



VII JORNADA DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

TRENCANT EL SILENCI: PARLEM DEL SUÏCIDI

Una finestra a l'esperança

IL·L·USTRADORA: CUPIDO CANELA

10/10/2025

Dr. Villar Cabeza, Francisco

Psicòleg Clínic

Índex:

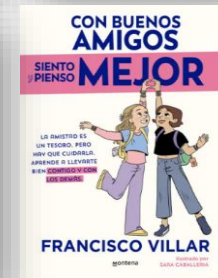
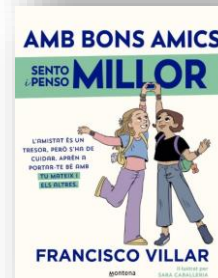
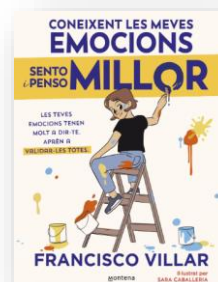
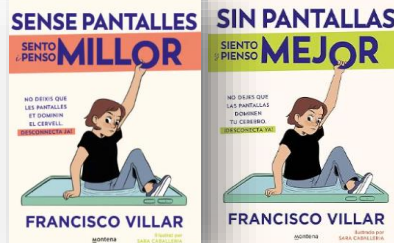
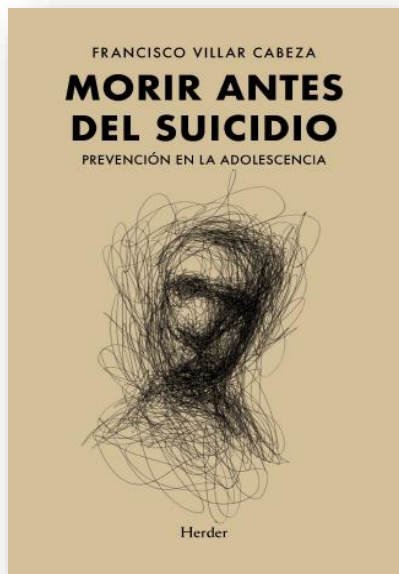
1. ¿Què es la conducta suïcida?
2. ¿Quan comença?
3. ¿Com es valora?
4. ¿Com arribem al suïcidi?
5. ¿Què podem fer?
6. ¿Com actuar?



Comprensió:

Defensa factors
protecció:

Foment factors
protecció:

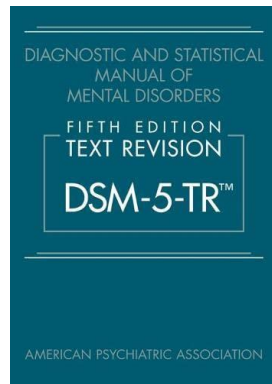
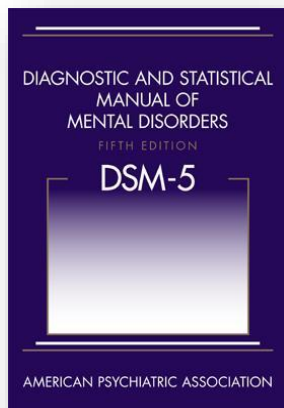


1. ¿Què es la conducta suïcida?

El **DSM-V (2013)** manté el mateix criteri.

Proposa per a estudi:

- Suicidal Behavior **Disorder**
- Nonsuicidal Self-Injury



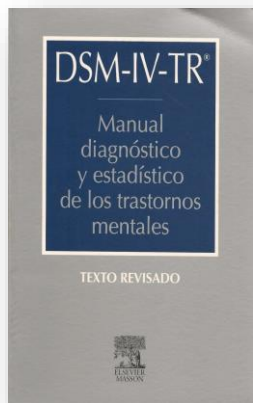
El **DSM-5-TR (2022)** els incorpora amb codi propi:

- Suicidal Behavior
- Nonsuicidal Self-Injury



Addition of Diagnostic Codes for Suicidal Behavior and Nonsuicidal Self-Injury

Section 2 of DSM-5-TR, **“other conditions that may be a focus of clinical attention”**
“problems listed in this chapter are not mental disorders”.



El **DSM-IV (2000)**: es refereix al suïcidi o a la temptativa como a símptoma o complicació de determinades patologies.

CIE 11: 21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified.

MB26 Symptoms or signs involving content of thought

MB26.A Suicidal ideation

MB23 Symptoms or signs involving appearance or behaviour

MB23.S Suicidal behaviour

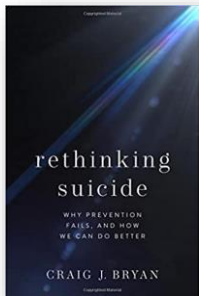
MB23.R Suicide attempt



1. ¿Què es la conducta suïcida?

Even with the majority of suicides having **NO connection to MENTAL ILLNESS**, society believes that suicidal behavior is driven by mental illness (*Center for Disease Control and Prevention 2018*)

The belief that mental illness is the key to suicide and our lack of discussion, **HINDERS our ability to combat the act**



SOCIOLOGICAL SPECTRUM
2021, VOL. 41, NO. 3, 273–286
<https://doi.org/10.1080/02732173.2021.1900761>

 **Routledge**
Taylor & Francis Group

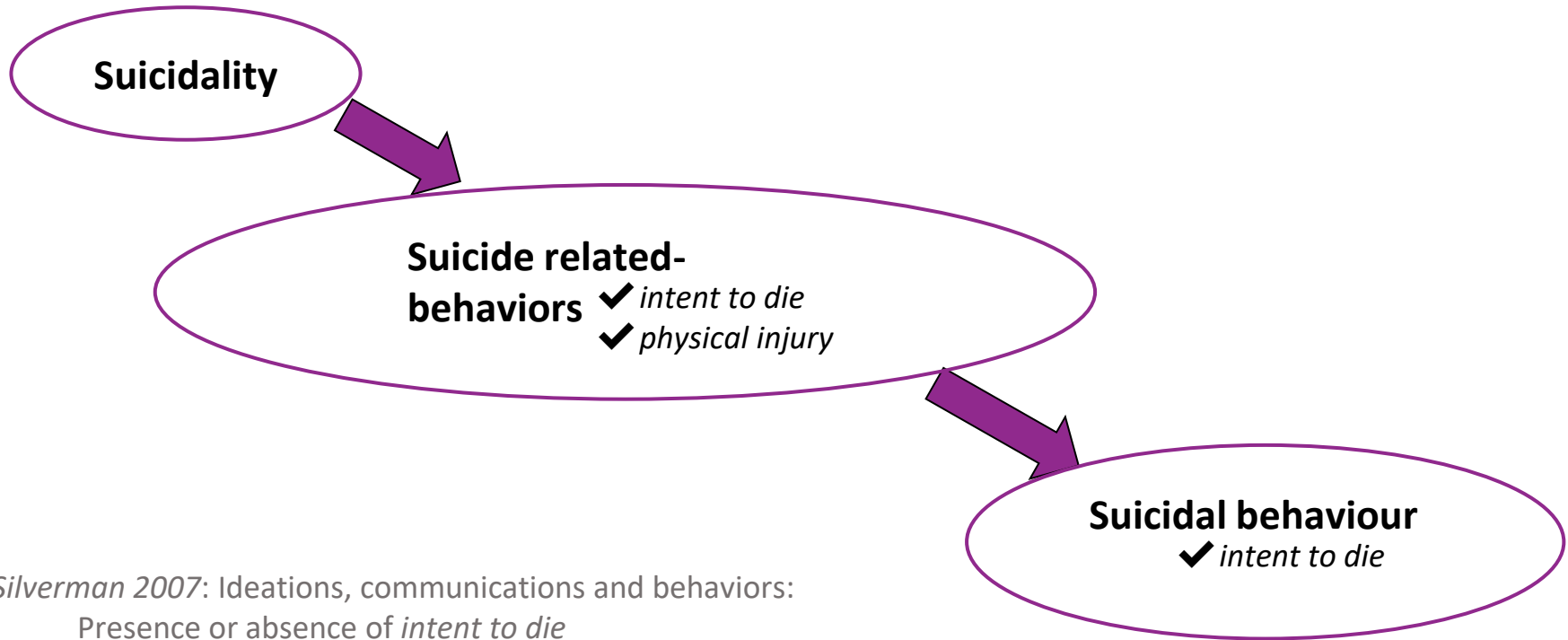
 Check for updates

Suicide & gender inequality: a cross-national examination

Matthew D. Moore^a  and Mark H. Heirigs^b

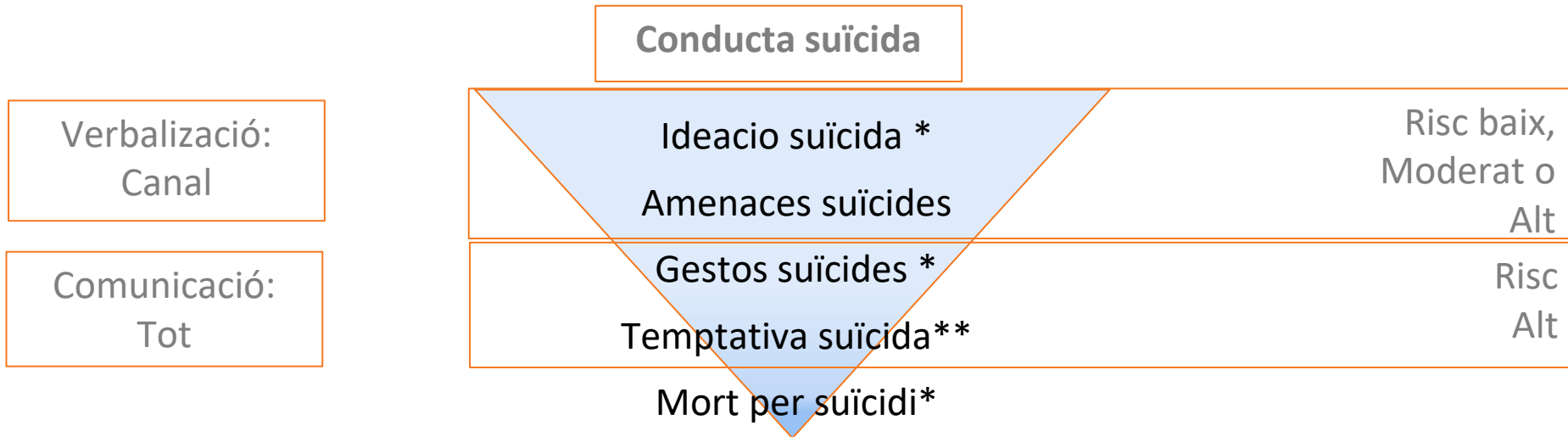
^aDepartment of Sociology, Criminology, and Anthropology, University of Central Arkansas, Conway, Arkansas, USA; ^bDepartment of Sociology, University of Montana, Missoula, Montana, USA

1. ¿Què es la conducta suïcida?



Silverman 2007: Ideations, communications and behaviors:
Presence or absence of *intent to die*
Presence or absence of *Physical injury*

1. ¿Què es la conducta suïcida?



Arie, M., Haruvi-Catalan, L. & Apter, A. (2005). Personality and suicidal behaviour in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 37-47.

*Columbia Classification Algorithm for suicide Assessment (C-CASA)

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

*/** World Health Organization (2014)

2. ¿Quan comença?

	Child-reported suicidality (n=684)	Caregiver-reported suicidality (n=654)	Cohen's κ
Past			
Passive suicidal ideation	469 (5-8%)	550 (6-9%)	0-05
Active but non-specific suicidal ideation	294 (3-7%)	270 (3-4%)	0-2
Suicidal ideation with a specific method	75 (0-9%)	70 (0-9%)	0-06
Active suicidal ideation with an intent	47 (0-6%)	30 (0-4%)	0-05
Active suicidal ideation with a plan	29 (0-4%)	10 (0-1%)	0
Preparatory actions toward imminent suicidal behaviour	34 (0-4%)	38 (0-5%)	0
Interrupted suicidal attempts	10 (0-1%)	5 (<0-1%)	0
Aborted suicidal attempts	24 (0-3%)	8 (0-1%)	0
Suicidal attempts	59 (0-7%)	23 (0-3%)	0-2
Current			
Passive suicidal ideation	98 (1-2%)	48 (0-6%)	0-05
Active but non-specific suicidal ideation	126 (1-6%)	93 (1-2%)	0-08
Suicidal ideation with a specific method	47 (0-6%)	14 (0-2%)	0-03
Active suicidal ideation with an intent	25 (0-3%)	7 (0-1%)	0-06
Active suicidal ideation with a plan	20 (0-3%)	3 (<0-1%)	0
Preparatory actions toward imminent suicidal behaviour	17 (0-2%)	6 (0-1%)	0
Interrupted suicidal attempts	4 (0-1%)	0	0
Aborted suicidal attempts	16 (0-2%)	1 (<0-1%)	0
Suicidal attempts	15 (0-2%)	5 (0-1%)	0-1
Any of the above past or current suicidality features	684 (8-6%)	654 (8-2%)	0-2

Data are n (%) unless otherwise indicated. Percentages use the total analysis group as the denominator (n=7994). More than one suicidality feature was present in some children.

Table 1: Suicidal thoughts, plans, and behaviours in the child-reported suicidality group and caregiver-reported suicidality group

□ The ABCD study: n= 11.875 niños de 9-10 años.

Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study

Delfina Janiri*, Gaëlle E Doucet*, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Beatriz Luna, David A Brent, Sophia Frangou

Summary

Background Childhood suicidal ideation and behaviours are poorly understood. We examined correlates of suicidality in a US population-based sample of children participating in the Adolescent Brain and Cognitive Development (ABCD) study. The ABCD study aims to examine trajectories of mental health from childhood to adulthood and collects information on multiple domains, including mental and physical wellbeing, brain imaging, behavioural and cognitive characteristics, and social and family environment. We sought to identify and rank risk and protective factors for childhood suicidal thoughts and behaviours across these multiple domains and evaluate their association with self-agreement and caregiver agreement in reporting suicidality.

Methods The ABCD sample comprises a cohort of 11875 children aged 9–10 years. The sociodemographic factors on



Lancet Psychiatry 2020
Published Online
March 12, 2020
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30140-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30140-3)
See Online for Comment
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30094-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30094-8)
*Contributed equally

Department of Psychiatry,

3. ¿Com es valora?



NIH Public Access

Author Manuscript

Am J Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2013 October 22.

Published in final edited form as:

Am J Psychiatry. 2007 July ; 164(7): 1035–1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035.

Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants

Kelly Posner, Ph.D., Maria A. Oquendo, M.D., Madelyn Gould, Ph.D., M.P.H., Barbara Stanley, Ph.D., and Mark Davies, M.P.H.

Division of Child and Adolescent Psychiatry and the Department of Neuroscience, Columbia University/New York State Psychiatric Institute, New York; Department of Psychology, John Jay College of Criminal Justice, City University of New York, New York; and the Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Pediatric - Since Last Contact – Communities and Healthcare

Version 6/23/10

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Preguntar al adolescente sobre ideas suicidas no incrementa el riesgo suicida, más bien el contrario

(OMS 2014, Berman & Silverman, 2017)

Preguntar sobre ideas suicidas disminuye la ideación de suicidio (Dazzi, 2014)

3. ¿Com es valora?

TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el último año		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Fonseca-Pedrero, E., & de Albéniz, A. P. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-124.

3. ¿Com es valora?



Eina de cribatge del risc de suïcidi

Ask Suicide-Screening Questions

RECURSOS NIMH

Pregunti al/a la pacient

- En les darreres setmanes, ha desitjat estar mort/a? ☐ Sí ☐ No
- En les darreres setmanes, ha sentit que vostè o la seva família estarien millor si vostè estigués mort/a? ☐ Sí ☐ No
- En les darreres setmanes, ha tingut pensaments suïcides? ☐ Sí ☐ No
- Ha intentat suïcidar-se alguna vegada? ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu, com? _____

Quan? ☐ En el darrer mes ☐ Fa més d'1 mes

Si el/la pacient ha respost que **Sí** a alguna de les preguntes anteriors, pregunti-li:

- Té pensaments suïcides en aquest moment? ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu, descrigu'ls _____

Propers passos:

- Si el/la pacient respon "No" a les preguntes 1 a 4, s'ha completat el cribatge (no és necessari fer la pregunta 5) i no cal engegar cap intervenció (*Nota: el criteri clínic sempre preval per damunt d'un cribatge negatiu).
- Si el/la pacient respon "Sí" a alguna de les preguntes 1 a 4, o es nega a respondre'n alguna, es considera **cribatge positiu**. Faci la pregunta 5 per avaluar-ne el grau:
 - ☐ "Sí" a la pregunta 5 = **cribatge positiu agut** (risc imminent detectat)
 - El/La pacient requereix una **avaluació de seguretat i salut mental integral**. El/La pacient no pot marxar fins que no se li faci una avaluació de seguretat.
 - Mantingui el pacient sota supervisió. Aparti tots els objectes perillosos que hi hagi a la sala. Avisi al personal clínic corresponent.
 - ☐ "No" a la pregunta 5 = **cribatge positiu no agut** (risc potencial detectat)
 - El/La pacient requereix una **avaluació de seguretat breu** per tal de determinar si cal una **avaluació de salut mental integral**. El/La pacient no pot marxar fins que no se li faci una avaluació de seguretat.
 - Avisi al personal clínic corresponent.

Ofereixi recursos a tots/es els/les pacients:

Telèfon d'atenció a la conducta suïcida: 061 Una veu contra el suïcidi

3. ¿Com es valora?

ESCALA MINI	sí	PUNTS	NIVELL DE RISC
<u>Durant aquest darrer MES:</u>			
1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	☐	1	RS BAIX 1-5 punts
2. Ha volgut fer-se mal?	☐	2	
3. Ha pensat en el suïcidi?	☐	6	RS MODERAT 6-9 punts
4. Ha planejat com suïcidar-se ?	☐	10	
5. Ha intentat suïcidar-se ?	☐	10	RS ALT ≥10 punts
<u>Al llarg de la seva vida:</u>			
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	☐	4	

Preguntar al adolescent sobre idees suïcidas no incrementa el risc suïcida, més bien el contrari (Lancet, 2012)

3. ¿Com es valora?

Valoració progressiva i per competències. Risc Baix i moderat:

Amb tot això que m'expliques... Has pensat en algun moment que la vida no val la pena...? Amb quina freqüència? Quan fa que penses en això? Com aconsegueixes treure't aquest pensament del cap? **1 punt**

Has volgut fer-te mal?... **2 punts**

Has parlat d'aquestes idees amb algú? En algun moment que estiguessis emprenyat?

Has pensat en el suïcidi?... **6 punts**

SÍ	PUNTS	NIVELL DE RISC
☐	1	
☐	2	RS BAIX 1-5 punts
☐	6	
☐	10	RS MODERAT 6-9 punts
☐	10	
☐	4	RS ALT ≥10 punts

Preguntar a l'adolescent sobre idees suïcides no incrementa el risc suïcida, ans el contrari (*Lancet, 2012*)

3. ¿Com es valora?

Valoració progressiva i per competències. Risc alt:

Has pensat com ho faries? ... 10 Punts

Has arribat a preparar com fer-ho?

Has arribat a intentar-ho? Quant fa? Com vas superar aquella situació? ... 10 punts

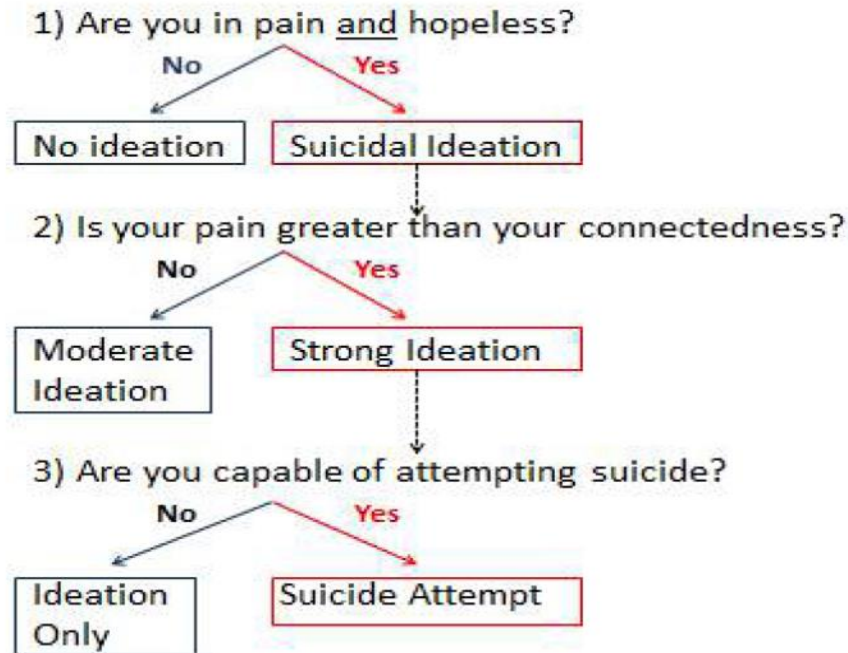
Ho havies intentat en algun moment de la teva vida?... 4 Punts

Coneixes algú que s'hagi suïcidat o que ho hagi intentat?

SÍ	PUNTS	NIVELL DE RISC
☐	1	RS BAIX 1-5 punts
☐	2	
☐	6	RS MODERAT 6-9 punts
☐	10	
☐	10	RS ALT ≥10 punts
☐	4	

Preguntar a l'adolescent sobre idees suïcides no incrementa el risc suïcida, ans el contrari (*Lancet, 2012*)

4. ¿Com arribem al suïcidi?



International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114–129, 2015
© 2015 International Association for Cognitive Psychotherapy

The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework

E. David Klonsky and Alexis M. May
Department of Psychology, University of British Columbia

Objetius específics par a reduir el risc de suïcidi:

1. Reduir el dolor
2. Incrementar l'esperança
3. Millorar la vinculació
4. Reduir la capacitat de suïcidi

4. ¿Com arribem al suïcidi?

Dolor.

Invalidació emocional

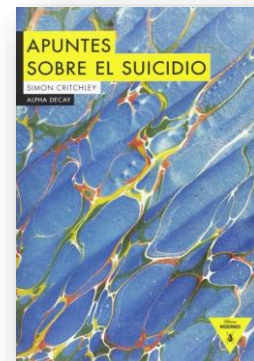
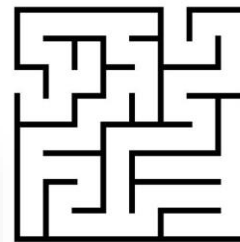


1. Realizant una acció
2. Aceptant els dons de l'existència
3. A través del patiment

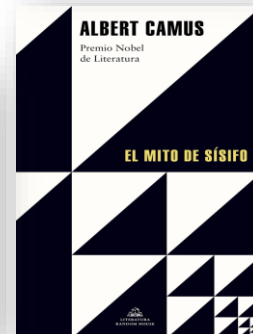
Hiperintenció

Hiperreflexió

Intenció Paradoxal



El mito de la felicidad



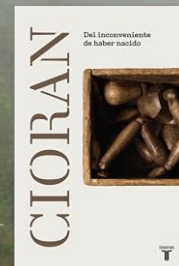
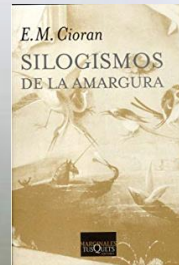
Societat disciplinaria

Societat del rendiment

Libertat paradoxal

4. ¿Com arribem al suïcidi?

Desesperança.

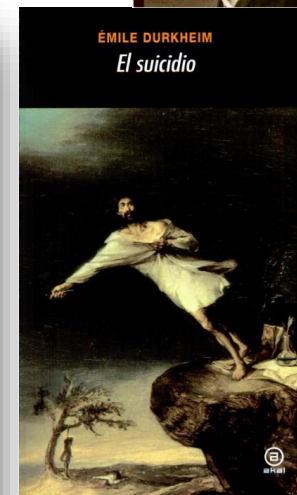
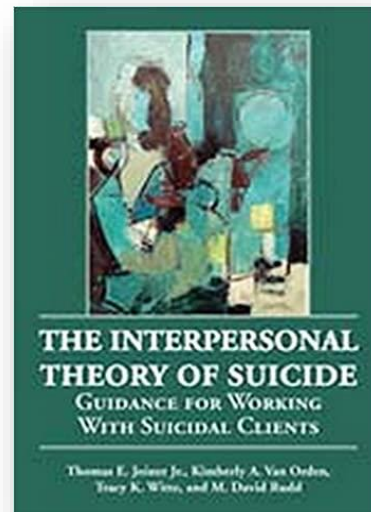
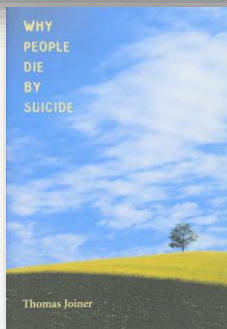
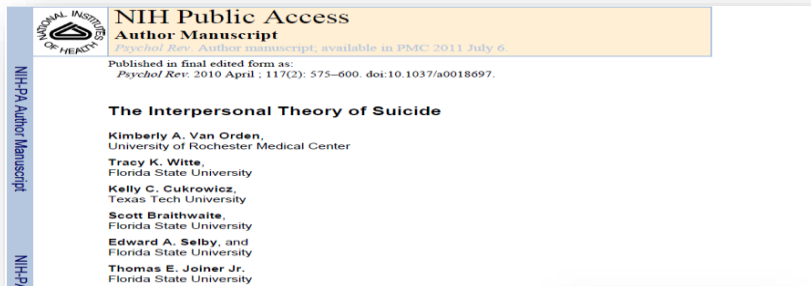
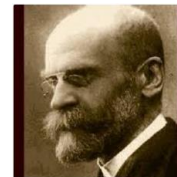


4. ¿Com arribem al suïcidi?

Soledat, falta de vinculació.

Thwarted belongingness

Perceived Burdensomeness

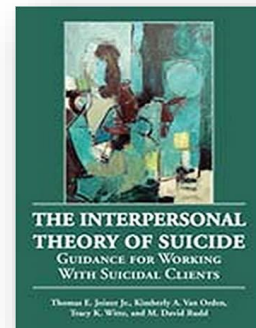


4. ¿Com arribem al suïcidi?

Thwarted belongingness: Es caracteritza per un “aïllament social” i una necessitat insatisfeta de connexió social, “necessitat de pertinença”.

Soledat: “No he tingut cap interacció social satisfactòria”, o “Em sento desconnectat d'altres persones”.

Absència de relacions de cura recíproca: “No sóc un suport per als altres” o “No hi ha persones a qui pugui recórrer en moments de necessitat”



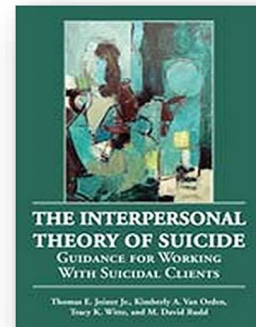
Social isolation

4. ¿Com arribem al suïcidi?

Perceived Burdensomeness: És la impressió que un és una càrrega o una responsabilitat per a la família, els amics i/o la societat.

Creences que sóc tan desastrós com per ser una càrrega per als altres, **“sempre empitjoro les coses per a les persones a la meva vida”**

Cognicions afectivament carregades d'odi a un mateix, “m'odio” o “sóc inútil”



Psychological Review
1990, Vol. 97, No. 1, 90-113

Copyright 1990 by the American Psychological Association, Inc.
0033-295X/90/\$00.75

Suicide as Escape From Self

Roy F. Baumeister
Case Western Reserve University

Family conflict, unemployment, and physical illness

4. ¿Com arribem al suïcidi?

Capability for suicide: És possible adquirir la capacitat de suïcidi, que esta conformada per dos aspectes:

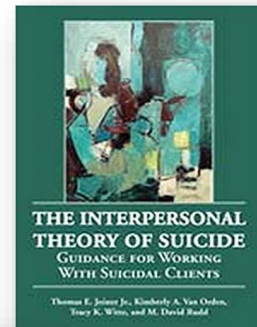
Increment de la tolerància al dolor físic

Por de morir reduïda

Disposicionals

Adquirides

Practiques



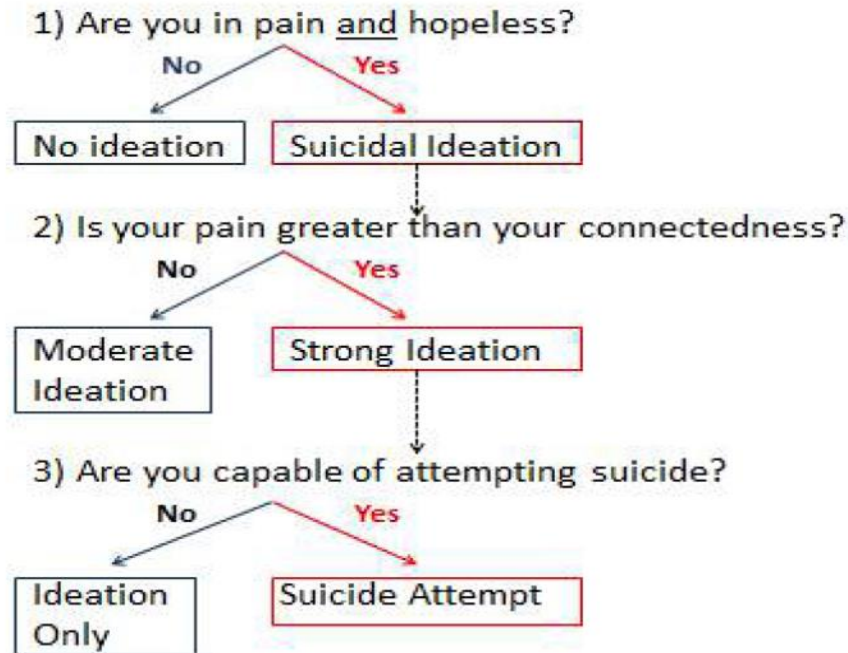
International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114–129, 2015
© 2015 International Association for Cognitive Psychotherapy

The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework

E. David Klonsky and Alexis M. May
Department of Psychology, University of British Columbia

A través de la pràctica i l'exposició repetides, un individu es pot habituar als aspectes físicament dolorosos i de temor davant l'autolesió, cosa que li permet involucrar-se en formes d'autolesió cada cop més greus i de més letalitat.

5. ¿Què podem fer?



International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114–129, 2015
 © 2015 International Association for Cognitive Psychotherapy

The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework

E. David Klonsky and Alexis M. May
 Department of Psychology, University of British Columbia

Objetius específics par a reduir el risc de suïcidi:

1. Reduir el dolor
2. Incrementar l'esperança
3. Millorar la vinculació
4. Reduir la capacitat de suïcidi

5. ¿Què podem fer?



AN IMPLEMENTATION GUIDE FOR
SUICIDE PREVENTION IN COUNTRIES



World Health
Organization

WHAT IS LIVE LIFE?

LIVE

cross-cutting foundations

Key effective evidence-based interventions

Situation analysis

Multisectoral collaboration

Awareness raising

Capacity building

Financing

Surveillance, monitoring and evaluation

L

Limit access
to means of
suicide



I

Interact with
the media on
responsible
reporting



F

Foster life
skills of young
people



E

Early identify
and support
everyone
affected



6. ¿Com actuar?

The WHO BIC (Brief intervention and contact): **Intervenció immediata i seguiment posterior**, com a elements bàsics en la prevenció del suïcidi.

Sessió informativa de coneixements bàsics de la conducta suïcida

Alternatives d'afrontament mes adaptatives

The WHO BIC: 1 hora a l'alta i seguiment programat de 9 contactes distribuïts en 18 mesos (telefònics o presencials):

1, 2, 4, 7 y 11 setmanes,

4, 6, 12 y 18 mesos; (Fleischmann et al., 2008).

Metanàlisis publicat en 2017, identifica la ***WHO BIC*** com la única intervenció que mostra significació estadística en la **reducció del suïcidi, per sobre de la TCC i el Liti** (Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017).

6. ¿Com actuar?

Grup de suport: “*Youth-Nominated Support Team (YST)*”. Poden formar part del grup professors o tutors amb 3 mesos de suport per part de l’equip de professionals.

Eficaç en:

Reducció de la mortalitat per suïcidi

JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

Association of the Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents With 11- to 14-Year Mortality Outcomes Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial

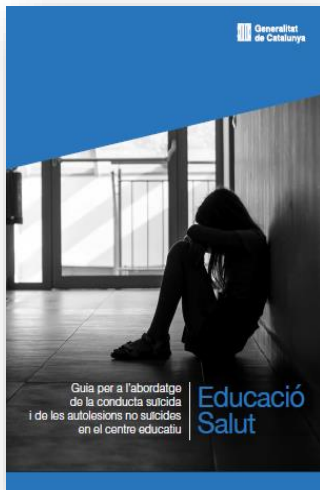
Cheryl A. King, PhD; Alejandra Arango, MS; Anne Kramer, LMSW; Danielle Busby, PhD; Ewa Czyz, PhD;
Cynthia Ewell Foster, PhD; Brenda W. Gillespie, PhD; for the YST Study Team

© 2019 American Medical Association. All rights reserved.

6. ¿Com actuar?

El pla d'actuació. 3 passos:

1. Conèixer
2. Acompanyar
3. Informar



L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



El pla d'actuació. 3 passos:

1. Conèixer
2. Acompanyar
3. Informar

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



Condicions de l'escenari:

1. Escenari tranquil amb intimitat i sense interrupcions
2. Acompanyat (referent benestar?)
3. Sense restricció de temps

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



Preguntes obertes:

1. Actitud “passiva” de curiositat, estem realment interessats en que l'adolescent expliqui amb tranquil·litat.
2. Preguntes obertes amb facilitadors: ja veig..., vaja, això no ho sabia...
3. Explorar àmbits diferents (amics, família, acadèmic...)
4. Sense pressa
5. Sense judici
6. Sense consells
7. Identificar els punts que tinc competències

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



Preguntes directes:

1. Actitud activa focalitzada en dos objectius:
 - 1.1. Seguretat
 - 1.2. Xarxa de prevenció del suïcidi.

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



Informació d'actuacions:

1. Informar a pares o representants legals
2. Informar director centre
3. Mesures en relació a pròpies competències en l'àmbit educatiu
4. Informació als companys més propers de que els adults estan al càrrec de la situació.

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

6. ¿Com actuar?

L'acompanyament. 6 fases:

1. Acceptació del compromís
2. Triar l'escenari
3. Expressió
4. Ampliar informació
5. Actuació
6. Tancament



Informació d'actuacions:

1. Acordar una nova trobada tancada.
2. Oferir oportunitat de tornar a parlar abans de la trobada pactada.
3. Recordar compromisos i seguiment d'actuacions.
4. Agrair la confiança per fomentar l'actitud de petició d'ajuda.

SCM
SALUD MENTAL 360



Prevención del suicidio

Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas

Reflexions finals

El que millor protegeix a un nen es un “poble”

El que millor teixeix els seus vincles és La calma de les seves angoixes i **no la satisfacció de les seves necessitats**

El que permet la transició entre la cultura d'aquest poble i el desenvolupament dels nens que hi viuen és la **solidaritat** que estructura els rituals quotidians i dóna sentit a l'existència



FRANCISCO VILLAR CABEZA
**MORIR ANTES
DEL SUICIDIO**
PREVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

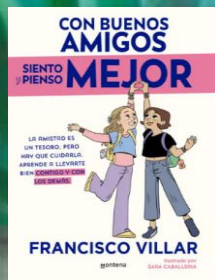
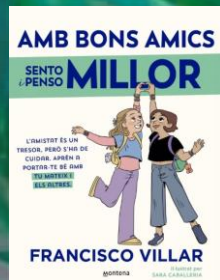
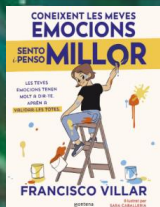


Herder

"El suïcidi entristeix el passat i cancel·la el futur. Tot és vist
melancòlicament a través del prisma d'un únic moment fatal".

(Critchley, S. 2016)

Gràcies per la vostra atenció!!



**"A la infància i a l'adolescència la
desconnexió digital es la única
via d'estar realment connectat"**

