



**I CONGRESO  
NACIONAL  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL**

---

Colegio Arzobispo Fonseca  
Salamanca

# Taller: Valoración de las autolesiones y las conductas suicidas en adolescentes

**12:00 - 13:30**

**TALLER GRUPAL**

**"VALORACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES"**

*(Imprescindible inscripción - Máximo 30 participantes)*

**Ponente y moderadora Dra. Dña. Azucena Díez Suárez**

*Especialista en Pediatría y Psiquiatría. Directora de la Unidad de Psiquiatría Infantil y adolescente de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona.*

• **Dña. Cristina Vidal Adroher**

*Psicóloga clínica en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y del adolescente en la Clínica Universitaria de Navarra.*



**I CONGRESO  
NACIONAL  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL**

---

Colegio Arzobispo Fonseca  
Salamanca

Autorizamos la grabación y divulgación de mi  
presentación  
en el I Congreso de Salud Mental

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

# Taller: Valoración de las autolesiones y las conductas suicidas en adolescentes

## **Cristina Vidal Adroher**

Psicóloga Clínica

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Clínica Universidad de Navarra

## **Azucena Díez Suárez**

Pediatra, Psiquiatra infantil y de la adolescencia

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Clínica Universidad de Navarra

Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la AEP (SPI)



Clínica  
Universidad  
de Navarra



## Antes de empezar...

- ¿Cuáles son vuestras experiencias con suicidio y autolesiones en adolescentes?
- ¿Por qué habéis elegido este taller?
- ¿Qué esperáis aprender?



## ESQUEMA DEL TALLER

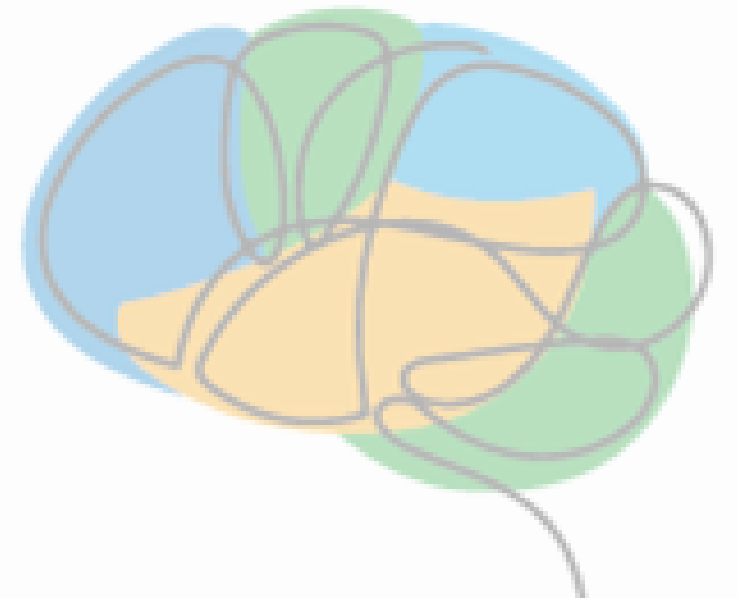
- Introducción 40 min
  - Suicidio
  - Autolesiones no suicidas
  - La influencia del medio social
- Caso 1-discusión 20 min
- Caso 2- discusión 20 min
- Recomendaciones 20 min

## OBJETIVOS DEL TALLER

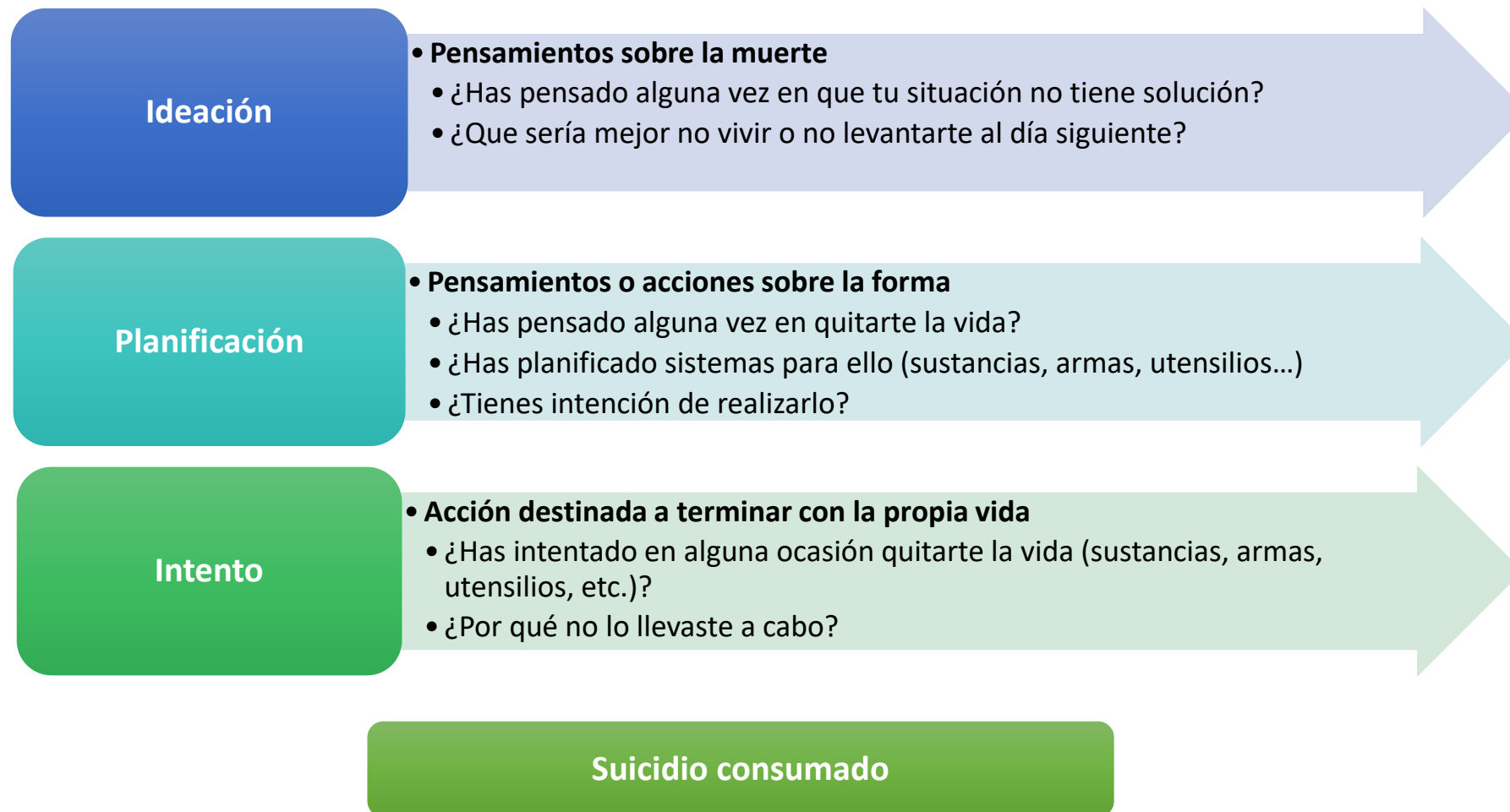
1. Aprender a explorar autolesiones y conductas suicidas en adolescentes.
2. Conocer los **diferentes síntomas y trastornos psiquiátricos** que se relacionan con las conductas suicidas y las autolesiones en los adolescentes, así como las posibles situaciones desencadenantes de las mismas.
3. Conocer los criterios de **gravedad y derivación** a psiquiatría/ psicología del niño y adolescente.
4. Aprender **estrategias para manejar** las conductas suicidas y las autolesiones.



# 1. LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES



# ¿A qué nos referimos con conducta suicida?



# PROBABILIDAD DEL PASO AL ACTO ANTE IDEACIÓN SUICIDA

## Mayor riesgo

Ideación suicida recurrente

Comunicación indirecta idea

Planificación método y lugar

“Negación” de la idea suicida

Intentos previos (violento)

Intervención entorno improbable

## Menor riesgo

Ideación suicida esporádica

Comunicación directa idea

No planificación

Ambivalencia

Impulsividad, irritabilidad

Demanda de ayuda

Intervención probable entorno



# El suicidio en adolescentes ¿un problema de salud pública?

SALUD

## EL SUICIDIO, PRIMERA CAUSA DE MUERTE ENTRE ADOLESCENTES

*El aislamiento durante la pandemia provocada por la covid-19 y el consumo impulsivo de los dispositivos electrónicos son algunos de los factores más determinantes de este aumento.*

Artículo  
Ethic

27 | OCT  
2022



DESTACAMOS

EL PAIS

Salud y Bienestar

SUSCRÍBETE INICIA

### SALUD MENTAL > TRIBUNA

## ¿Qué está pasando con las tasas de suicidio en los adolescentes?

Algo ocurre en esa etapa de la vida, repleta de cambios psicológicos, sociales y neurobiológicos, que nos hace susceptibles al sufrimiento emocional



Dos alumnas se abrazan en los baños de un instituto.  
DAVID EXPOSITO



XIMENA GOLDBERG

12 AGO 2022 - 05:20 CEST



## Los intentos de suicidio en menores alcanzan la cifra más alta de los últimos diez años

- ▶ Según un informe de la Fundación ANAR, en solo una década se han multiplicado por 25,9
- ▶ El acoso escolar y el *ciberbullying* son el problema que más predomina entre los niños y adolescentes con ideación suicida
- ▶ El teléfono ANAR (116000) es gratuito y funciona las 24 horas

01.12.2022 | 16:22 horas Por RTVE.es/AGENCIAS



I CONGRESO  
NACIONAL  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL

# EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

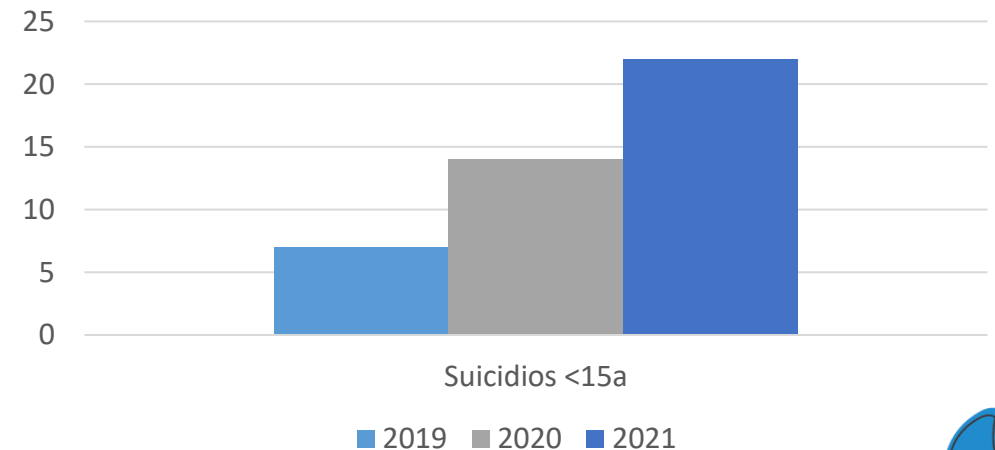
## • OMS (2021)

- Cuarta causa de muerte entre los 15 y 29 años en el mundo

## • INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

- 2019: 7 suicidio en menores de 15 años
- 2020: 14 suicidios en menores de 15 años
- 2021: **22 suicidios en menores de 15 años +  
53 suicidios en personas entre 15 y 19 años**

Suicidios consumados en menores de 15 años





# EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

---

1. .... / 100.000 adolescentes cometen suicidio
2. ....% de los adolescentes tienen ideación suicida en algún momento
3. ....% de los adolescentes tienen Plan suicida en algún momento
4. .... % de los adolescentes realizan un intento de suicidio en algún momento

(Lim et al., 2019)





# EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

---

1. 5-7 / 100.000 (0,00005%) adolescentes **cometen** suicidio
2. 20 % de los adolescentes tienen **ideación** suicida en algún momento
3. 10 % de los adolescentes tienen **Plan** suicida en algún momento
4. 6 % de los adolescentes realizan un **intento** de suicidio en algún momento

(Lim et al., 2019)





# CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ESPAÑA (2012-2022)

**SOLO EL 44%**  
recibe tratamiento  
psicológico



**3.097**

nos llamaron  
habiendo ya iniciado  
el intento de suicidio.

**9.637**

**MENORES DE EDAD AYUDADOS**

**EL 63,8%**

de casos  
concentrados en los  
últimos 3 años  
(post pandemia).

Los intentos de  
suicidio se han  
multiplicado por  
**25,9**  
en la última década

Las ideas  
suicidas se han  
multiplicado por  
**23,7**  
en la última década

**EL 70,2% LO  
SUFRE  
DIARIAMENTE**



**EL 68,4%  
LLEVA MÁS DE UN  
AÑO CON EL  
PROBLEMA**

**589.255 LLAMADAS ANALIZADAS**



**LA TECNOLOGÍA  
IMPLICADA EN EL  
51,5% DE LOS CASOS**

**COLECTIVOS MÁS  
VULNERABLES**

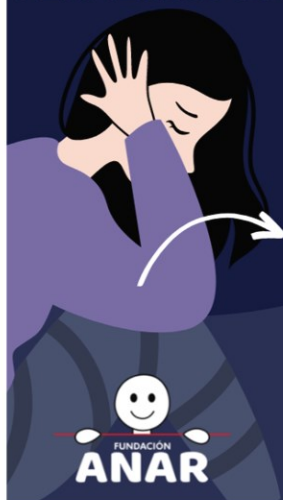
**Menores de 10 años**

**Adolescentes con discapacidad**

**Niños/as y adolescentes  
de familias migrantes**

**Niños/as y adolescentes LGBTI**

**PERFIL MÁS COMÚN: 71,7%**



Mujer

13-17 años

Familia migrante

Victima de agresión sexual

Antecedente de fuga

Se autolesiona

Quando nos llamó ya había  
iniciado el intento de suicidio

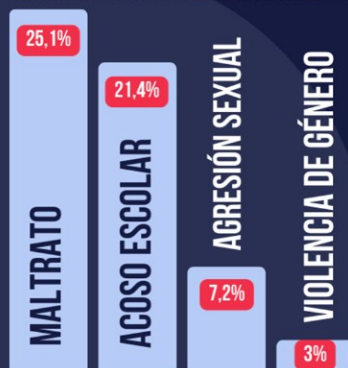
En menores de 12  
años el motivo  
principal es el  
acoso escolar y  
tienen rendimiento  
escolar alto



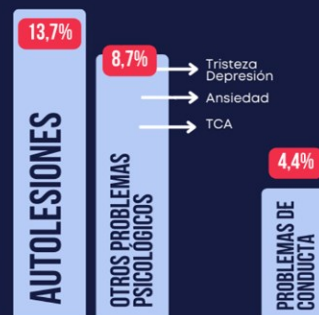
## PROBLEMAS ASOCIADOS

(No existe una motivación para el  
suicidio pero sí problemas  
asociados que no saben resolver)

**VIOLENCIA: 60,9%**



**PROBLEMA DE SALUD MENTAL: 27,4%**

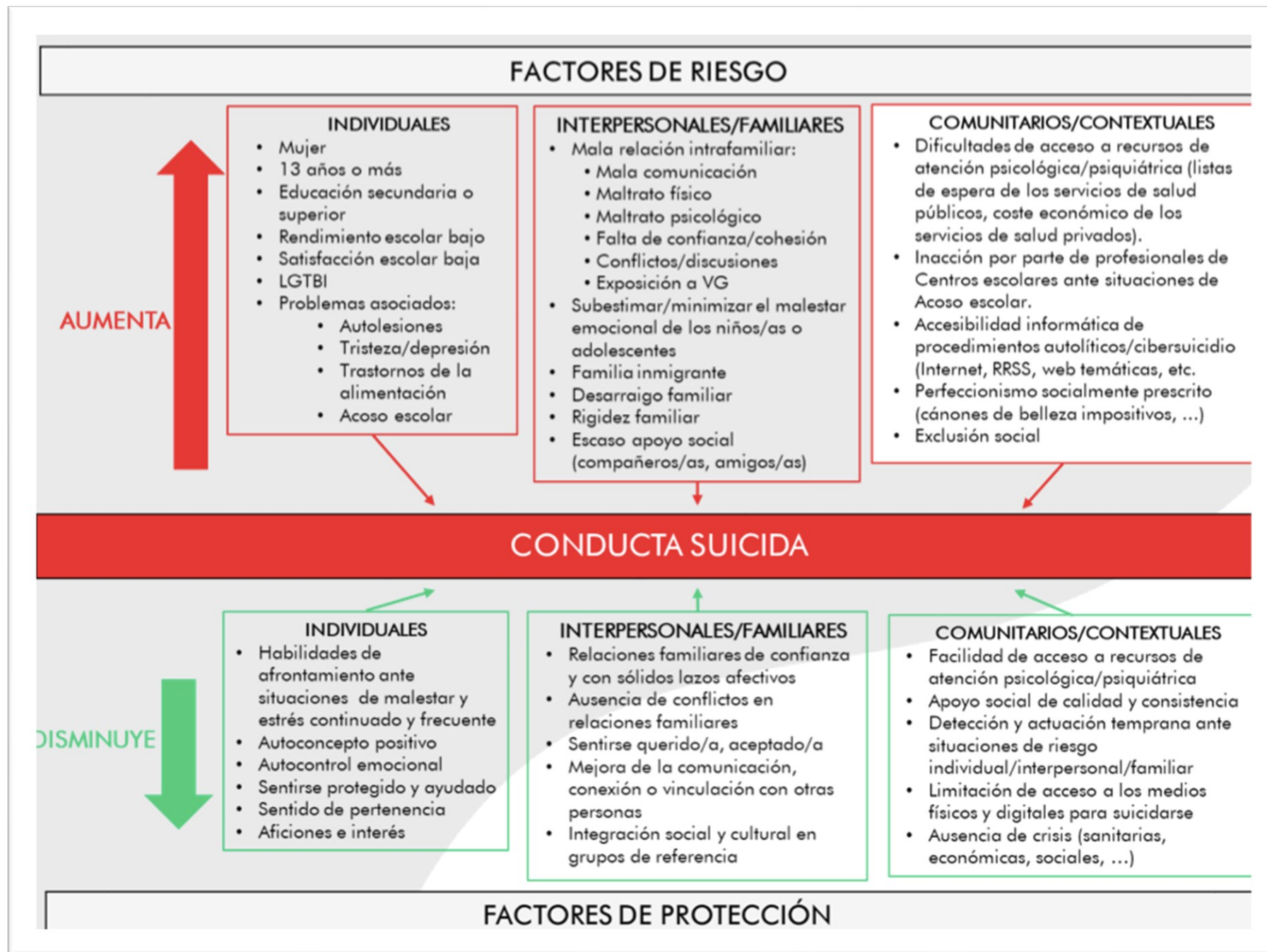


Tristeza  
Depresión  
Ansiedad  
TCA



# FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

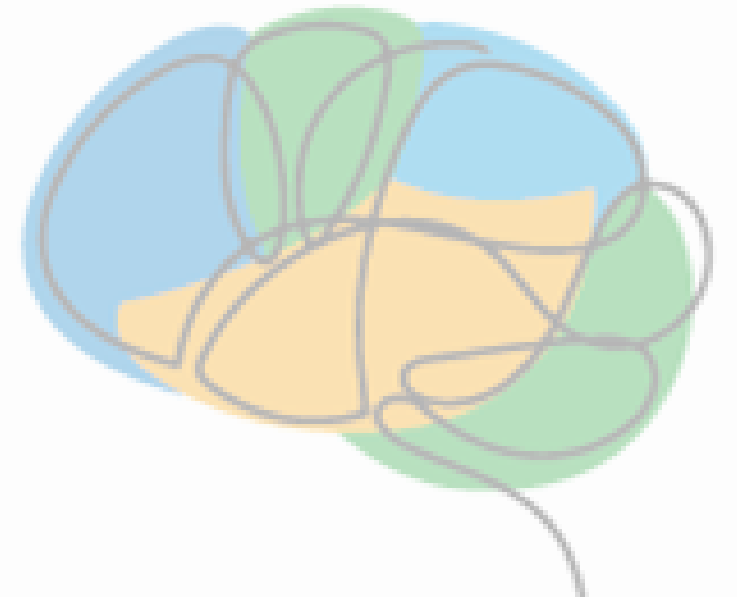
Extraído del Estudio “Conducta Suicida y SM en la infancia y adolescencia en España según su testimonio” de la Fundación ANAR



## CUIDADO con los MITOS con respecto al SUICIDIO...

- Los que hablan no lo cometen
- Si preguntamos podemos desencadenarlo
- Tienen toda la intención de morir
- Sucede sin advertencias
- La mejoría tras una crisis indica que se ha superado
- No todos los suicidios pueden prevenirse

## 2. LAS AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES





# ¿QUÉ SON LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS?

Lesión **deliberada e infligida por uno mismo sin ideación o intención suicida**

**Cortarse,** quemarse, morderse, rascarse, cortarse, golpearse, etc.

Equivalentes:

autolesión, autoagresión, conducta parasuicida, automutilación, autodestrucción, etc.

## CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

### Disregulación emocional y disregulación afectiva

- Mayor frecuencia de emociones negativas así como mayor dificultad para manejarlas adecuadamente.
- Evitación tensión psíquica / *distress*

### Self-derogation (rechazo a uno mismo)

- Experiencias pasadas de críticas hacia uno mismo
- Abusos

### Impulsividad (evidencia contraria)

- Algunas facetas de la impulsividad (URGENCY) estarían alteradas



# EPIDEMIOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

- Inicio típico: 12-16 años
- Mayor ocurrencia de la conducta en mujeres.
- Población adolescente no clínica: 10-15%
- Población adolescente clínica: 40-61%
- Población juvenil (muestras universitarios): 17% (ANS al menos una vez)
- Población adulta: 4%
- Factor de riesgo SUICIDIO

## Proyecto Seyle (2014)

Más prevalencia en mujeres

30% chicas adolescentes

9% con patología mental

21% sin patología mental



PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

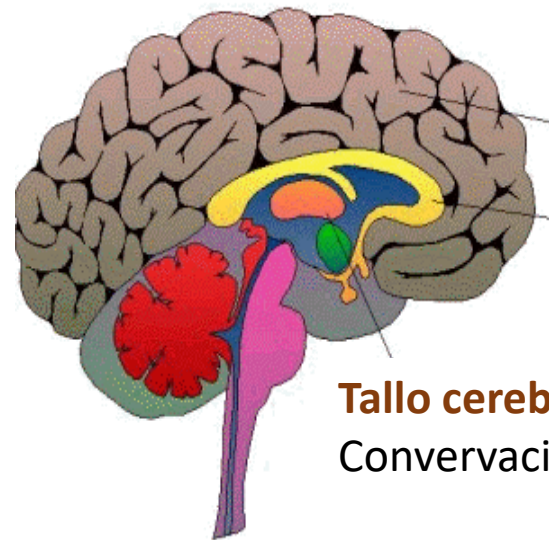


I CONGRESO  
NACIONAL  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL

# ¿POR QUÉ ES MÁS FRECUENTE EN LA ADOLESCENCIA?

En la adolescencia..

- Existe una **mayor desregulación emocional** (más reactividad, sensibilidad y lentitud para la recuperación)
  - Menor tiempo entre el desencadenante y la acción que en el adulto.
- ***Y además y sobre todo :***
  - dificultad buscar apoyo fuera de la familia
  - inmadurez cerebral (lóbulo frontal)
  - alcohol y otras sustancias
  - impulsividad
  - carencia de propósito de vida
  - culpa: "sentirse responsable"
  - angustia y fracaso...soledad.



**Neocórtex: cerebro racional**

Tareas intelectuales, creatividad, control

**Sistema límbico: cerebro emocional**

Emociones, protección del ego

**Tallo cerebral: cerebro primitivo, instintivo**

Conservación de la especie

El "hacer" es fácil de relatar,  
el "sentir" es la pregunta ausente



**I CONGRESO  
NACIONAL  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL**

# ¿QUÉ CONSIDERAR ANTE LA PRESENCIA DE AUTOLESIONES?

Es frecuente que quien realiza autolesiones se preocupe por como reaccionará el otro al hablarlo, y estén especialmente atentos a muestras de rechazo, estigmatización u otras reacciones negativas.

## 1. **MÉTODO:** Golpearse, cortarse, quemarse, etc.

- Los chicos tienden más a los golpes y las chicas a los cortes.

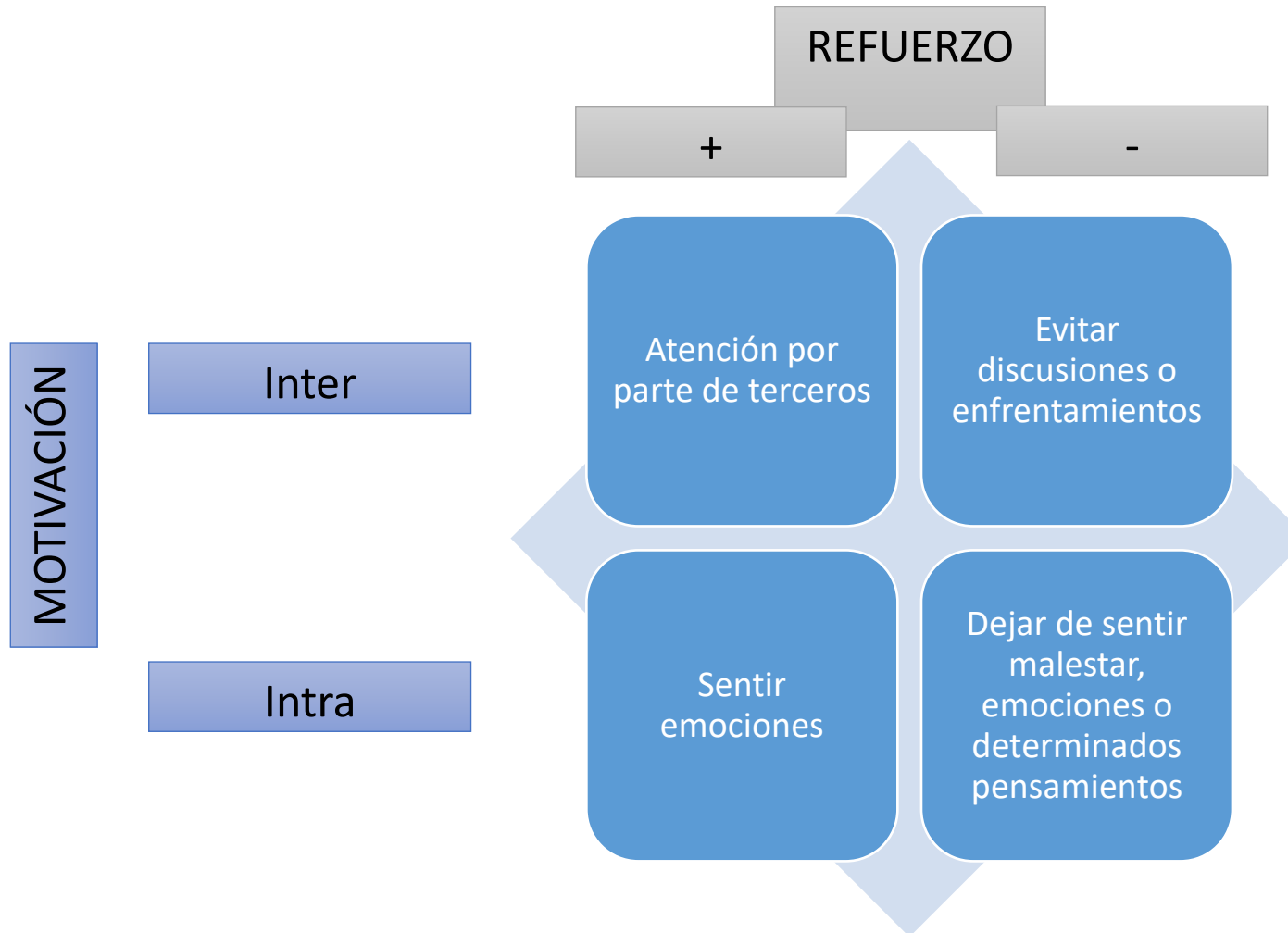
## 2. **FRECUENCIA:** Numero de episodios, heridas por episodio, etc.

- La recurrencia se relaciona con mayor deterioro funcional, peor rendimiento escolar y mayor desregulación emocional

## 3. **FUNCIONALIDAD:** Motivo de la autolesión



# EVALUANDO LA FUNCIONALIDAD DE LAS AUTOLESIONES

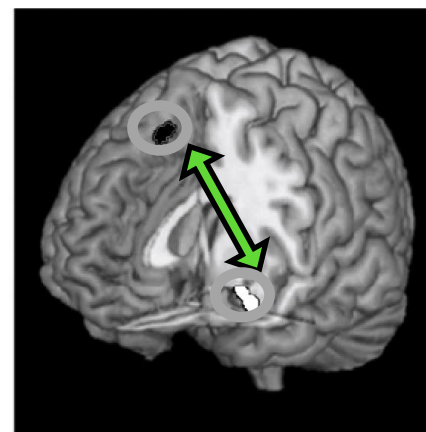
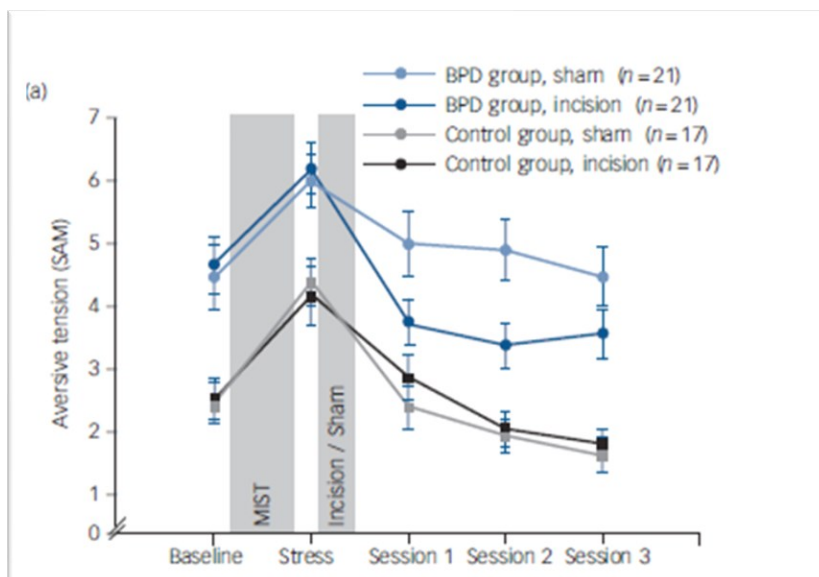
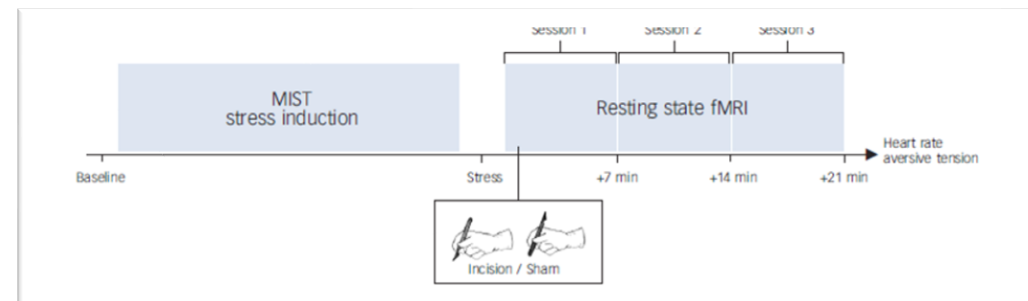


# LA AUTOLESIÓN COMO CONDUCTA REGULADORA

## NEUROBIOLOGÍA DE LA AUTOLESIÓN

### Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour

Sarah Reitz,\* Rosemarie Kluetsch,\* Inga Niedtfeld, Teresa Knorz, Stefanie Lis, Christian Paret, Peter Kirsch, Andreas Meyer-Lindenberg, Rolf-Detlef Treede, Ulf Baumgärtner, Martin Bohus and Christian Schmahl



# DIFERENCIAS INTENTO DE SUICIDIO Y AUTO-LESIÓN NO SUICIDA

## INTENTO SUICIDA

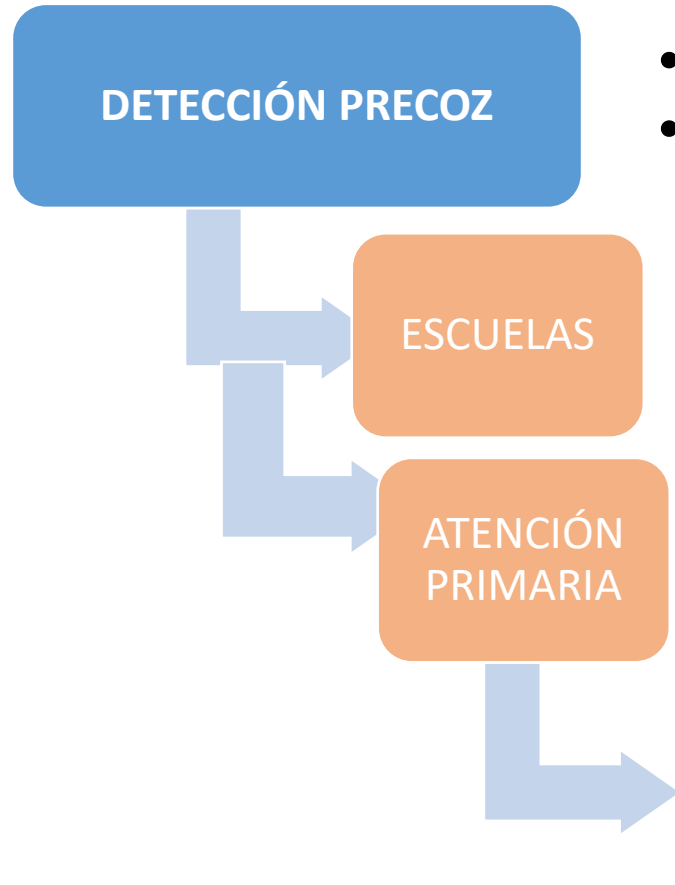
- **Intención** de acabar con la vida
- Puede ser impulsivo, pero en la mayoría de los casos hay sentimiento crónico de **desesperanza** o **soledad**
- Métodos más severos y **letales**
- Intentos de suicidio recurrentes **poco común**

## AUTOLESIÓN NO SUICIDA

- No hay **intención** suicida
- Estado emocional de ira, **desesperación** o angustia intolerable
- Métodos menos graves y en su mayor parte no letales
- Es consciente de que el comportamiento puede causar lesiones graves, pero **no es una amenaza** para la vida
- La auto-lesión **recurrente** es común



# LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LAS AUTOLESIONES



- ¿Dónde?
- ¿Quiénes?

Profesionales de primera línea, son el **primer contacto o la primera atención de los adolescentes**

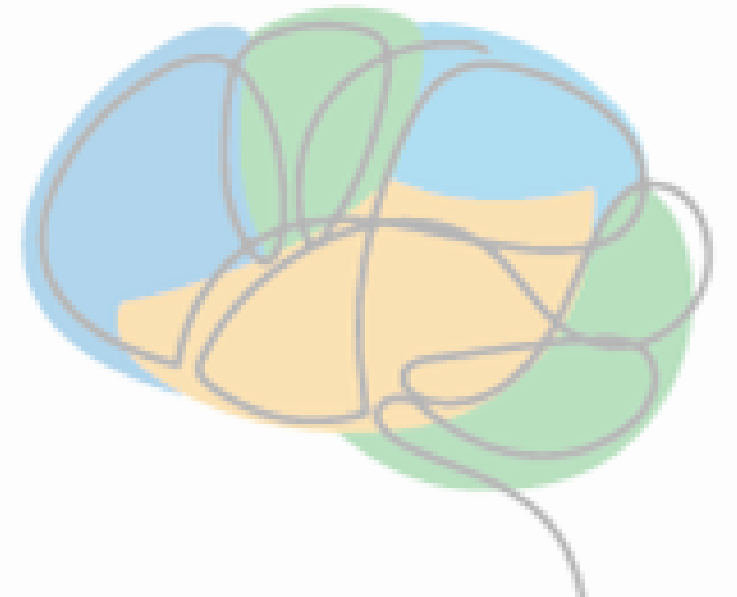
## IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN PARA:

- Explorar la conducta suicida
- Identificar factores de riesgo
- Determinar gravedad de la misma
- **Distinguir** entre ideación suicida, intención suicida y autolesiones sin intención suicida





# 3. LA INFLUENCIA DEL MEDIO SOCIAL



# LA INFLUENCIA DEL MEDIO SOCIAL EN LA CONDUCTA SUICIDA Y LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

- Las conductas suicidas o de autolesión en amigos y compañeros predicen el desarrollo de la misma
  - IMITACIÓN
  - SOCIALIZACIÓN (“el cutting como el nuevo tabaco”)
  - FENÓMENO IDENTITARIO
- 1/3 de los adolescentes que sufren autolesiones no suicidas buscan información en internet



como cortarse **sin dolor**  
**muerte por corte de venas**  
**cortar arteria femoral**  
**cuanto tarda una persona en desangrarse si se corta las venas**  
**donde encontrar cuchillas para cortarse**  
**que pasa si te cortas las venas en vertical**  
**cortarse la venas es doloroso**  
**cortarte las venas te mata**





Kieran / Ruin #CD1 @Ruinlistic  
 RT @livingroomflow: #Cut4Zayn if r  
 tears aren't enough for you, maybe  
 blood will be 🤔! pic.twitter.com/  
 50BSqKAK0D Done with life.

8 3



retweetou  
 @PSYCHURITY · 1 h  
 y't believe he is leaving, I love you @zaynmalk #cut4zayn



239 53 Ver más fotos e v

# Cutting, tu mejor aliado igual que nuestras amigas Mia y Ana

jueves, 7 de agosto de 2014

Acerca de mi

**DanyC:**  
 Ver mi perfil completo

Archivo del Blog

2014 (1)  
 agosto (1)

Consejos para cortarse sin  
 problemas(; CO...



Consejos para cortarse sin problemas(;

**COSAS QUE NO TE PUEDEN  
 FALTAR**

1.- Alcohol\* 2.- Un cutter o las navajas del sacapuntas\* 3.- Papel o algodón

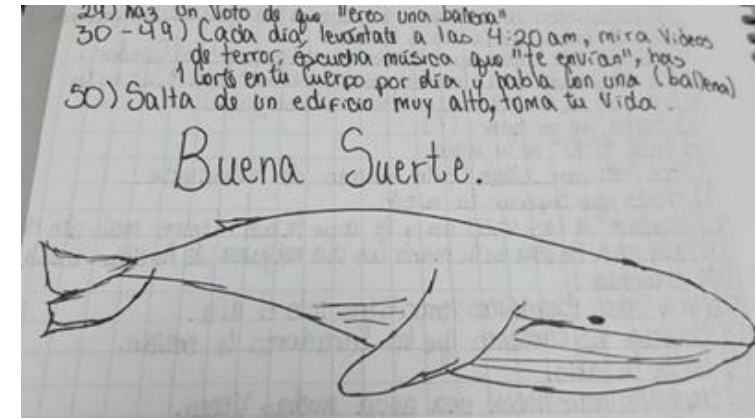
**COMENCEMOS:**

1.- Limpiar con el alcohol y el algodón la zona en la que te vas a cortar

2.- Desinfectar la navaja o el cutter por cualquier cosas (nunca tienen que ser usados)

3.- Checa que en la zona que te vas a cortar no este muy cerca de una vena

4.-Si es tu primera vez te va a doler, pero conforme va pasando el tiempo eso se quita



**CONGRESO  
 NACIONAL  
 DE SALUD MENTAL  
 INFANTO JUVENIL**

ORIGINAL RESEARCH article

Front. Psychiatry, 21 April 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00274>



# “I just finally wanted to belong somewhere” —Qualitative Analysis of Experiences With Posting Pictures of Self-Injury on Instagram

Rebecca C. Brown<sup>1</sup>, Tin Fischer<sup>2</sup>, David A. Goldwisch<sup>2</sup> and Paul L. Plener<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, Germany

<sup>2</sup>Independent Researcher, Berlin, Germany

<sup>3</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

- Todos los participantes informaron de que habían recibido **reacciones positivas** (ofrecimiento de ayuda, conexión, empatía), así como **comentarios negativos** (acoso, incomprensión)
- Las reacciones de los participantes a los contenidos de ANS de otros usuarios en Instagram fueron a menudo de **identificación con el contenido o desencadenante** de ANS, pero también de querer **ofrecer ayuda o, a veces, incluso de ser disuadidos** de la ANS.
- **Ninguno de los participantes mencionó haber recibido ayuda profesional** a través de su actividad ANS online.

Category	Sub-category	N (%)
Reasons for posting NSSI pictures	Social reasons	
	Social connection	
	- Initial (first) posting	34 (57.6%)
	- General posting	23 (39.0%)
	Self-disclosure	
	- Initial (first) posting	9 (15.3%)
	- General posting	13 (22.0%)
	Raising awareness	
	- Initial (first) posting	6 (10.2%)
	- General posting	3 (5.1%)
Helping others		
	- Initial (first) posting	0
	- General posting	5 (8.5%)
	Imitation	
- Initial (first) posting		4 (6.8%)
	- General posting	0
Self-orientated reasons	Documentation of NSSI	
	- Initial (first) posting	9 (15.3%)
	- General posting	7 (11.9%)
Reaction to NSSI pictures posted by others	Differentiated reaction to NSSI pictures by severity of depicted injury	
	Identification	21 (35.6%)
	Trigger	18 (30.5%)
	Feeling need to help others	15 (25.4%)
	Feeling indifferent	10 (16.9%)
	Motivation to end own NSSI	7 (11.9%)
	Others' reaction to own NSSI pictures	Positive reactions
Offering help		29 (39.2%)
Expressing Empathy		16 (27.1%)
Compliments		5 (8.5%)
Negative comments		
Being harassed		24 (40.7%)
Amount of reaction to NSSI pictures		
More attention than other pictures	32 (54.2%)	
Less attention than other pictures	1 (1.7%)	
No difference between pictures	15 (25.4%)	
Don't know	11 (18.6%)	

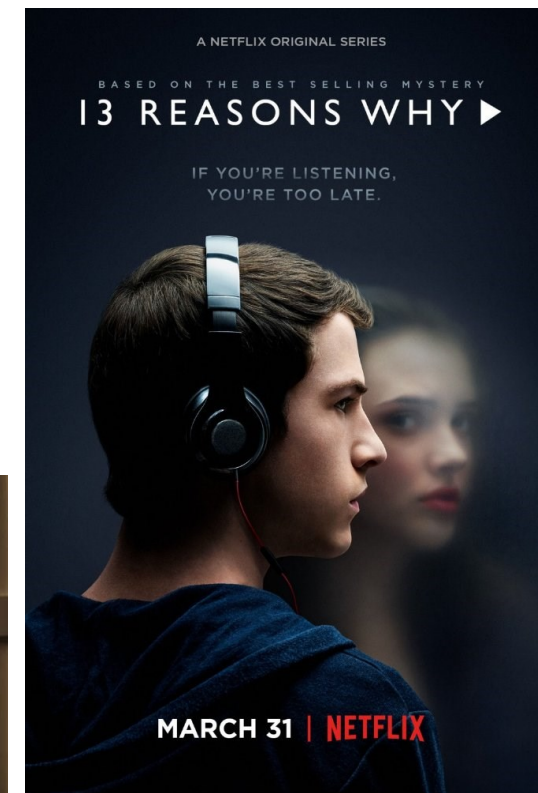
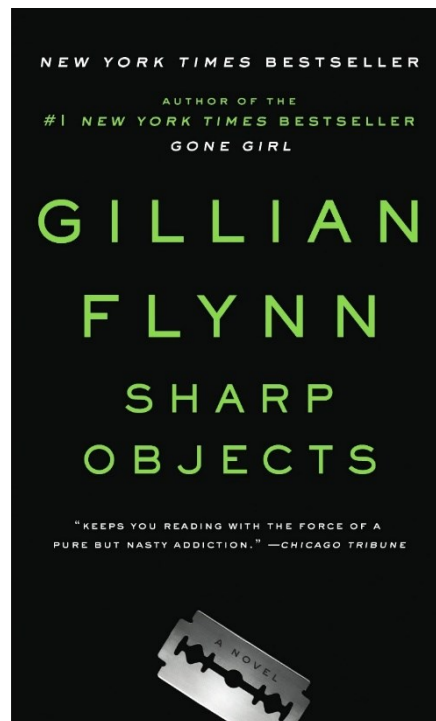




# Más allá de las redes sociales...

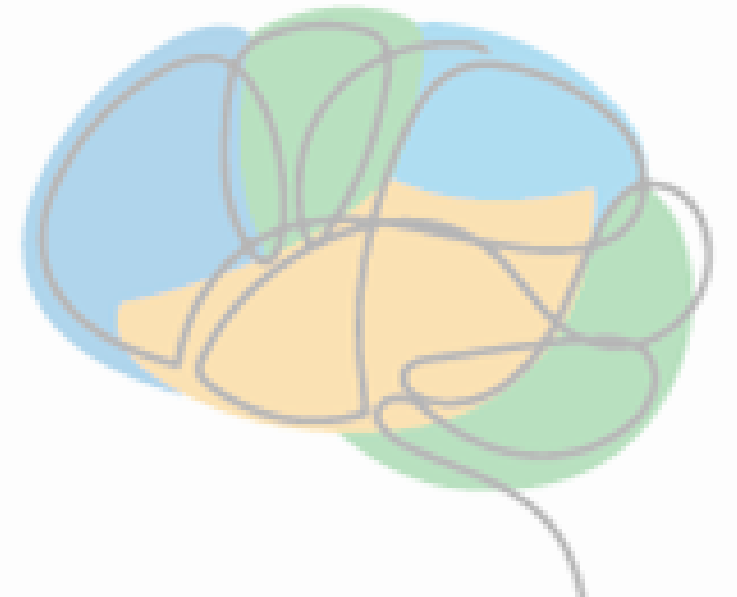


CORTARSE PROVOCA EL SUBIDÓN MÁS EFICAZ, INMEDIATO Y ELÉCTRICO, SÓLO COMPARABLE CON LA HEROÍNA Y EL CRACK

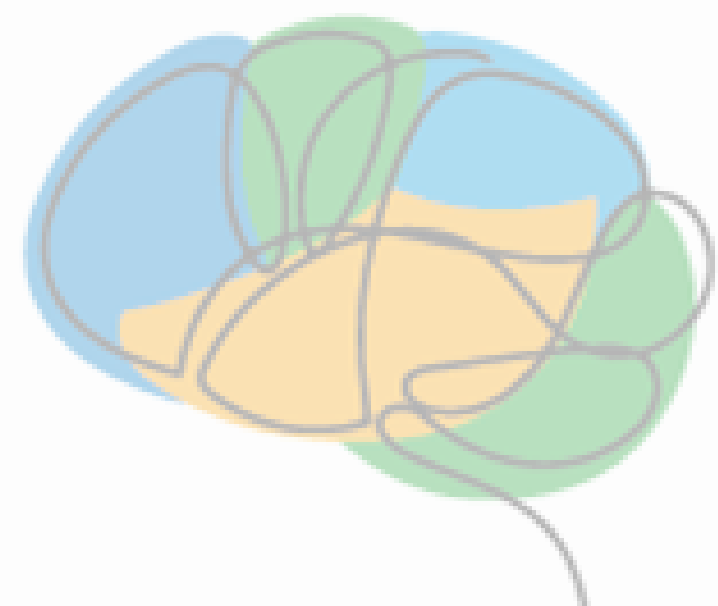




# CASOS



# Caso 1





## Caso 1: Eva

- 14 años, la mediana de tres hermanos, vive con sus padres.
- Madre: depresión recurrente, en la actualidad sintomática  
“estilo comunicativo de alta emoción expresada”
- Excelente rendimiento académico, bailarina
- Cuadro compatible con Anorexia Nerviosa restrictiva y purgativa (laxantes, ejercicio) 8 meses
- Desde el inicio de las consultas en psiquiatría mucha tensión familiar, continuas disputas
  - E: “Me tienen harta, no me dejan vivir, solo quieren que coma...”
  - P: “Nos está amargando la existencia, así no se puede , por su culpa nos vamos a separar estoy de baja...”



## Caso 1

- Muestra en consulta lesiones antebrazo izquierdo y cadera superficiales (alfiler).



## Caso 1

- Relata además sobreingesta de fármacos no prescritos:

Día 1  
2 paracetamol  
3 ibuprofeno 400

Día 2  
4 paracetamol  
2 otras (marco)

Día 3  
8 paracetamol  
10 del marco



# Caso 1

## Preguntas

1. ¿Qué hay que preguntarle?
2. ¿Qué hay que explicarle a ella?
3. ¿A sus padres?
4. ¿Qué creéis que ocurrió?



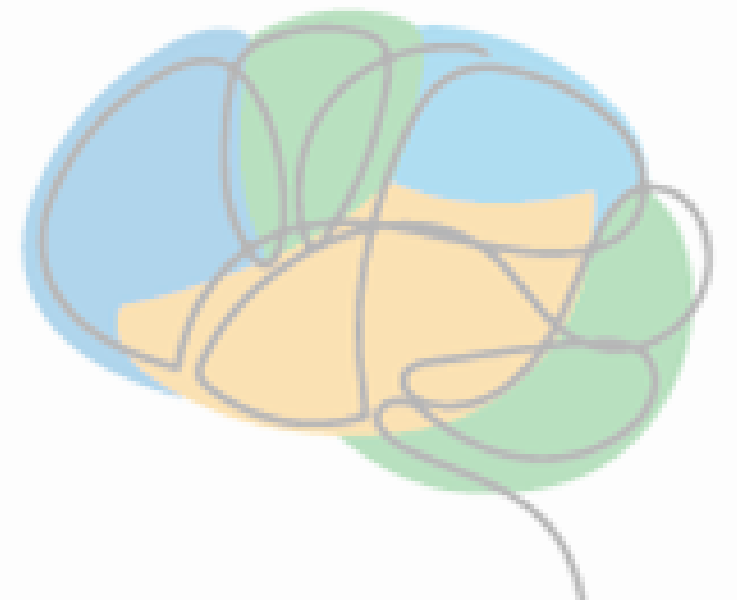
# Caso 1

## Evolución

- Qué hay que preguntarle?
  - ¿Por qué lo haces, que quieres conseguir, tienes ideas de muerte-suicidio-con o sin plan – con o sin intención?
  - “Estaba harta y enfadada, en ningún momento pensé en suicidarme, era para que mi padre pasara mas tiempo conmigo, no aguanto a mi madre, además es como que cortarme me alivia mucho y me quita la culpa de haber comido, de estar fastidiando a mi familia...”
- ¿Qué hay que explicarle a ella?
  - Concepto de autolesiones no suicidas (nos lo explica ella a nosotros)
  - Creemos en su intención no suicida
- ¿A sus padres?
  - Concepto de autolesiones no suicidas (no nos escuchan)
  - Traten de empatizar, de creerla, no se alarmen en exceso, no la lleven cada vez a urgencias
- ¿Qué creéis que ocurrió?

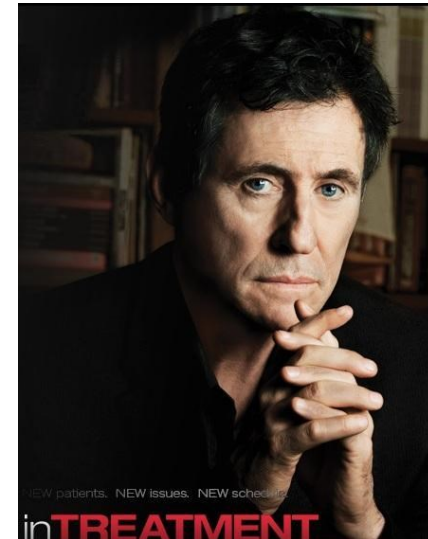


# Caso 2



## Caso 2

- Adolescente mujer
- Gimnasta de alto rendimiento
- Sufre un accidente, con múltiples fracturas óseas por lo que inicia seguimiento
- Conflictos familiares





## Caso 2

### Preguntas

1. ¿Qué opinas sobre la acción del terapeuta?
2. ¿Consideras que la evaluación es completa?
3. Si tuvieses una situación similar, en tu lugar de trabajo, ¿cómo lo abordarías?





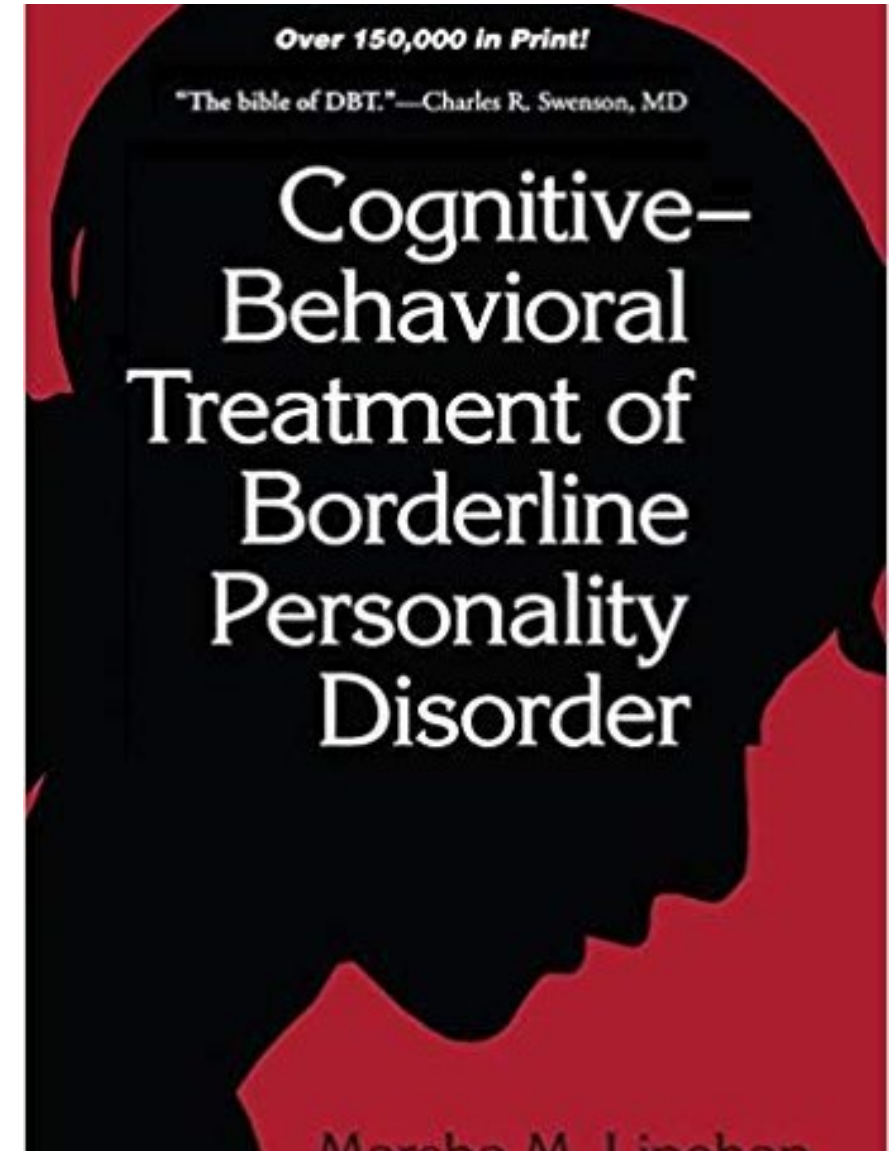
# TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES



Muchos de los pacientes con autolesión, necesitan aprender y practicar nuevas habilidades para manejar el malestar antes de abandonar las autolesiones

# TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

- Desarrollada por Marsha Lineham
- Fundamentada en:
  - Terapia Cognitivo Conductual
  - ZEN
  - DIALÉCTICA
- **Primera línea de tratamiento**
- Ha mostrado ser eficaz para reducir las autolesiones, los intentos suicidas y los ingresos por ideación suicida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (Límite)



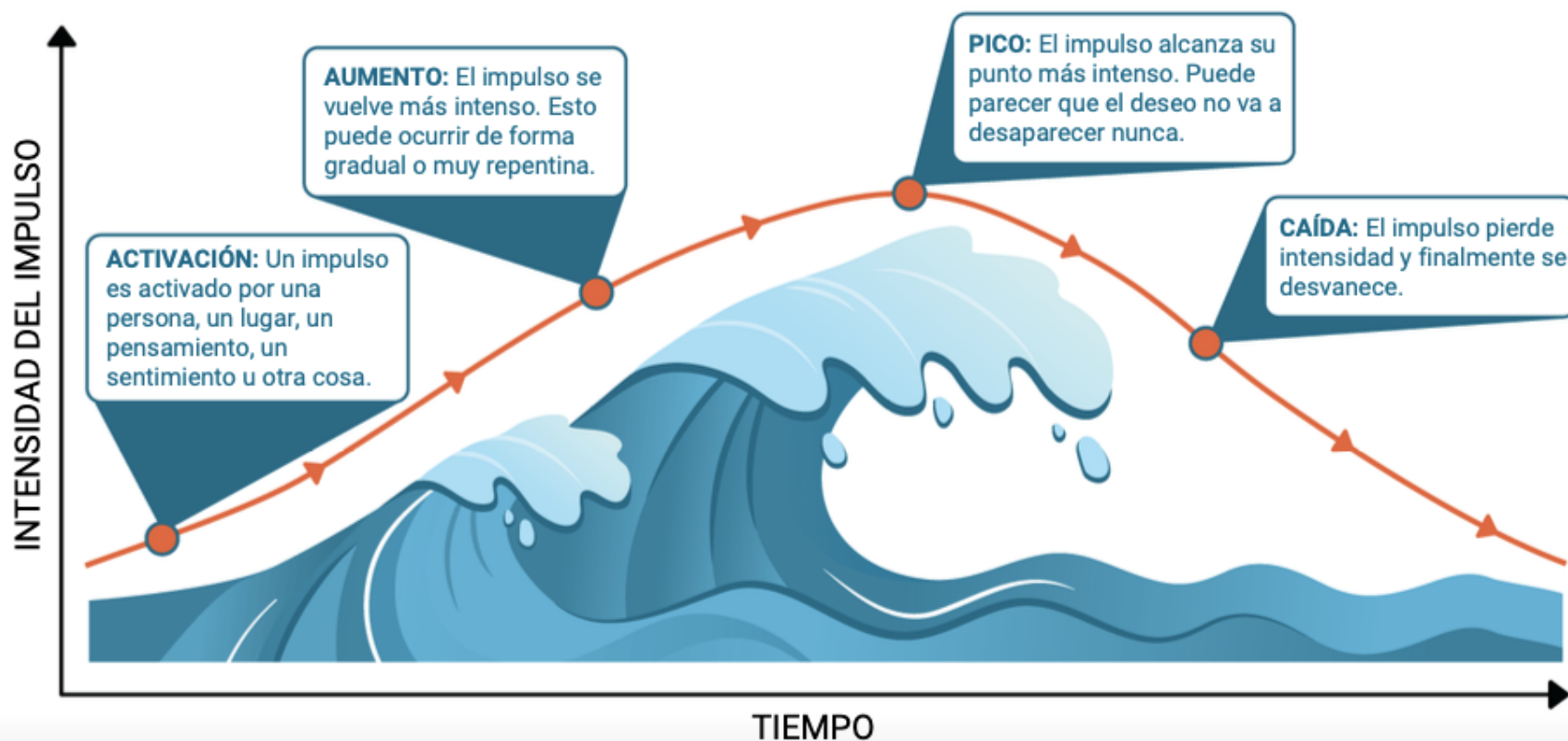
# HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR

- Para las **situaciones de crisis**.
- Ayudan a **aceptar la realidad** cuando esta es difícil de aceptar y/o hay fuertes impulsos de realizar conductas desadaptativas.
- Las habilidades que se enseñan en este módulo **no resolverán el problema, pero ayudarán a no empeorarlo**.
- Estas habilidades deben **combinarse con la resolución de problemas** y no deber ser utilizadas en exceso.

## Cómo “surfear” los impulsos

La técnica de **surfear los impulsos** se utiliza para controlar los comportamientos no deseados. En vez de ceder a un impulso, usted sobrelleva el impulso como un surfista que remonta una ola. Al poco tiempo, el impulso pasará por sí solo.

Esta técnica puede utilizarse para detener o reducir el consumo de drogas y alcohol, las reacciones emocionales como “estallar” al enfadarse, los juegos de apuestas y otros comportamientos no deseados.



# TIPP

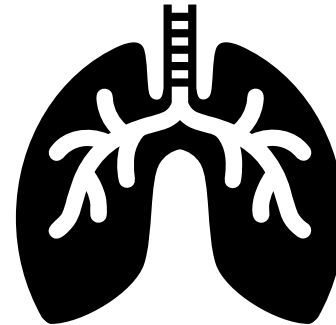
Temperatura



Intensidad



Pausa  
respiración



Pausa  
musculatura



Acrónimo original

## Practice Exercise: Self-Soothe Skills

Due Date \_\_\_\_\_

Write down at least two specific SELF-SOOTHE Skills to practice during the week when you feel upset:



### SELF-SOOTHE WITH SIX SENSES:

VISION \_\_\_\_\_

HEARING \_\_\_\_\_

SMELL \_\_\_\_\_

TASTE \_\_\_\_\_

TOUCH \_\_\_\_\_

MOVEMENT \_\_\_\_\_

## AUTO-CALMA SELF-SHOOTHING

- Buscar activar los distintos sentidos para frenar o disminuir la intensidad emocional.
- Pensar en distintas, ir viendo cuál funciona y cuál no.



# KIT SUPERVIVENCIA

- Elementos para aliviar el estrés emocional en lugar de hacer algo impulsivo que empeore la situación.
- Coge una caja, una bolsa o una cesta y reúne cosas que puedan ayudarte a superar una crisis.
- **Piensa en activar los 5 sentidos.**



# Otras estrategias de “grounding”

## Técnica 5-4-3-2-1

Usando la técnica 5-4-3-2-1, podrá notar a propósito los detalles de lo que lo rodea usando cada uno de los sentidos. Esfuércese por observar los detalles que su mente generalmente ignoraría, como sonidos distantes o la textura de un objeto ordinario.



**¿Qué 5 cosas puede ver?** Busque detalles pequeños tales como el patrón en un techo o la manera en que la luz se refleja en la superficie.



**¿Qué 4 cosas puede sentir?** Note la sensación de la ropa sobre su cuerpo, el sol sobre su piel o la sensación de la silla sobre la que está sentado. Escoja un objeto y examine su peso, textura u otras cualidades físicas.



**¿Qué 3 cosas puede oír?** Ponga atención a los sonidos que su mente haya excluido, como el tictac de un reloj, el tráfico o el viento soplando en los árboles.



**¿Qué 2 cosas puede oler?** Intente identificar los olores en el aire a su alrededor, como el aromatizante de aire o pasto recién cortado. También puede buscar algo que huela, como una flor o una vela sin encender.



**¿Qué cosa puede saborear?** Lleve consigo chicle, dulces o colaciones pequeñas para este paso. Introduzca uno en su boca y enfoque su atención en los sabores.

## Categorías

Escoja al menos tres de las categorías a continuación y nombre tantos artículos como pueda en cada una. Deténgase unos minutos en cada categoría.

Películas	Países	Libros	Cereales
Equipos deportivos	Colores	Autos	Frutas y verduras
Animales	Ciudades	Programas de TV	Gente famosa

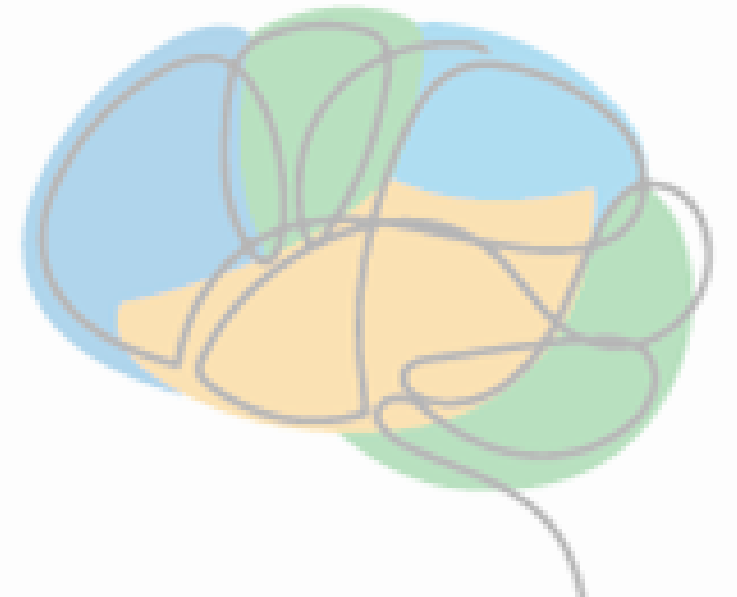
*Para una variación, intente nombrar artículos en una categoría de forma alfabética. Por ejemplo, para la categoría de frutas y verduras, diga, "aguacate, batata, ciruela," y así.*

## Ejercicios mentales

Estos ejercicios alejan a su mente de pensamientos y sentimientos incómodos. Son discretos y fácil de usar en cualquier momento y lugar. Experimente para ver cuál le funciona mejor.

- Nombre los objetos que vea.
- Describa los pasos al realizar una actividad que sabe que hacer bien. Por ejemplo, cómo lanzar un balón de baloncesto, preparar su comida favorita o atar un nudo.
- Cuente regresivamente del 100 al 7.
- Levante un objeto y descríballo con detalle. Describa su color, textura, tamaño, peso, olor y cualquier otra cualidad que observe.
- Deletree su nombre completo, los nombres de tres personas más, hacia atrás.
- Nombre a los miembros de su familia, sus edades y una de sus actividades favoritas.
- Lea algo hacia atrás, letra por letra. Practique durante al menos unos minutos.
- Piense en un objeto y "dibújelo" en su mente o en el aire con su dedo. Intente dibujar su casa, un vehículo o un animal.

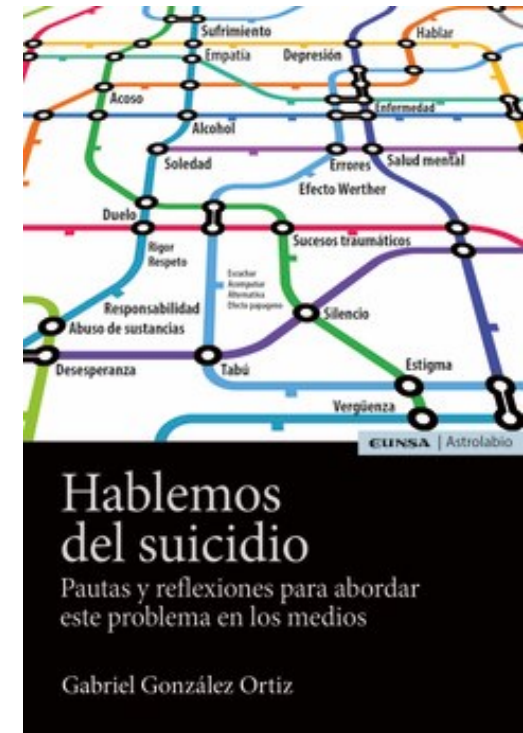
# RECOMENDACIONES



# COMUNICAR BIEN SOBRE EL SUICIDIO I

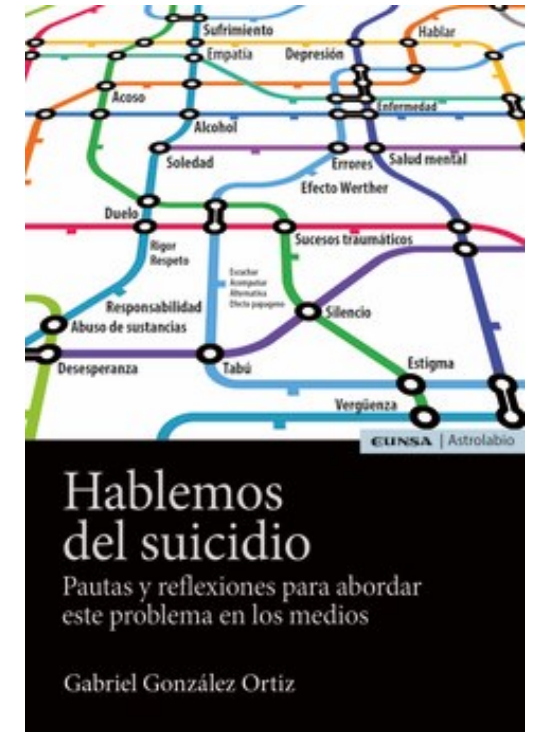
La forma de comunicar sobre el suicidio puede ayudar a prevenirlo o, por el contrario, puede conllevar un mayor riesgo de provocar el efecto imitación/contagio. Algunas recomendaciones:

- Enfocar la **información desde una perspectiva positiva, de recuperación**, como un problema que se puede superar.
- Informar **sobre factores de riesgo o protección y señales de alarma**
- La noticia tiene que ir acompañada de información sobre **recursos de ayuda** (con números telefónicos y direcciones actualizadas), y sobre la necesidad de pedir ayuda
- **No utilizar fotografías** del entorno en el que se ha producido el suicidio, no publicar la **imagen de la persona fallecida**, ni fotografías que reproduzcan la **nota de suicidio**, ni utilizar las fotografías que muestran **métodos de suicidio**.
- **No glorificar ni banalizar** el acto o la muerte, especialmente en personas célebres o públicas, para no contribuir a la sobreexposición y a su viralización.



# COMUNICAR BIEN SOBRE EL SUICIDIO II

- Evitar términos como “**epidemia**”, “**crecimiento imparable**”, y aquellos que lo asimilen al delito o al pecado.
- **Referirse a la muerte por suicidio como un hecho**, no como un logro o forma de afrontamiento. No debe justificarse el suicidio con valores morales dignos de imitarse como el valor, amor, dignidad, honor, etc.
- Referirse a las personas afectadas como **personas con conducta suicida** y no etiquetarlas sustantivando su condición (“un/a suicida”)
- **No buscar el sensacionalismo**: no utilizar titulares grandes, prominentes, dramáticos o morbosos, no ubicar la noticia en la portada o la contraportada
- **No describir explícitamente** el lugar, el método usado y cómo lo obtuvo la víctima, ni otros detalles de la muerte
- **No reducir el suicidio a una única causa**, es decir, hay que evitar dar una visión simplista, ni basada en la especulación.





# RECOMENDACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR para la CONDUCTA SUICIDA

- **Líneas de Ayuda** en todos los entornos en el que se desenvuelvan niños, niñas y adolescentes.
- **Puesta en marcha de los protocolos** establecidos por la LEY para una adecuada atención y a su vez, una rápida actuación en situaciones de crisis.
- **Potenciar la figura del coordinador/a de bienestar** en los centros escolares.
- **Comunicación y coordinación directa entre las diferentes áreas de protección:** familiar, sanitaria, educativa, social y judicial.
- **Facilitar espacios seguros** dónde el adolescente pueda expresar libremente malestar psicológico.
- **Psicoeducación** sobre gestión y regulación emocional en el centro escolar.
- Talleres específicos de prevención con alumnos y padres



717 003 717



# RECOMENDACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR para la CONDUCTA SUICIDA

Ante la **verbalización de ideación suicida** es importante recordar que:

- Preguntar sobre el suicidio NO incrementa la ideación previa
- No resulta apropiado discutir sus ideas suicidas o ser crítico con ellas
- Se deben tomar en serio todas las amenazas de suicidio
- Si una persona con potencial riesgo suicida desea abandonar el lugar donde se está realizando la entrevista hay que intentar retenerle hasta tomar una decisión sobre las medidas que se deben adoptar

## Evaluación del riesgo de suicidio : Escala SAD PERSONS

- S** Sexo: Varón
- A** Age/Edad: menos de 19 años o más de 45 años
- D** Depresión
- P** Previa Tentativa
- E** Etanol Abuso
- R** Raciocinio alterado (psicosis o trastornos cognitivos)
- S** Soporte social bajo
- O** Organización del plan de suicidio
- N** No pareja estable
- S** Somática enfermedad

**Por cada ítem positivo se cuenta 1 punto (0-10)**

**0-2: Puede permanecer en su domicilio** con seguimiento ambulatorio

**3-4: Seguimiento ambulatorio intensivo.** Considérese el ingreso

**5-6: Hospitalización, si no hay control** familiar adecuado

**7-10: Hospitalización.** Elevado riesgo de suicidio





# Después de un intento o un suicidio consumado...

- Lo que se haga después es tan importante como lo que se pudo hacer antes.
  - No negar la situación y menos ocultarla
  - Decir “murió por suicidio”, no “se suicidó”
  - Obviar detalles puntuales
- Es frecuente que nos hagamos algunas preguntas:
  - ¿por qué lo hizo?
  - ¿cómo no lo pude prevenir?
  - ¿cómo pudo hacerme esto a mi ?
  - ***No te lo hizo a tí, se lo hizo a él/ella***
  - ***Tú debes, ahora, resignificar***



# RECOMENDACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR para las AUTOLESIONES

- Búsqueda de contacto regular con el adolescente
- Método de resolución de problemas para resolver conflictos
- Potenciar el uso del apoyo social
- Reducción del acceso a los medios para suicidarse



## Recomendación

Durante el reconocimiento inicial y a intervalos regulares según sea necesario, el personal sanitario no especializado debe preguntar acerca de pensamientos o planes de hacerse daño a sí mismo en el último mes o de dañarse a sí mismo en el último año a las personas mayores aquejadas de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol o drogas ilícitas y a las personas que acuden a consulta por dolor crónico o angustia aguda relacionada con un conflicto interpersonal, una pérdida reciente u otros acontecimientos vitales graves.

Solidez de la recomendación: FIRME

## Recomendación

El método estructurado de resolución de problemas debe considerarse como una forma de tratamiento de las personas que en el último año se han lesionado a sí mismas, siempre y cuando se cuente con el personal suficiente (por ejemplo, agentes sanitarios de la comunidad bajo supervisión).

Solidez de la recomendación: ORDINARIA

## Recomendación

Mientras la persona abrigue pensamientos o planes de hacerse daño o haya cometido actos con esta finalidad, se le debe aconsejar a ella, a la familia y a otros allegados que restrinjan el acceso a posibles medios de hacerse daño (por ejemplo, plaguicidas y otras sustancias venenosas, medicamentos, armas de fuego).

Solidez de la recomendación: FIRME



# CONCLUSIONES

1. Suicidio en adolescentes: 1º - 2º causa de muerte
2. 20% ideación suicida, 10% Plan, 6% intento
3. Para explorar: PREGUNTAR, sin miedo, no lo induciremos
4. Mujer 14-17 años, adolescente, migrante: mayor riesgo
5. Autolesiones: 15% (30% chicas adolescentes)
6. Relación entre autolesiones y conducta suicida
7. Detección precoz colegios / Atención Primaria
8. Suicidio: hablar, líneas de ayuda
9. Autolesiones: herramientas sencillas TDC: 5 sentidos



# Para saber más...

MOOD DISORDERS

Chapter  
E.4

## SUICIDE AND SELF-HARMING BEHAVIOUR

Thomas Jans, Yesim Taneli & Andreas Warnke



On April 8, 1986, 18-year-old Yukiko Okada jumped to her death from a seven-story building. The reason for the suicide is still unknown. Her death was followed by many copycat suicides in Japan (referred to at the time as the "Yukiko Syndrome"). Okada, a virgin, was adored by millions of fans in Japan.

**Thomas Jans PhD**  
Clinical Psychologist,  
Department of Child and  
Adolescent Psychiatry,  
Psychosomatics and  
Psychotherapy, Wuerzburg  
University Hospital, Germany  
Conflict of interest: none  
reported

**Yesim Taneli MD, PhD, MSc**  
Assistant Professor of Child  
and Adolescent Psychiatry,  
Department of Child and  
Adolescent Psychiatry, Uludağ  
University School of Medicine,  
Bursa, Turkey  
Conflict of interest: none  
reported

**Andreas Warnke MD, MA**  
Professor of Child and  
Adolescent Psychiatry &  
Director of the Department  
of Child and Adolescent  
Psychiatry, Psychosomatics  
and Psychotherapy, Wuerzburg  
University Hospital, Germany  
Conflict of interest: none  
reported

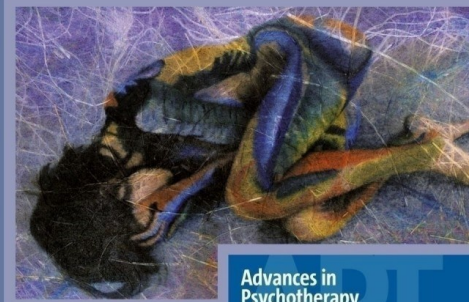
This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatment and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2012. This is an open-access publication under the Creative Commons Attribution Non-commercial License. Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Send comments about this book or chapter to [jansy@t3gond.net.au](mailto:jansy@t3gond.net.au)

Suggested citation: Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Ray JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

E. David Klonsky · Jennifer J. Muehlenkamp ·  
Stephen P. Lewis · Barent Walsh

## Nonsuicidal Self-Injury



Advances in  
Psychotherapy  
Evidence-Based Practice

HOGREFE



María Jesús Mardomingo

## TRATADO DE PSIQUIATRÍA del niño y del adolescente



## Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents



Alec L. Miller, Jill H. Rathus,  
and Marsha M. Linehan

MUCHAS GRACIAS

[adiezs@unav.es](mailto:adiezs@unav.es)

[cvidala@unav.es](mailto:cvidala@unav.es)



**I CONGRESO  
NACIONAL**  
DE SALUD MENTAL  
INFANTO JUVENIL