Both



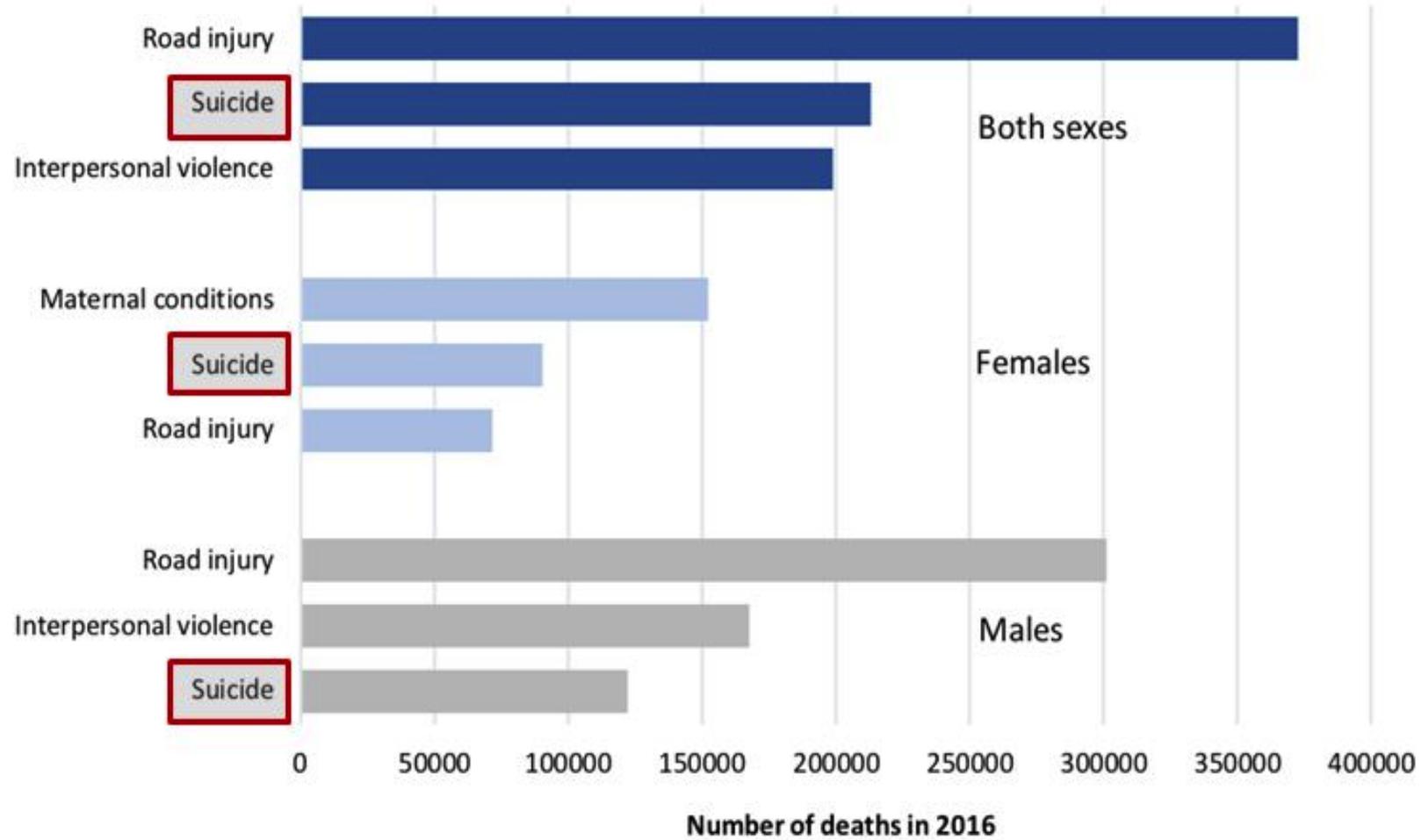
Nº de suicidios por edades y sexo en España, 2016

Edades	Total	H.	M.
< 15 años	12	8	4
15-29 años	247	180	67
30-39 años	456	346	110
40-49 años	704	541	163
50-59 años	700	530	170
60-69 años	533	366	167
70-79 años	448	332	116
> 79 años	469	359	110
<b>Total</b>	<b>3.569</b>	<b>2.662</b>	<b>907</b>



- El mayor número de suicidios se produce entre los 40 a 59 años (1.404, un 40% del total).
- En 2014 murieron 12 personas menores de 15 años y 917 mayores de 69 años.

## Leading causes of death, ages 15-29 years

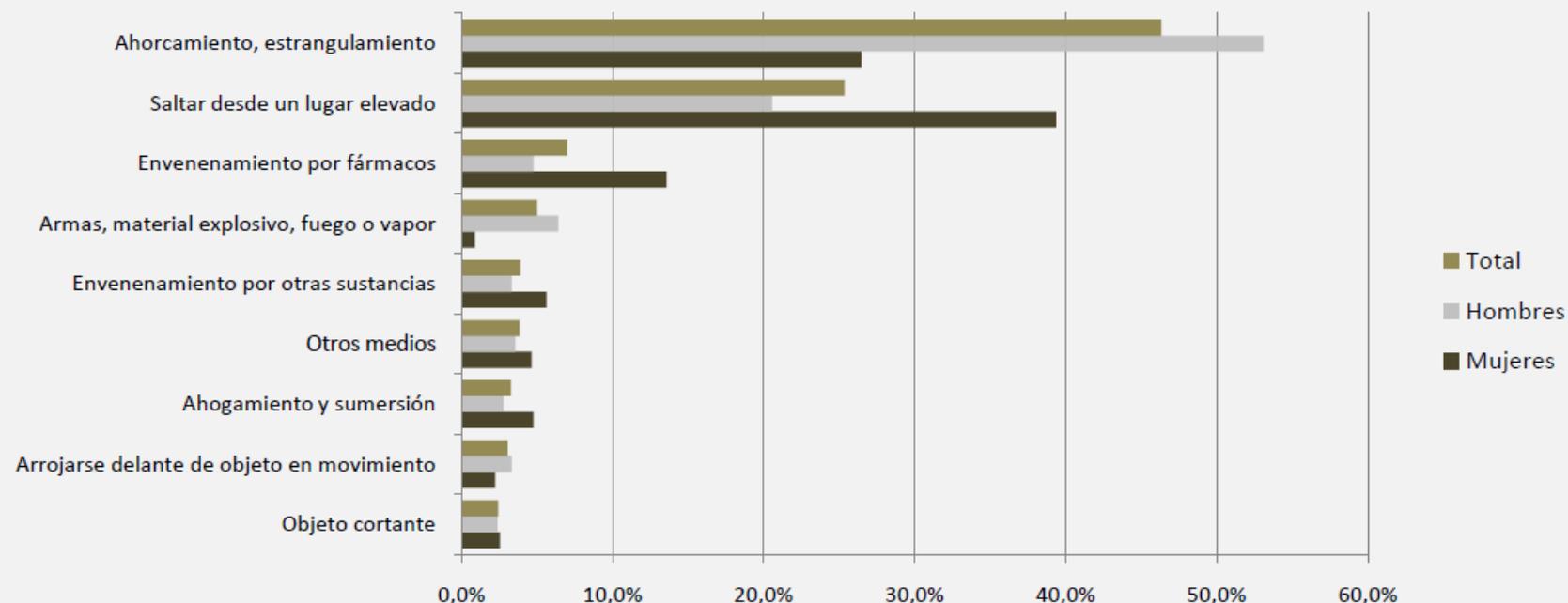


Source: WHO Global Health Estimates ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates))

# Principal método de suicidio entre 15 - 29 años

1. Lesión auto infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
2. Lesión auto infligida intencionalmente al saltar de un lugar elevado
3. Lesión auto infligida intencionadamente por disparo de otras armas de fuego y las no especificadas
4. Lesión auto infligida por medios no especificados
5. Envenenamiento auto infligido intencionalmente por exposición a otras drogas, medicamentos o sustancias biológicas.
6. Lesión auto infligida intencionadamente por ahogamiento o sumersión
7. Lesión auto infligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento

## Métodos de suicidio empleados por sexos en España, 2016



- El ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los suicidios, por influencia de los varones, que lo utilizan en la mayoría de los casos.
- El método mayoritario (casi el 40%) en las mujeres es saltar desde un lugar elevado.
- Las otras mayores diferencias entre sexos es el envenenamiento de fármacos y otras sustancias, mucho más usados por las mujeres, y las armas de fuego, más utilizadas por hombres.

# Epidemiología

- 10-14 años: no estaría entre las tres primeras causas de muerte.
- 15-19 años: Tercera causa de muerte en ambos sexos.
- 20-24 años: Segunda causa de muerte en ♂ y 3a en ambos sexos.
- 25-29 años: Primera causa de muerte en ♂ y segunda en ambos sexos.

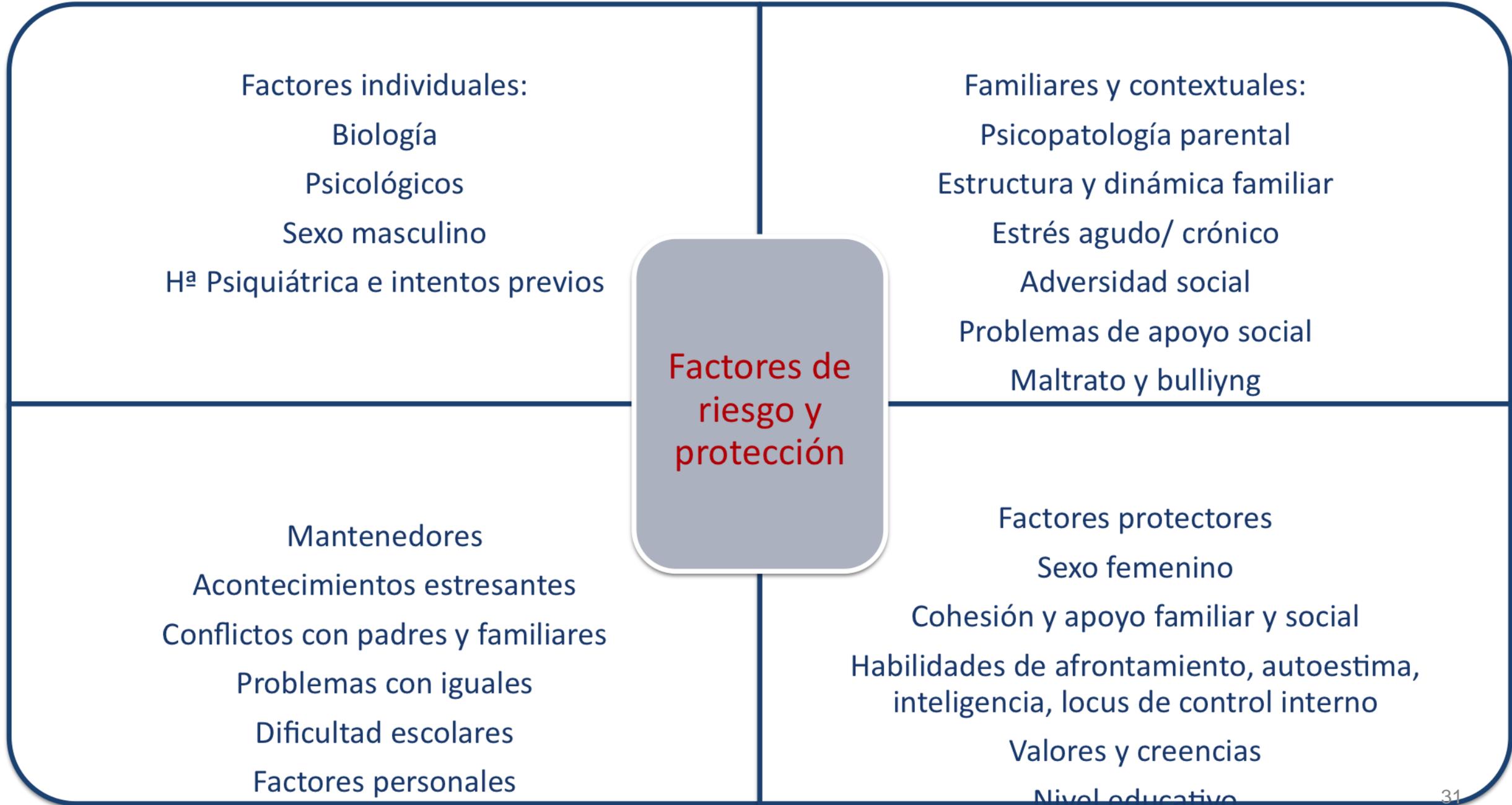
# Epidemiología del suicidio

- Las tasas de suicidio resultantes en la población joven son de **1,02 por 100.000** entre los menores de 19 años y de 2,66 por 100.000 entre los jóvenes de 20 a 29 años.
- Marcada diferencia según el sexo; entre los adolescentes la **tasa masculina** (1,32) es doble de la femenina (0,70), mientras entre los jóvenes la **tasa de suicidio de los varones (4,23) cuadruplica a la de las mujeres (1,01)**

Pérez Camarero, S. El suicidio adolescente y juvenil en España. Revista de Estudios de Juventud, Marzo 2009, nº 84

# Epidemiología

- 10-14 años: no estaría entre las 3 primeras causas de muerte.
- 15-19 años: 3a causa de muerte en ambos sexos.
- 20-24 años: 2nda causa de muerte en ♂ y 3a en ambos sexos.
- 25-29 años: 1a causa de muerte en ♂ y 2nda en ambos sexos.



## Factores Precipitantes

Acontecimientos estresantes

Conflictos con los padres

Conflictos familiares

Problemas con iguales

Dificultades escolares

Factores psicológicos / personales

## Factores protectores del suicidio

- Cohesión familiar y con el grupo de iguales.
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio.
- Sexo femenino.
- Creencias religiosas.
- Habilidad para estructurar razones para vivir.
- Nivel educativo.
- Locus de control interno (percibir que uno mismo controla su propia vida y no solo los acontecimientos).
- Autoestima.
- Inteligencia. Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones.

# Recomendaciones de la OMS sobre cómo, cuándo y qué preguntar

## CÓMO PREGUNTAR:

No es fácil preguntar sobre ideación suicida, se recomienda hacerlo **de forma gradual**. Algunas preguntas que pueden resultar útiles son:

- ¿Te sientes triste?
- ¿Sientes que no le importas a nadie?
- ¿Sientes que no merece la pena vivir?
- ¿Piensas en el suicidio?

## CÚANDO PREGUNTAR:

- Cuando la persona tiene sentimiento de *empatía* con el profesional.
- Cuando la persona se siente cómoda al hablar de sus sentimientos.
- En el momento que la persona hable acerca de sentimientos de desesperanza o tristeza.

## QUÉ PREGUNTAR:

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez has realizado planes para acabar con tu vida?; ¿tienes alguna idea de cómo lo harías?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿has decidido cuándo vas a llevar a cabo tu plan de acabar con tu vida?, ¿cuándo lo vas a hacer?

**Tabla I. Criterios de gravedad de factores de riesgo de intento de suicidio infantojuvenil**

<b>Factores</b>	<b>Alto riesgo</b>	<b>Riesgo moderado</b>
Método de autoagresión utilizado	Armas, ahorcamiento, ingestión de químicos, pesticidas, fármacos letales (antidepresivos tricíclicos y otros)	Ingestión de fármacos de baja letalidad como antidepresivos ISRS
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
Trastorno mental y conductual	Trastorno de conducta, depresión, trastorno bipolar, psicosis, trastorno de personalidad límite	Trastornos reactivos y trastornos de ansiedad
Antecedentes individuales de trastornos mentales	Intentos de suicidio previos	Ausencia de intentos de suicidio previos
Patologías psicosociales	Violencia intrafamiliar y/o abuso sexual intrafamiliar	Ausencia de trastornos psicosociales
Antecedentes familiares de trastornos mentales	Conductas suicidas y trastornos de conducta impulsiva	Ausencia de conductas suicidas en los familiares
Características familiares	Desorganizada, caótica, vínculos afectivos desligados o ambivalentes	Familia en crisis, vínculos ansiosos

# Cyber-bullying y suicidio

- **Las víctimas de cyber-bullying muestran 2 veces más riesgo de suicidio. Los perpetradores muestran 1.5 veces más riesgo.**
- El riesgo de suicidio es mayor en el caso del bullying virtual comparado con el tradicional.
- La percepción de falta de control por parte de la víctima y el anonimato implicados conllevan una elevada desesperanza, ansiedad social y depresión.
- Las víctimas de acoso también pueden ser verdugos: el bullying como FR para el desarrollo de violencia.
- **Schenk encontró que el 50% de las víctimas no se lo dice a nadie, el 35'7 % lo comparte con sus amigos y sólo el 9% lo comenta con sus padres o adultos.**

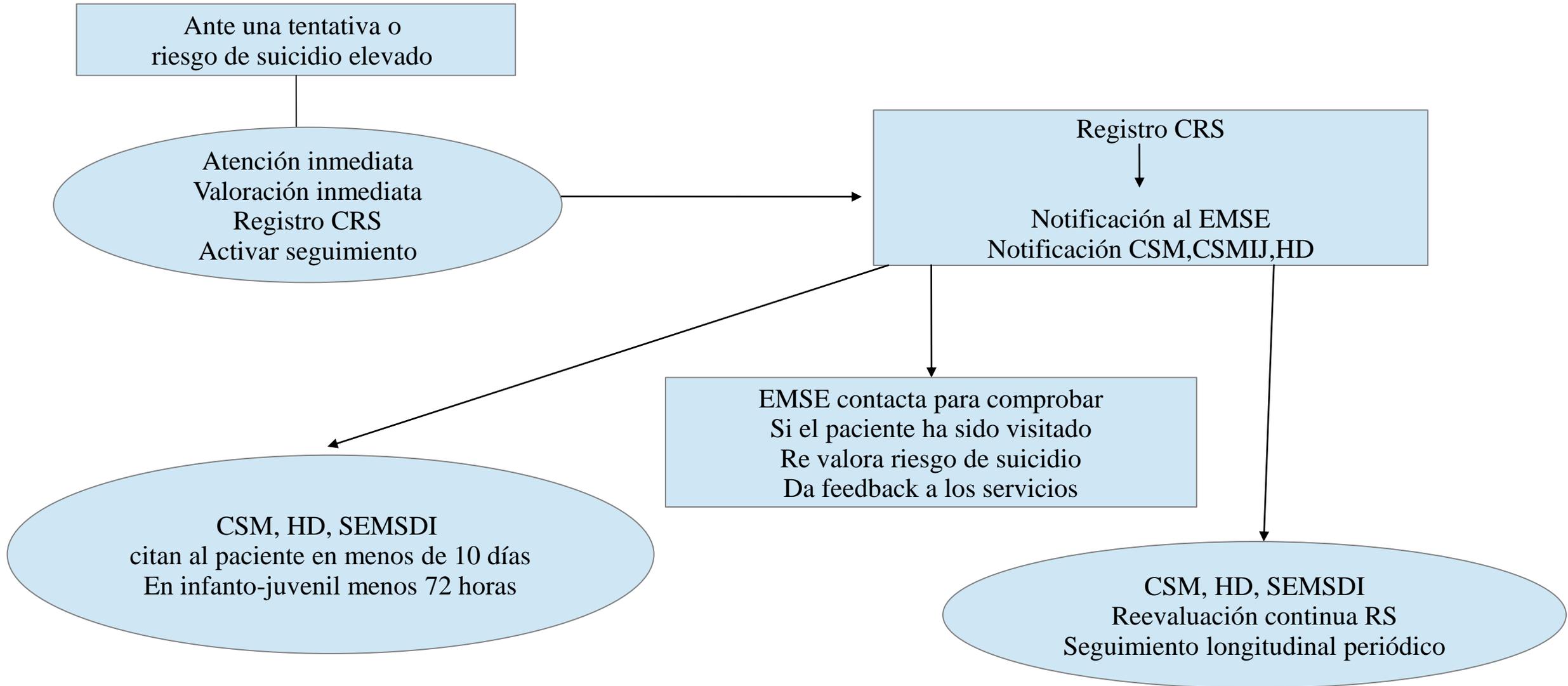
Hinduja and Patchin, 2008	13	Under the age of 18 years	1,378	Increased substance use (marijuana), school problems, and delinquent behaviors
Hinduja and Patchin, 2010	59	6th–8th graders	1,963	Increased suicidal thoughts and attempts
Jackson and Cohen, 2012	123	3rd–6th graders	192	Increased loneliness, lower rates of peer acceptance, decreased levels of optimism about peer relationships, and fewer friendships
Juvonen and Gross, 2008	24	12–17 years	1,444	Increased social anxiety
Katzer et al, 2009	29	5th–11th graders	1,700	Decreased self-concept
Klomek et al, 2008	38	13–19 years	2,342	Increased depression and suicidality
Kowalski and Limber, 2013	21	6th–12th graders	931	Decreased psychological and physical health
Laftman et al, 2013	61	15–18 years	22,544	Decreased physical health
Litwiller and Brausch, 2013	60	14–19 years	4,693	Increased suicidal behavior
Mitchell et al, 2007	43	10–17 years	1,501	Increased depression and substance use
Olenik-Shmesh et al, 2012	33	13–16 years	242	Increased loneliness and depression
Patchin and Hinduja, 2006	6	9–17 years	577	Increased frustration, anger, and sadness
Perren et al, 2010	39	7th–10th graders	1,694	Increased depression while controlling for traditional forms of victimization
Price and Dalgleish, 2010	41	Under 25 years	548	Increased sadness and fear; decreased friendships, self-esteem and self confidence
Randa 2013	50	12–18 years	3,500	Increased fear of victimization
Schneck and Fremouw, 2012	44	18–24 years	799	Increased depression, anxiety and suicidality
Schneider et al, 2012	55	9th–12th graders	20,406	Increased psychological distress
Sourander et al, 2010	28	13–16 years	2,215	Increased psychosomatic and emotional/peer problems
Wang et al, 2011	40	6th–10th graders	7,313	Increased depression
Wigderson and Lynch, 2013	20	6th–12th graders	388	Increased anxiety, depression and decreased self-esteem
Ybarra et al, 2007	63	10–15 years	1,588	Increased alcohol and drug use; increased behavior problems and weapon-carrying at school

**Figura 1.**

**Flujograma de valoración clínica  
en intentos de suicidio.**



# IPM y código suicidio



# Código Riesgo Suicidio

2014-2018 en Cataluña:

- Reus 27 casos (2 reincidentes)
- Cataluña 10.014 CRS.
  - Éxitus 272 (2,71%)
- <18 años: Todo CTS 1193 (12% del total de CRS).
  - Éxitus 6 (0,5%)

# CASOS CLÍNICOS



**¡MUCHAS GRACIAS!**

