

Curso en prevención y manejo de autolesiones y
comportamiento suicida

Tema 1. Definición y espectro de las conductas autolesivas

Autor: Juan Faura-García

Índice

Ideas clave

- 1.1. Introducción y objetivos
- 1.2. Contextualización
- 1.3. Espectro de las conductas autolesivas (no suicidas) y suicidas
- 1.4. Teorías explicativas
- 1.5. Factores de riesgo (FR)
- 1.6. Factores de protección (FP)
- 1.7. Poblaciones especiales
- 1.8. Casos clínicos
- 1.9. Referencias bibliográficas

A fondo

- Web del Suicide Prevention Resource Center
- Web de la organización Zero Suicide
- Web de la Fundación Española para la Prevención del suicidio
- Artículo con recomendaciones prácticas en atención primaria

Test

1.1. Introducción y objetivos

Las autolesiones (no suicidas) y los comportamientos suicidas, incluido el suicidio consumado, son un problema público de primer orden según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Etimológicamente, la palabra *suicidio* resulta de la unión de las palabras latinas *sui* ('sí mismo') y *caedere* ('matar'). Así, su significado literal es 'acción de matarse a sí mismo'. Pero, a pesar de la aparente sencillez de esta definición, el hecho de que el término haya sido usado para referirse a conductas similares, pero no equivalentes, ha generado mucha confusión.

Así, la primera dificultad en la suicidología es la falta de consenso a la hora de definir las diferentes conductas autolesivas. Aunque hay diferentes propuestas de clasificación, como veremos, la que ha generado mayor consenso es la propuesta por O'Carroll y Silverman desde 1994, que veremos posteriormente.

A lo largo de los temas del curso emergerán tres **ideas claves**:

- ▶ En primer lugar, que el suicidio no se puede predecir, pero sí prevenir.
- ▶ En segundo lugar, que el entorno sanitario donde se ve al paciente que consuma el suicidio es atención primaria, siendo el último profesional sanitario que ve con vida a los pacientes es el médico de atención primaria.
- ▶ En tercer lugar, que el suicidio «salpica», no deja indiferente a nadie. Además del gran sufrimiento que genera en la persona que lo presenta, impacta de manera indeleble en amigos, familiares y profesionales. En toda la sociedad.

Este curso de formación era **necesario** por al menos estas tres razones.

Este tema está estructurado en apartados que incluyen la contextualización de las conductas autolesivas (no suicidas) y suicidas, las principales teorías explicativas, el espectro de las conductas autolesivas (no suicidas) y suicidas, los factores de riesgo

(FR) y de protección (FP), y un apartado sobre poblaciones especiales. El tema se completará con un caso práctico y una autoevaluación.

El objetivo principal es ofrecer una comprensión integral de las conductas autolesivas (no suicidas) y suicidas. Secundariamente tiene como **objetivos:**

- ▶ Conocer su clasificación, terminología, FR y FP, y poblaciones espaciales.
- ▶ Explicar las diferentes expresiones del fenómeno autolesivo a partir de las teorías contemporáneas integradoras.

1.2. Contextualización

Tal y como hemos señalado, el término *suicidio* se refiere al ‘acto de matarse’. Se trata de un **fenómeno complejo y poliédrico** con graves repercusiones a nivel social, económico y familiar (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2022). Asimismo, además del suicidio consumado, hay otros conceptos relacionados que incluyen a las ideas y deseo de muerte, ideación, planificación, comunicación e intento de suicidio. Al conjunto de estas y otras expresiones relacionadas se las conoce como **pensamientos y conductas suicidas** o simplemente conducta suicida (Posner et al., 2014).

Aunque el número absoluto de suicidios presenta una ligera tendencia decreciente en las últimas décadas, es la **causa de muerte** de aproximadamente 700 000 personas al año en el mundo. Esto significa que, en el mundo, cada año, pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, paludismo o cáncer de mama, o incluso por guerras y homicidios.

En **España**, el número absoluto de suicidios ha aumentado ligeramente cada año desde que existen registros, pero oscila alrededor de las 4000 muertes al año en los últimos años. En 2022, se registró un récord de 4227 fallecidos, mientras que en el año 2000 hubo 3393 muertes. Es decir, en España, fallecen más del doble de personas que por accidentes de tráfico. Eso sí, la **tasa de suicidio** por 100 000 habitantes se ha mantenido relativamente estable en el último siglo, siendo una de las más bajas en el mundo (alrededor de ocho suicidios por cada 100 000 habitantes/año).

Además, el **número real de suicidios** es probablemente mayor, ya que el suicidio sigue siendo tabú e incluso ilegal en numerosos países —y, por lo tanto, no se reporta—, además de que un porcentaje de muertes accidentales sean probablemente suicidios (Giner y Guija, 2014).

Otro dato preocupante es que, a pesar del descenso de las cifras absolutas de suicidio en la población general mundial, cuando se segmentan las **cifras por edades**, el suicidio ha aumentado de manera vertiginosa su prevalencia como causa de muerte no natural en los adolescentes y adultos jóvenes en las últimas décadas en todo el mundo.

Así, el suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de entre quince y veintinueve años. En EE. UU., el suicidio es la segunda causa de muerte entre los diez y catorce años, y la tercera en jóvenes de entre quince y veinticuatro años.

Además, la tasa de suicidio más alta entre los **adolescentes europeos** se encuentra en Lituania y Estonia, con tasas de más de once muertes por cada 100 000 jóvenes de entre quince y diecinueve años (2,5 veces superior a la media de la UE).

A continuación, ofrecemos algunos **datos** que nos permiten hacernos una idea de la magnitud de la relevancia del suicidio (Observatorio del Suicidio en España, 2024):

- ▶ El suicidio es la **principal causa de muerte externa** y **primera causa de muerte entre jóvenes** (de entre quince y veintinueve años) desde el 2008.
- ▶ De **media**, muere una persona por suicidio cada dos horas y se estima que cada seis minutos se realiza un intento de suicidio.
- ▶ Mientras que los **hombres** mueren tres veces más que las mujeres, las **mujeres** lo intentan tres veces más.
- ▶ El mayor número de casos de muerte sucede en **edades medias**, entre los cuarenta y setenta años con un pico a los sesenta años.

Pero, además del suicidio consumado, ¿cuál es la **prevalencia e impacto** de la ideación autolítica, las autolesiones no suicidas (ANS) y los intentos de suicidio (IS)?

Porque estas conductas son, con diferencia, el factor de riesgo (FR) más relevante para el suicidio consumado.

En primer lugar, se estima que entre un 5 y 10 % de la población general tiene **pensamientos de suicidio** (ideación suicida) en algún momento a lo largo de su vida. Además, las ANS e los IS no dejan de aumentar:

- ▶ La cifra de **IS** oscila entre 20 y 700 por cada suicidio consumado (Blasco-Fontecilla et al., 2019).
- ▶ De igual manera a lo que sucedía con el suicidio, las **ANS** también están infrareportadas por el estigma que llevan asociado y dificultades para su registro (McMahon et al., 2014). Así, entre el 0,21 % y 6,5 % de los adolescentes que se autolesionan han pedido atención sanitaria (Bousoño et al., 2021; Brunner et al., 2014; Faura-García et al., 2022; Hawton et al., 2004).

Como ejemplo de la prevalencia de estas **conductas en los niños y adolescentes**, vean la Figura 1, que se basa en el metanálisis realizado por Lim et al. (2019).



Figura 1. Prevalencia a lo largo de la vida de diferentes constructos en niños y adolescentes. Fuente: basado en Lim et al., 2019.

La **mayor prevalencia de ANS** en la población comunitaria la encontramos en adolescentes —20 % aproximadamente, pero con un rango muy amplio según el estudio: entre 1,5 % y 54,8 %— (Brunner et al., 2014; Mannekote et al., 2020; Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014), siendo algo menor en preadolescentes —6,2%— (Liu et al., 2022) y en adultos —5,5%— (Swannell et al., 2014).

El **inicio de las ANS** se suele dar entre los trece y dieciséis años (Gandhi et al., 2018; Muehlenkamp et al., 2012, 2019) y su prevalencia tiende a minimizarse en la etapa adulta (Plener et al., 2015).

La prevalencia de **ideación autolítica** de ANS e IS es menor en preadolescentes que en adolescentes (Geoffroy et al., 2022; Lang y Yao, 2018; Lim et al., 2019; Liu et al., 2022; Lucena et al., 2022; Swannell et al., 2014) (ver Figura 2).

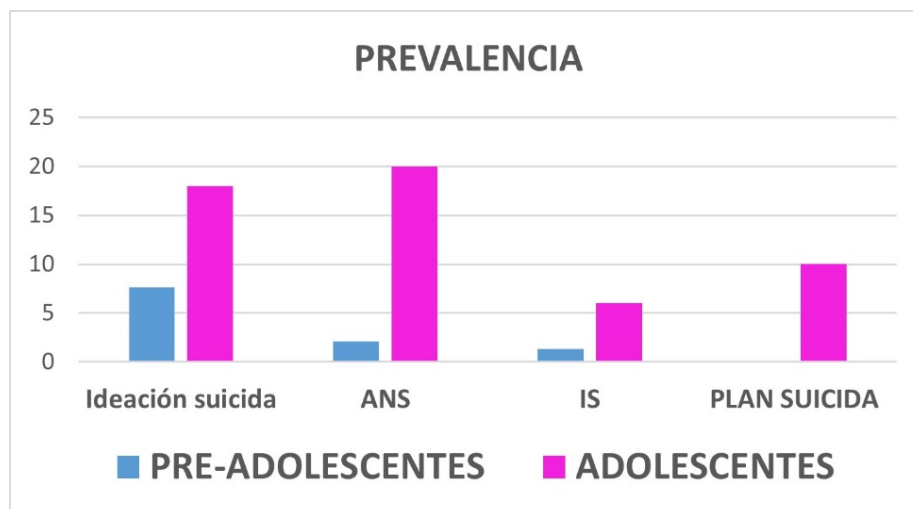


Figura 2. Prevalencia de diferentes manifestaciones relacionadas con el suicidio. Fuente: elaboración propia.

En resumen:

- ▶ La **existencia** de al menos una ANS es relativamente común entre adolescentes y adultos jóvenes. Por ejemplo, 50 % (Calvete et al., 2015).

- ▶ Afortunadamente, la mayoría no presenta una ANS frecuente, crónica o grave. Pero, aproximadamente, entre un 3 % y 7 % de los jóvenes sí presentan **ANS graves** (Whitlock et al., 2006; Zetterqvist et al., 2013).
- ▶ Las **ANS más problemáticas** se caracterizan por su carácter repetitivo, el uso de diferentes métodos (cortes, golpes, quemaduras, etc.) y por lesiones más graves y crónicas (Pattison y Kahan, 1983; Simeon y Favazza, 2001).
- ▶ En **entornos clínicos**, las prevalencias son incluso mayores. Así, se estima que la mitad de los adolescentes se ha autolesionado alguna vez (Glenn y Klonsky, 2013; Kaess et al., 2013).

Por otra parte, conviene hacer referencia a un tipo de pacientes que, de ser detectado en atención primaria, convendría derivar cuanto antes a dispositivos de salud mental especializados. Se trata de los **grandes repetidores**.

Los grandes repetidores y la hipótesis de la adicción suicida

El concepto de gran repetidor hace referencia al sujeto que tiene **cinco o más IS** a lo largo de la vida, generalmente de baja letalidad (Kreitman y Casey, 1988). La hipótesis de la adicción suicida hace referencia a la posibilidad de que se generen **mecanismos adictivos en las autolesiones repetitivas** (Blasco-Fontecilla et al., 2015, 2016; Irigoyen-Otiñano et al., 2016).

Los principales **hallazgos** de la hipótesis de la adicción suicida son:

- ▶ Aproximadamente el 10 % de los **pacientes adultos** que tienen un IS son grandes repetidores.
- ▶ El 80 % de los grandes repetidores cumplen **criterios** (no oficialmente aprobados) de adicción suicida (es decir, no hay un solapamiento perfecto entre los conceptos de gran repetidor y adicto al suicidio).

- ▶ La mayoría de los pacientes «adictos al suicidio» se muestran «por fin, entendidos», cuando se usa un **marco terapéutico** similar al de otras adicciones, siendo habitual que realicen comentarios del estilo «por fin alguien entiende lo que siento.... Es algo que no puedo controlar» cuando realizan un IS y ante desencadenantes nimios.
- ▶ Aunque un porcentaje importante de grandes repetidores tienen un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP), el factor que se relaciona de manera más relevante con este concepto es que el paciente presente una **sensación crónica de vacío**.
- ▶ El **prototipo de paciente gran repetidor** es una mujer joven diagnosticada de TLP.
 - Dato relevante y poco conocido: Si un paciente tiene TLP, hay que sospechar que pueda tener trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ya que tener TLP multiplica por veinte las probabilidades de tener un TDAH subyacente.
- ▶ En contraste con el 10 % de los grandes repetidores entre los pacientes adultos que presenta un IS a lo largo de la vida, ¡el **80 % de los adolescentes** son grandes repetidores!
- ▶ Es probable que la incorporación de un marco terapéutico típico de las adicciones en este tipo de pacientes sea útil, pero **no hay estudios al respecto**.

Si se detectan pacientes de estas características en atención primaria, debieran ser derivados a dispositivos especializados de salud mental (se trata de pacientes con un elevado riesgo de suicidio consumado tras años de estar luchando contra las ANS e los IS).

Por último, es importante resaltar que no se puede banalizar la relevancia de las ANS. Las ANS están estrechamente relacionadas con las **conductas suicidas** y pueden ser consideradas como un semáforo de **malestar psicológico** de esa persona (Whitlock et al., 2006).

Así, en un estudio realizado en adultos a los que se siguió durante diez años, se observó que aquellos que habían presentado **ANS** tenían un mayor riesgo de pensamientos y conductas autolesivas, niveles más altos de estrés, ansiedad, dificultades en regulación emocional, probabilidad de presentar bajas por enfermedad, diagnósticos psiquiátricos y diagnóstico de TLP, que quienes no se autolesionaron (Turner et al., 2022).

Además, las ANS tienen un elevado **riesgo de tornarse «adictivas»** (Blasco-Fontecilla et al., 2016). Esto es particularmente relevante en los adolescentes a partir de los catorce años, porque si no se establecen medidas terapéuticas, existe una elevada probabilidad de que esos menores presenten un IS poco tiempo después.

Finalmente, aunque cerca de un millón de personas se suiciden todos los años en el mundo, la tasa de suicidio por 100 000 habitantes es tan baja que es matemáticamente imposible predecir el suicidio consumado (Pokorny, 1983, 1993) (y complejo en las ANS e IS), pero la **prevención** es posible en todos los fenómenos, tanto en las ANS como en los comportamientos suicidas.

Así, la OMS ha llamado a los países trabajar la **conducta autolesiva**. Se trata de un indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas: reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030. Las intervenciones varían si se trata de las ANS o de conductas suicidas, pero en todas ellas se requiere un **enfoque multidisciplinar** que incluya diversos agentes comunitarios, identificar el problema y dar una primera ayuda a personas en riesgo desde la comunidad, sean o no profesionales sanitarios.

Así, la atención primaria es fundamental para prevención y primera intervención de las ANS y las conductas suicidas, pero necesita apoyarse en profesionales del ámbito de la psicología y la sociología.

1.3. Espectro de las conductas autolesivas (no suicidas) y suicidas

Los términos, definiciones y clasificaciones para acotar las conductas autolesivas (suicidas y no suicidas) han sido múltiples, diversos, intercambiables entre sí y con un bajo consenso (Angelotta, 2015; Goodfellow et al., 2018, 2019, 2020). Las **dificultades para su conceptualización y diferenciación** han limitado nuestra capacidad explicativa, evaluativa, de intervención y prevención (Fox et al., 2020). Un ejemplo es el ahora denostado término *parasuicidio*, que era utilizado no hace tanto por la como sinónimo de los actuales términos *intento de suicidio* y *ANS* (Linehan et al., 1993), o el término *gesto suicida*, que cada vez tiene menor utilidad.

A pesar de la dificultad para definir un concepto complejo y polisémico como es el suicidio, y el de los pensamientos y conductas asociados, a nivel pragmático, los cinco **conceptos** que hay que tener claramente delimitados son:

- ▶ Ideación autolítica.
- ▶ Planificación suicida.
- ▶ ANS.
- ▶ IS.
- ▶ Suicidio consumado.

Tanto las ANS como los IS son autolesiones. Lo que las diferencia es la **intencionalidad**: en las ANS no hay un deseo de acabar con la propia vida; en los IS, sí que lo hay (ver Tabla 1). Aunque hay numerosos autores que han contribuido a la delimitación de las conductas autolesivas, en el año 2007, se dio un gran paso con los dos artículos centrados en definir la torre de babel (Silverman et al., 2007a, 2007b).

Término	Definición
Ideación suicida	Cualquier pensamiento sobre acabar con la propia vida. Puede ser activo, con un plan claro de suicidio, o pasivo, con pensamientos sobre el deseo de morir.
Planificación suicida	No se trata ya de una idea ocasional, sino que el sujeto planifica de manera ordenada y regular los actos para acabar con su vida.
Autolesión no suicida (ANS)	Conductas autolesivas sin intención de morir.
Intento de suicidio (IS)	Comportamiento de autolesión, no fatal con intención inferida o real de morir.
Suicidio consumado	Terminar intencionalmente con la propia vida.

Tabla 1. Definiciones de términos comúnmente usados en la investigación de la conducta autolesiva:

Fuente: adaptado de Turecki et al., 2019.

Aunque tradicionalmente se consideraba que estos fenómenos se representaban bajo el paraguas del **continuum ideación-acción**, atendiendo principalmente a la letalidad y a la intencionalidad suicida (Hamza et al., 2012), hoy sabemos que esto no tiene por qué ser necesariamente así. La conducta humana no se ajusta a tal linealidad (Rudd, 2006).

Así, el referido *continuum* ideación-acción no deja de ser una **construcción teórica** que no tiene por qué corresponderse con la realidad. Es decir, los pacientes no tienen por qué empezar necesariamente a pensar en el suicidio (ideación suicida) y, posteriormente, aparecen las ANS, y, luego, los IS, sino que cada uno de ellos puede aparecer sin seguir un **orden preestablecido**.

Además, la **comorbilidad** entre las diferentes manifestaciones del espectro es común. Por otro lado, tampoco hay necesariamente **patrones temporales**. Por ejemplo, la ideación suicida y elección del método pueden haberse iniciado hace más de cinco años, mientras que la reflexión autolesiva puede comenzar seis horas antes y la última decisión cinco minutos antes del IS (Millner et al., 2017).

Dicho esto, la evidencia científica sí que apoya que, al menos entre los adolescentes hospitalizados por autolesiones, las **ANS suelen preceder en el tiempo a los IS** (Wang et al., 2022). Además, cualquiera de ellos aumenta el riesgo de presentar otro de los fenómenos autolesivos. Así, por ejemplo, el simple hecho de pensar en realizar una ANS **incrementa el riesgo** de presentar ideación y planificación suicida (Faura-García et al., 2022; Kiekens et al., 2018). Asimismo, en diferentes estudios, se ha reportado que los principales predictores de que un paciente presente un IS son la presencia de ideación suicida y de ANS (Victor y Klonsky, 2014).

En relación con la **ideación suicida**, conviene señalar que se suele diferenciar entre:

- ▶ **Ideación pasiva de muerte.** El sujeto no piensa en realizar nada activamente para matarse, como, por ejemplo, realizar una sobreingesta medicamentosa, pero sí refiere pensamientos del estilo «ojalá me fulminara un rayo» o «mejor si me muero».
- ▶ **Ideación activa de muerte.** Hay pensamientos claros sobre realizar algo activamente para matarse (por ejemplo, tomar pastillas, precipitarse, ahorcarse, etc.).

Aunque tradicionalmente se le daba una mayor gravedad a la ideación activa, la realidad es que parecen tener el mismo riesgo (Harmer et al., 2024).

Respecto a la **planificación suicida**, aquí sí que hay un consenso claro de que representa un mayor riesgo de suicidio, ya que implica una mayor determinación hacia el suicidio. Por ello, ante un paciente que nos refiera claramente que tiene planificado todo para matarse, que ha hecho testamento recientemente u otras actividades dirigidas a dejar todos los asuntos legales atados, es probable que tengamos que realizar una derivación urgente para valorar un ingreso de contención y evitar el suicidio de este.

Históricamente, las ANS se han malinterpretado considerándolas un IS fallido, un gesto suicida o una amenaza suicida «manipulativa» (Kreitman et al., 1969). Sin embargo, tal y como hemos comentado, lo que diferencia a las ANS de los IS es la **intencionalidad**: en las ANS no hay intencionalidad suicida, pero en los IS sí que existe.

Así, las **ANS** pueden definirse como la **destrucción deliberada**, autoinfligida de tejidos corporales, sin intención de acabar con la propia vida. Se diferencian de otro tipo de autolesiones sin intención suicida aceptadas en el entorno cultural de la persona (por ejemplo, ritos religiosos), de naturaleza psicótica, compulsiva o debidas a alteraciones orgánicas o del desarrollo (Simeon y Favazza, 2001). Se **caracterizan** por generar un daño directo, intencional e inmediato, diferenciándose de la conducta suicida en la ausencia de intencionalidad suicida, su generalmente baja letalidad y la tendencia a la frecuente repetición (Pattison y Kahan, 1983).

La diferenciación de ANS y conducta suicida ha permitido mejorar la comprensión e intervención de los síndromes autolesivos y, en general, de la conducta suicida (Fox et al., 2020).

Asimismo, las ANS se presentaban tradicionalmente en entornos clínicos. Lamentablemente, las ANS se han generalizado y, en la actualidad, son **conductas frecuentes** también en muestras comunitarias, particularmente entre los adolescentes (Ross y Health, 2002). El hecho de que se hayan generalizado ha derivado a una normalización de una conducta aberrante y que rara vez no se acompaña de alteraciones psicopatológicas. Es decir, las autolesiones no pueden ni deben ser consideradas como un «rito de paso» de la adolescencia en la actualidad, como si estuviéramos hablando de la conducta ritual de tatuarse la cara típica de los maoríes.

Por otra parte, las autolesiones no tienen por qué ser necesariamente clasificadas desde un prisma sanitario (Goodfellow et al., 2020). Asimismo, no se trata de trastornos mentales *sensu stricto*, sino de **constructos transdiagnósticos** consecuencia de la confluencia de unas circunstancias concretas en un sujeto concreto.

«Yo soy yo y mi circunstancia» (Ortega y Gasset).

A los pensamientos y conductas, se le suman conceptos relacionados con el deseo, planificación y expresión. Así pues, dado el gran número de términos, definiciones y clasificaciones para intentar acotar el fenómeno autolesivo a lo largo del tiempo se ha propuesto llamarlo **espectro autolesivo** (Faura-García et al., 2023).

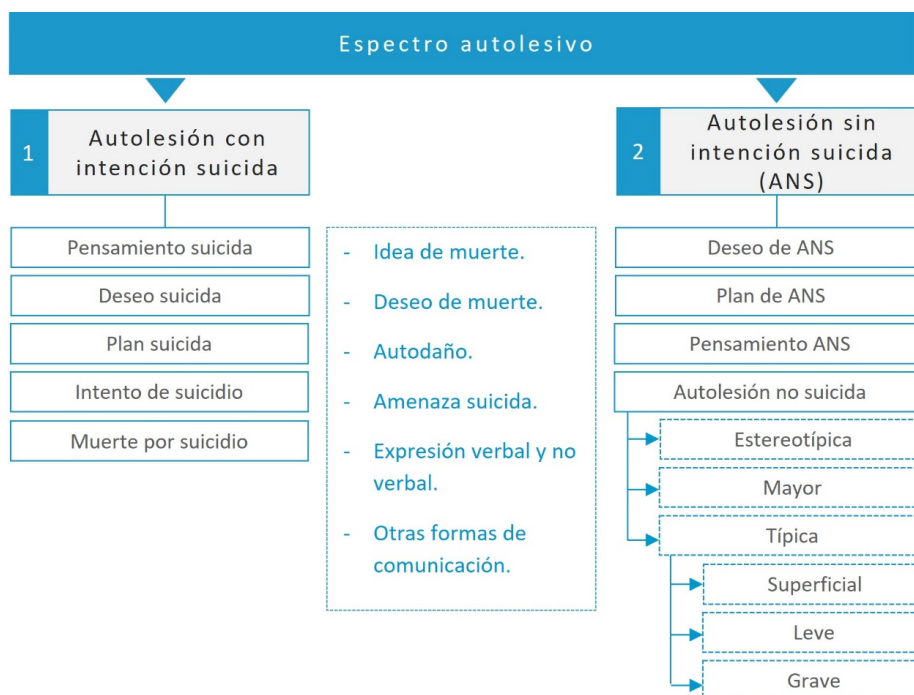


Figura 3. Diferentes expresiones del espectro autolesivo. Fuente: basado en Faura-García et al., 2023.

Algunas conductas autolesivas producen **daño como efecto colateral no intencionado**. Así, algunas conductas como el abuso de alcohol o sustancias, morderse las uñas, la tricotilomanía, los atracones de comida, las purgas o

conductas de riesgo (por ejemplo, la conducción temeraria) no son ANS. Los tatuajes, perforaciones (por ejemplo, los pendientes) o las escarificaciones tampoco son ANS cuando son realizadas como formas de expresión artística o cultural, y no son sancionados por la sociedad y no existe la intención de causarse daños propios (Klonsky et al., 2021).

Pero, si no hay intencionalidad suicida, ¿cuáles son las **razones de las ANS**? Aunque las ANS pueden ser interpretadas como actos manipuladores o controladores (Gerson y Stanley, 2002), la realidad es que generalmente son usadas como un mecanismo inmaduro de autorregulación emocional dirigido a disminuir la tensión interna que sufre el sujeto (Martin et al., 2013).

Las **principales funciones** de las ANS son (Blasco Fontecilla, 2010):

- ▶ Autorregulación interna.
- ▶ Autorregulación externa.
- ▶ Influencia social (manipulación, alterar el entorno; basado en la teoría social de Hagen).
- ▶ Búsqueda de sensaciones.

Tal y como hemos señalado, las ANS suelen ser usadas para manejar el aumento de la tensión fisiológica y emocional asociado al malestar emocional, al sufrimiento o dolor psicológico. Este **mecanismo de homeostasis** es poco eficiente, ya que, aunque las ANS disminuyen la tensión psicológica y alivian momentáneamente al sujeto:

- ▶ Las ANS **no resuelve el problema** que las precipitaron, por lo que es probable que vuelvan a genera el mismo malestar emocional.

- ▶ Las propias ANS pueden **generar o retroalimentar sentimientos** de vergüenza o tristeza, culpabilidad o ansiedad, que podrían ser a su vez detonantes de un nuevo episodio autolesivo (ver Figura 4).
- ▶ La restauración de la homeostasis emocional se refuerza. Es decir, se refuerza un mecanismo inmaduro de **gestión de las emociones** a través de las ANS.

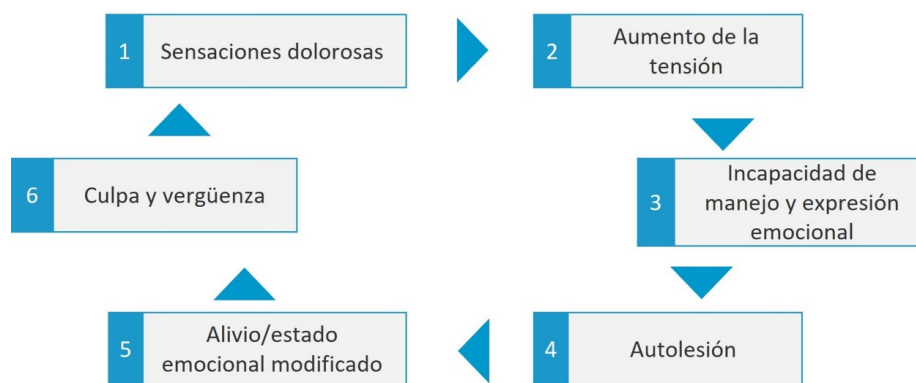


Figura 4. Episodio de ANS. Fuente: adaptado de Faura-García et al., 2023.

Es fácil de imaginar lo que sucede: muchos adolescentes entran en una **espiral adictiva** en la que, ante el mínimo revés, recurren de manera automática a las ANS, escapándose las mismas a su control. Aunque las ANS, al reducir el dolor emocional o aliviar la ausencia de sentimientos (Muehlenkamp y Gutierrez, 2004), pueden disminuir el riesgo de realizar un IS inicialmente (Klonsky, 2007), posteriormente, cuando las ANS ya no son capaces de cumplir esas funciones, generalmente dan entrada al siguiente paso: un IS.

Las personas toleramos mejor el dolor físico que el dolor emocional. Las ANS pueden ser entendidas como una presa que intenta contener un torrente de emociones. Lamentablemente, lo que suele suceder es que esas emociones acaban por desbordarse, desencadenándose un IS.

Por otra parte, hay diferentes mecanismos que pueden facilitar o entorpecer el que se vuelva a dar las conductas autolesivas: el **refuerzo automático** (positivo o negativo) y el **refuerzo social** (positivo o negativo) (Nock y Prinstein, 2004) (ver Figura 5). Así, se ha demostrado que el mecanismo que está más estrechamente relacionado con los grandes repetidores de los IS, es decir, con la repetición frecuente del IS, es el **refuerzo social negativo**: realizan los IS principalmente para evitar sensaciones negativas como la sensación crónica de vacío (Blasco-Fontecilla et al., 2015).

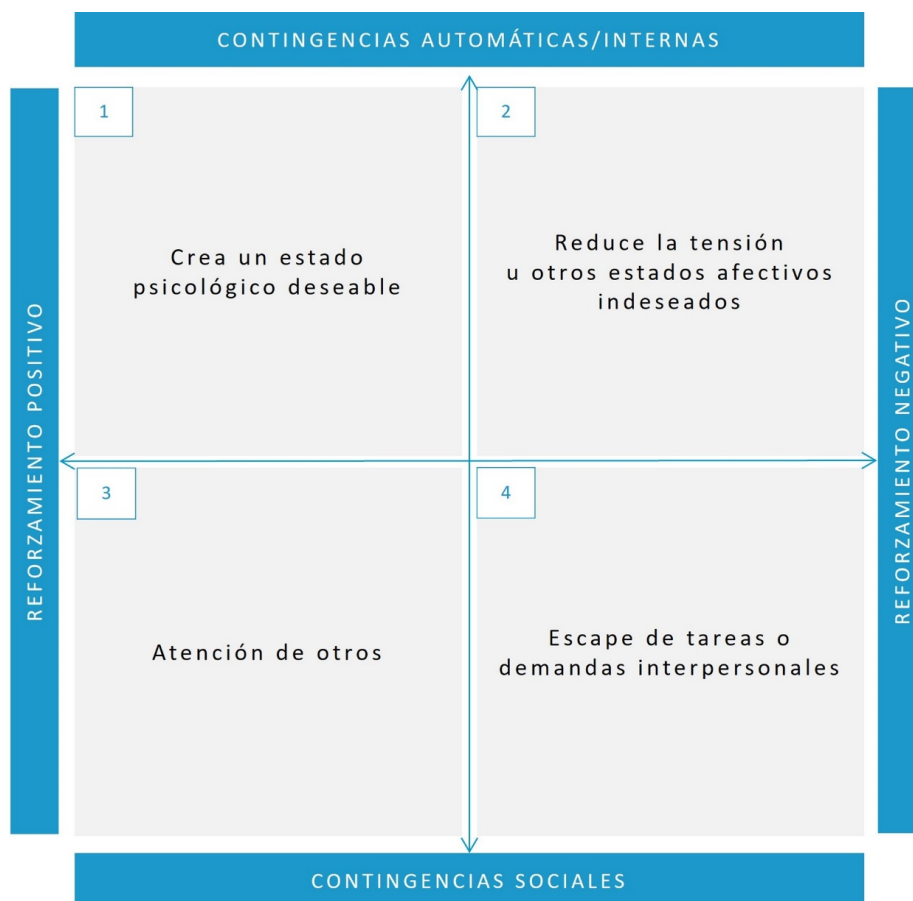


Figura 5. Clasificación de las múltiples funciones de las ANS. Fuente: basado en Nock y Prinstein, 2004.

Las ANS suele ser **menos letales y más repetitivas** que los IS. Por ejemplo, los cortes, método típico en las ANS, son poco utilizados en las muertes por suicidio.

Mientras que, en las ANS es común el uso de diferentes métodos (por ejemplo, cortes, quemarse con cigarrillos, darse bofetones, etc.); quienes intentan suicidarse en varias ocasiones suelen utilizar el mismo método (por ejemplo, si realizan sobreingestas, suelen usar siempre ese mismo método suicida) (Berman et al., 2006).

Así, la transición de un método menos letal a uno de mayor letalidad podría indicar una mayor determinación suicida.

Una cosa es la teoría y otra la práctica. Aunque la intencionalidad es lo que diferencia a las ANS de los IS, la realidad es que muchas personas que presentan autolesiones tienen una gran **ambivalencia** respecto a estas y si están (o no) intentando acabar con su vida.

Finalmente, los IS hacen referencia a **comportamientos autolesivos** en los que hay una **intencionalidad clara**. Aquí es importante señalar que muchos pacientes no tienen claro si realmente querían o no acabar con su vida cuando se autolesionan. En relación con las ANS, las personas que tienen IS suelen presentar un mayor y más prolongado sufrimiento psicológico, una mayor desesperanza y, ya en casos extremos, una tendencia a la constricción cognitiva (síndrome de Ringel) que posteriormente desarrollaremos.

Finalmente, a pesar de sus diferencias, es frecuente la **comorbilidad** entre todos los conceptos señalados. Así, las ANS y los IS son frecuentemente comórbidos tanto en muestras comunitarias como en clínicas, al menos en adolescentes (Brunner et al., 2014; Grandclerc et al., 2016).

1.4. Teorías explicativas

Las teorías actuales explicativas nos permiten entender las **razones** detrás de la ideación y planificación autolesiva, las ANS y los IS y el suicidio consumado. Hay que tener en cuenta que, para tener ideas suicidas, es necesario el desarrollo del aparato cognitivo que da sustento al concepto de muerte, que es una de las principales diferencias del ser humano con el resto de los seres vivos: la capacidad para aprender el concepto de muerte, que parece exclusivo del ser humano y quizás del chimpancé y algunos otros primates (Anderson, 2018).

El desarrollo del **concepto de muerte** precisa de tres componentes y la pregunta que un niño tendría que responder son (Speece y Brent, 1984):

- ▶ **Irreversibilidad** (no hay vuelta atrás): ¿Puede volver a la vida una persona que ha muerto?
- ▶ **Universalidad** (se da en todos los seres vivos): ¿Todo el mundo muere? O ¿yo también me voy a morir?
- ▶ **No funcionalidad** (cese de todas las funciones vitales): ¿Puede una persona que ha muerto sentir, hablar, comer, etc.? Este sería el último componente en desarrollarse.

En las sociedades actuales, la mayoría de los niños «sanos» alcanzan la **comprensión** de los tres componentes entre los cinco y siete años. Y alrededor de los nueve y diez años, la mayoría ya habrán adquirido estos tres componentes, por lo que se puede considerar que el niño sabe lo que es la muerte. Y, por lo tanto, a partir de esa edad se podría considerar la posibilidad de un IS en un menor. Pero, un retraso madurativo o limitación intelectual puede alterar el desarrollo del concepto de muerte.

Algunas de las teorías explicativas de las autolesiones (ANS e IS) se desarrollarán a continuación.

Teoría del dolor o sufrimiento psicológico (Shneidman, 1983)

Está en pleno apogeo hoy en día. Básicamente, esta teoría postula que el factor más relevante para el suicidio es la **percepción íntima** de cada persona de sufrimiento o dolor mental.

Teoría de la pasarela o puerta de enlace (Stanley et al., 1992)

Desarrollada principalmente por Barbara Stanley, postula un *continuum* para las conductas autolesivas: en un extremo del continuo se sitúan los daños tisulares más leves y en el extremo opuesto se sitúa la muerte por suicidio. Las ANS son una forma leve de conducta autolesiva y funcionarían como puerta de enlace para **conductas autolesivas más graves**, propiciando el camino hacia la muerte por suicidio (Stanley et al., 2001). Esta teoría cuenta con una evidencia parcial de algunos elementos (Evans y Simms, 2019):

- ▶ Las ANS predicen longitudinalmente a los IS, incluso cuando se controla por otras variables tradicionalmente asociadas a los IS, como la depresión (de ahí la relevancia de intervenir cuanto antes cuando aparecen las ANS).
- ▶ Las ANS suelen preceder a los IS.
- ▶ La gravedad de las ANS aumenta tras el inicio de los IS por parte del paciente.
- ▶ Una mayor gravedad de las ANS predice una mayor frecuencia de IS.

Teoría de diátesis-estrés (Mann et al., 1999)

Se trata de la principal **teoría biologicista** de la conducta suicida. Se postula que hay unos factores relativamente constantes que hacen referencia al sujeto vulnerable a las conductas suicidas (diátesis) que se verían activadas ante diferentes tipos de estrés (por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad orgánica o mental, perder el trabajo, etc.).

Teoría interpersonal del suicidio (Joiner et al., 2005, 2021)

Propone que el deseo suicida es causado por la presencia simultánea de **baja pertenencia social** y **alta percepción de ser una carga** para los demás. El paso hacia el IS requeriría evitar la predisposición evolutiva a evitar el dolor y el miedo a la muerte. Por ello, el sujeto tiene que adquirir la capacidad para superar el miedo al dolor o la muerte para poder intentar el suicidio. Como postularon sus autores, las ANS pueden considerarse un entrenamiento que aumentaría la capacidad para superar ese miedo a la muerte, que a su vez aumente el riesgo de pasar del deseo suicida al IS (Joiner et al., 2012). Además, las ANS más frecuentes, graves o persistentes aumentarían el riesgo de IS.

Teoría de O'Connor (2011) y de O'Connor y Kirtley (2018)

Los autores sugieren la utilidad de algunos factores individuales, como son la sensación de derrota y el atrapamiento, para predecir la repetición de los IS.

Teoría de la tercera variable (Hamza et al., 2012)

Sugiere que las ANS podrían no ser un FR para las conductas suicidas o viceversa, sino que ambos comportamientos se derivan de **variables subyacentes comunes**, como la angustia, el TLP u otros trastornos psicológicos similares, o factores biológicos. Asimismo, y relacionado con la teoría interpersonal, se esperaría que las ANS predijeran la conducta suicida indirectamente a través de la capacidad adquirida para el suicidio.

La **conexión** entre las ANS y la capacidad adquirida sería moderada por la gravedad de las ANS, mientras que la asociación entre la capacidad adquirida y la conducta suicida sería moderada por la sensación de pertenencia social y la percepción de ser una carga para los demás (ver Figura 6).



Figura 6. Factores relacionados con la capacidad para intentar suicidarse y la conducta suicida: Fuente: elaboración propia.

Teoría de los tres pasos (3ST) (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021)

Esta teoría postula la **transición sucesiva** entre la ideación y la acción suicida a través de tres pasos. La 3ST es una teoría concisa, basada en pruebas, que explica el comportamiento suicida usando cuatro factores: dolor, desesperanza, conexión y capacidad de suicidio. Esta teoría postula que el desarrollo de la ideación suicida y la progresión desde la ideación hasta los intentos de suicidio son procesos distintos con explicaciones distintas. Los tres pasos de la 3ST son:

- ▶ **Sufrimiento y desesperanza.** Su existencia derivaría en ideación suicida: es el resultado de la combinación de dolor (normalmente dolor psicológico) y desesperanza.
- ▶ (Falta de) **conexión.** Entre los que experimentan tanto dolor como desesperanza, la conexión es un factor de protección clave contra la escalada de la ideación. Si el dolor psicológico supera a la conexión, se pasaría de la ideación al deseo suicida.
- ▶ **Capacidad** para suicidarse. La progresión de la ideación a los intentos se ve facilitada por factores disposicionales, adquiridos y prácticos que contribuyen a la capacidad de intentar suicidarse. Si además del deseo suicida, la persona tiene la capacidad para suicidarse, tendrá lugar el comportamiento suicida.

Según sus autores, las ANS podrían contribuir tanto a aumentar el dolor como a la capacidad suicida (Klonsky et al., 2021).

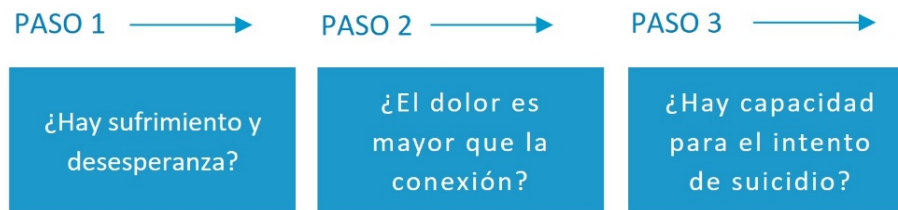


Figura 7. Teoría de los tres pasos: Fuente: basado en Klonsky y May, 2015.

Teoría de la adicción suicida (Blasco-Fontecilla et al., 2016)

Esta hipótesis, que está testada en diferentes muestras, señala que las ANS y los IS pueden ser explicados bajo el paraguas de un **paradigma adictivo**. Esto tiene importantes consecuencias en el abordaje terapéutico, al permitir aplicar enfoques provenientes de la adicción y de patología dual.

Modelo de catástrofe en cúspide o vulnerabilidad fluida (Bryan et al., 2020)

Estos autores critican que las teorías del suicidio (desde la ideación hasta la acción) se han centrado principalmente en el contenido de los mecanismos subyacentes (es decir, quién muere por suicidio) y que se ha prestado mucha menos atención a la **dinámica temporal del riesgo de suicidio** (es decir, cuándo se produce el suicidio).

Esta teoría conceptualiza el suicidio como un constructo inherentemente dinámico que sigue un **curso temporal no lineal** desde las ANS hasta el suicidio consumado.

Para ello, utiliza tres ejes:

- ▶ Deseo suicida.
- ▶ Capacidad suicida.
- ▶ Riesgo suicida.

Esta teoría proporciona una base sólida para explicar algunos **fenómenos poco conocidos**, incluyendo la aparición repentina de la conducta suicida sin planificación suicida previa. Se sirve de la capacidad y deseo como parámetros de superficie de

control, mientras que todas las combinaciones posibles de deseo y capacidad comprenden la superficie del comportamiento. Así, los posibles **caminos** desde las ANS hacia la conducta suicida de forma no lineal serían:

- ▶ Estable.
- ▶ Errático (irregular).
- ▶ Catastrófica.

Resumiendo, las **teorías sobre la conducta suicida** contemporáneas sostienen que el paso del pensamiento a la acción (pensamiento-deseo-plan-acción) es más probable cuando existen algunos elementos como son:

- ▶ Dolor psicológico.
- ▶ Desesperanza.
- ▶ Sensación de atrapamiento, derrota o humillación.
- ▶ Desconexión con los demás.
- ▶ Capacidad suicida.

Además, estas variables influyen en la transición entre las ANS y los IS, y hay múltiples secuencias para llegar de la ideación a las ANS y los IS, no necesariamente de manera lineal.

1.5. Factores de riesgo (FR)

Se conocen numerosos FR de las conductas autolesivas, pero su **poder predictor** es muy limitado. La relevancia de cada FR es probablemente diferente en cada persona, ya que depende de las experiencias vitales de cada uno de nosotros. Así, el impacto de perder el trabajo puede ser devastador para una persona narcisista y la pérdida de la pareja lo es para una persona emocionalmente dependiente (Blasco-Fontecilla et al., 2010, 2012).

Por otra parte, el riesgo en el *continuum* ideación-acción no es lineal, sino **exponencial**. Cuanto más cerca se está de la acción más riesgo existe. Además, una vez que ha cesado la acción (por ejemplo, intento de suicidio), el riesgo descende, pero más lentamente que cuando ascendió antes de la acción (Bryan et al., 2020; Millner et al., 2017).

En la Tabla 2, se resumen los principales FR (Turecki et al., 2019). Los FR proximales también se llaman **precipitantes**, porque son los que temporalmente suelen preceder a la autolesión.

FR distales	FR mediadores	FR proximales
Antecedentes familiares	Rasgos de personalidad: ansiedad, impulsividad o agresividad	Trastornos de salud mental
Adversidades tempranas en la vida (por ejemplo, maltrato o negligencia)	Adversidades tempranas en la vida (por ejemplo, maltrato o negligencia)	Factores socioeconómicos, ambientales y contextuales: crisis económicas, desempleo, sufrir acoso, pertenecer a minorías sociales, aislamiento social, soledad o efecto de contagio social
Antecedentes personales de autolesiones (ANS o IS)	Rasgos cognitivos: - Pobre resolución de problemas - Sesgos en memoria autobiográfica - Pesimismo - Impulsividad - Sensación crónica de vacío - Desesperanza - Sentimientos de derrota y atrapamiento - Desregulación emocional	Factores psicológicos: dolor psicológico insoportable, falta de sensación de pertenencia, percepción de ser una carga para los demás, desesperanza, impulsividad, planificación, acceso a métodos letales o exposición a conductas suicidas
		Acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo, problemas de pareja, desempleo, pérdidas, o dificultades económicas o legales)

Tabla 2. Principales FR de las conductas autolesivas. Fuente: elaboración propia.

Además de los FR previamente señalados, hay algunos FR que se han relacionado más estrechamente con las ANS (Aggarwal et al. 2017; Wang et al., 2022):

- ▶ Historia o exposición previas:
 - Antecedentes personales de ideación, ANS e IS.
 - Exposición a ANS de los pares.

- ▶ Sintomatología:
 - Tener un trastorno (o síntomas acusados) de la personalidad del clúster B (antisocial, límite, histriónico o narcisista).
 - Desesperanza.
 - Sintomatología depresiva o depresión.
 - Trastornos alimentarios.
 - Desregulación emocional.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los FR pueden ser más o menos relevantes dependiendo de las características de la población. Por ejemplo, en los **adolescentes** cobran relevancia algunas dificultades específicas como (Aggarwal et al., 2017; Ati et al., 2021; Valencia-Agudo et al., 2018; Wang et al., 2022):

- ▶ Algunas **características personales**, como tener unas pobres habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, baja autoestima y autoconcepto.
- ▶ **Dificultades en etapas tempranas del desarrollo** (maltrato o negligencia).
- ▶ Unos **malos hábitos** (nutricionales, alteración de los patrones de sueño y descanso, estilos de vida poco saludables, mal uso de las nuevas tecnologías).
- ▶ Un **bajo soporte familiar** (apoyo precario, autolesiones maternas, aparición de depresión materna durante el estudio, crianza dura, invalidación familiar, falta de integridad familiar y falta de cuidado de los padres).

- ▶ Los **conflictos con sus iguales** (dentro o fuera de la escuela) y, en particular, el (ciber)acoso suelen actuar como precipitantes.
- ▶ La presencia de trastornos de conducta o absentismo escolar.
- ▶ Los síntomas físicos.

1.6. Factores de protección (FP)

De igual manera a lo que sucede con los FR, los FP no son únicos para todo pensamiento y conducta suicida. Algunos FP para las ANS son (Aggarwal et al., 2017; Ati et al., 2021; Valencia-Agudo et al., 2018):

- ▶ **Relaciones personales** bien establecidas:
 - Cultivar y mantener relaciones estrechas sanas y basadas en la confianza.
 - Apoyo social, emocional o financiero de la pareja, la familia y los amigos.
- ▶ **Creencias religiosas o espirituales** (aunque depende de las prácticas culturales específicas):
 - Permiten el acceso a una comunidad socialmente cohesiva y a un conjunto compartido de valores.
 - Puede disminuir un FR (consumo de alcohol).
- ▶ **Estrategias de afrontamiento:**
 - Capacidad de recuperación frente al estrés y los traumas.
 - Estabilidad emocional, optimismo y una identidad personal bien desarrollada.
- ▶ **Autoestima, competencias personales y capacidad** para resolver problemas, incluyendo la búsqueda de ayuda cuando sea necesaria.
- ▶ **Habilidades de regulación emocional:** resolución de problemas, autocontrol, asertividad.
- ▶ **Hábitos de vida saludable** (ejercicio físico regular, alimentación sana y uso adecuado de descanso, evitar el consumo de alcohol y otras drogas, adecuada red social, etc.).

- ▶ Interacción adecuada entre los padres-hijo.
- ▶ Buena red (física, real) social (tener amigos de verdad).
- ▶ Alta competencia escolar.

1.7. Poblaciones especiales

Tercera edad

A nivel absoluto, la tercera edad es el rango de edad de **mayor riesgo para el suicidio consumado**, particularmente en varones. Los IS tienen una mayor letalidad, quizá debido a una mayor fragilidad, a un estado de salud más deteriorado o a una mayor capacidad suicida adquirida a lo largo del tiempo. Además, la sensación de ser una carga es generalmente mucho más acusada.

En este grupo de edad destacan algunos **FR**. La enfermedad crónica, grave o dolorosa suele estar presente en quienes mueren por suicidio en estas edades. Además, puede existir una falta de apoyo social, soledad o deterioro de las relaciones interpersonales. Las dificultades económicas y las situaciones de pérdida y de estrés pueden ser precipitantes (por ejemplo, la viudedad, la jubilación o la pérdida de autonomía).

Adolescencia

Aunque el número de muertes y la tasa de suicidio en adolescentes es la menor que podemos encontrar entre los diferentes grupos de edad, se trata de la principal **causa de muerte no natural** en esta edad. Además, el porcentaje de ANS es mayor que en cualquier otro. La adolescencia tiene especial interés en cualquier cara del espectro autolesivo, pues es una época de cambios en la que se moldea y fijan algunos patrones de cara a la adultez. Atender el espectro suicida de esta población puede influir en el futuro adulto y anciano.

Los **IS** pueden sobrevenir de la mano la impulsividad típica de la adolescencia. Además, los sistemas de afrontamiento se están formando y probando, siendo más susceptibles al estrés. La necesaria vinculación con sus pares y su mayor influencia puede ponerlos en riesgo del efecto contagio.

Los **FR** más comunes en adolescentes son los problemas interpersonales (por ejemplo, con la familia, pares o pareja) o relacionados con la identidad (por ejemplo, orientación sexual), ser víctimas de violencia (por ejemplo, acoso o abuso), separación o fallecimiento de los tutores, la conducta suicida o de ANS de familiares o iguales y los problemas de rendimiento académico.

Las **ANS** se inician y mantienen más frecuentemente en la adolescencia. Las ANS pueden coexistir con pensamientos y conducta suicida e influir su ocurrencia mutuamente. Las ANS en los adolescentes se asocian principalmente a las dificultades en la regulación emocional y a los problemas relacionales que incluyen violencia, negligencia o invalidación por parte del entorno. Las ANS frecuentes se relacionan con dificultades en la regulación emocional o trastornos de salud mental asociados a la depresión, ansiedad y estrés.

1.8. Casos clínicos

Nada que no hagan ellos

Gema Alejandra es una adolescente de trece años que ingresó en la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UHBA) de un conocido hospital catalán. El motivo de ingreso ha sido una sobreingesta medicamentosa con paracetamol y lorazepam. Los ha tomado después de haber bebido media botella de una bebida alcohólica de alta graduación y de haberse autolesionado con cortes superficiales en los antebrazos. Tras ser ingresada refiere que lleva autolesionándose al menos dos años, pero que «mis padres no se han enterado... Están todo el día con sus cosas, trabajando o viendo la TV».

Dice que en Instituto «han compartido bulos de mi en Instagram... o no me hacen caso, o si me mencionan, es para meter mierda...». Dice que lleva meses durmiendo mal y que, aunque sabe que no es bueno, se pasa más de siete horas al día en redes sociales. Al sacar malas notas, sus padres le prohibieron hacer voleibol («normalmente es lo que me relaja»). Desde hace meses comenzó a realizarse cortes superficiales en los antebrazos («me sentía vacía»). Reconoce que se ha vuelto «adictivo».

El día que intentó suicidarse esperó a que su madre saliese a hacer la compra y cuando se quedó a solas (sus padres están divorciados), empezó a beber («nada que no hagan mis padres... a pesar del divorcio, me siguen mareando...») y se tomó «lo primero que pillé». Dice que fue impulsivo («me rayé»). Envío un WhatsApp a su mejor amiga para despedirse y fue ella quien avisó al 112.

En urgencias, al día siguiente, mostró arrepentimiento, pero fue ingresada para ayudar a los padres con la gestión de los asuntos sociofamiliares.

1.9. Referencias bibliográficas

Aggarwal, S., Patton, G., Reavley, N., Sreenivasan, S. A. y Berk, M. (2017). Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors. *The International journal of social psychiatry*, 63(4), 359–375. <https://doi.org/10.1177/0020764017700175>

Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>

Anderson J. R. (2018). Chimpanzees and death. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170257. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0257>

Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm: a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75–80. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000243>

Ati, N. A. L., Paraswati, M. D. y Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 34(1), 7–18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>

Berman, A. L., Jobes, D. A. y Silverman, M. M. (2006). The Epidemiology of Adolescent Suicide. En A. L. Berman, D. A. Jobes y M. M. Silverman (Eds.), *Adolescent suicide: Assessment and intervention* (2.a ed.) (pp. 13–42). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11285-001>

Blasco-Fontecilla, H., Artieda-Urrutia, P. y de Leon, J. (2019). A proposal for using the ratio of attempted to completed suicides across several countries worldwide. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 473–477. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000628>

Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Courtet, P., García Nieto, R. y de Leon, J. (2015). Horror Vacui: Emptiness Might Distinguish between Major Suicide Repeaters and Nonmajor Suicide Repeaters: A Pilot Study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 117–119. <https://doi.org/10.1159/000369937>

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Duberstein, P., Perez-Rodriguez, M. M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., Courtet, P., de Leon, J. y Oquendo, M. A. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of personality disorders*, 24(6), 773–784. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.773>

Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Legido-Gil, T., de Leon, J., Perez-Rodriguez, M. M. y Baca-Garcia, E. (2012). Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) be used as a suicide risk scale? An exploratory study. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 16(1), 13–28. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.640616>

Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer-Barrio, R. y de Leon, J. (2016). The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in psychiatry*, 7(8). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00008>

Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, Á., Rodríguez-Revuelta, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2021). Alcohol use and risk factors for self-harm behavior in Spanish adolescents. *Adicciones*, 33(1), 53–62. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1239>

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmanm, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>

Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J., Oakey, D. N., Rozek, D. C. y Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: a conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New ideas in psychology*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>

Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents/Prevalencia y funciones de autolesiones no suicidas en adolescentes españoles. *Psicothema*, 27(3), 223–229. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>

Evans, C. M. y Simms, L. J. (2019). The latent structure of self-harm. *Journal of abnormal psychology*, 128(1), 12–24. <https://doi.org/10.1037/abn0000398>

Faura-García, J., Calvete, E. y Orue, I. (2023). Espectro Autolesivo en adolescentes: Un enfoque más allá de la autolesión suicida y no suicida. En U. M. H. Aitana Research (Ed.), *9th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents* (p. 60).

Faura-García, J., Orue, I. y Calvete, E. (2022). Nonsuicidal Self-Injury Thoughts and Behavior in Adolescents: Validation of SITBI-NSSI. *Psicothema*, 34(4), 582–592. <https://doi.org/https://doi.org/10.7334/psicothema2022.13>

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D. y Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117–1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>

Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., y Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80(1–38), 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>

Geoffroy, M.-C., Bouchard, S., Per, M., Khoury, B., Chartrand, E., Renaud, J., Colman, I. y Orri, M. (2022). *Prevalence of Suicidal Ideation and Behaviors in Children Aged 12 Years and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis*. SSRN Electronic Journal. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4011899>

Gerson, J. y Stanley, B. (2002). Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Curr Psychiatry Rep*, 4(1), 30-38. doi:10.1007/s11920-002-0009-6

Giner, L. y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 7(3), 139-146.

Glenn, C. R. y Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>

Goodfellow, B., Kőlves, K. y de Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353–366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>

Goodfellow, B., Kőlves, K. y de Leo, D. (2019). Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 488–504. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>

Goodfellow, B., Kőlves, K. y de Leo, D. (2020). Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors. *Crisis*, 41(3), 179–186. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000622>

Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. y Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(4), e0153760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>

Hamza, C. A., Stewart, S. L. y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H. y Saadabadi, A. (2024). *Suicidal Ideation*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>

Hawton, K., Harriss, L., Simkin, S., Bale, E. y Bond, A. (2004). Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 199–208. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.199.42776>

Irigoyen-Otiñano, M., Puigdevall-Ruestes, M., Prades-Salvador, N., Salort-Seguí, S., Gayubo, L., de Leon, J. y Blasco-Fontecilla, H. (2018). Further evidence for major repeaters as a subgroup of suicide attempters. Más evidencias de que los grandes repetidores se comportan como un subgrupo en la conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 60–61. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.04.004>

Joiner, T. E., Jeon, M. E., Lieberman, A., Janakiraman, R., Duffy, M. E., Gai, A. R. y Dougherty, S. P. (2021). On prediction, refutation, and explanatory reach: A consideration of the Interpersonal Theory of Suicidal Behavior. *Preventive Medicine*, 152(1), 106453. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106453>

Joiner, T. E., Jr., Brown, J. S. y Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>

Joiner, T. E., Ribeiro, J. D. y Silva, C. (2012). Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342–347. <https://doi.org/10.1177/0963721412454873>

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F. y Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>

Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeys, I., Nock, M. K. y Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky, E. D. y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A. y May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

Kreitman, N. y Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 153, 792–800.

Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S. y Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 115(523), 746–747. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a>

Lang, J. y Yao, Y. (2018). Prevalence of nonsuicidal self-injury in chinese middle school and high school students: A meta-analysis. *Medicine*, 97(42), e12916. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012916>

Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>

Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>

Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M. y Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(7), 718–726. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>

Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M. G. y Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 142, 106634. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106634>

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. y Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>

Mannekote, T. S., Shankarapura Nanjappa, M., Gude, J. G., Voyiaziakis, E., Patwa, S., Birur, B. y Pandurangi, A. (2020). Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 472-482. 20764020943627. <https://doi.org/10.1177/0020764020943627>

Martin, J., Cloutier, P. F., Levesque, C., Bureau, J. F., Lafontaine, M. F. y Nixon, M. K. (2013). Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: a preliminary investigation using a university sample. *Psychological Assessment*, 25(3), 1013–1018. <https://doi.org/10.1037/a0032575>

McMahon, E. M., Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I. J., Clarke, M., Chambers, D. y Corcoran, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1929–1935. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0907-z>

Millner, A. J., Lee, M. D. y Nock, M. K. (2017). Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 47(3), 353–369. <https://doi.org/10.1111/sltb.12284>

Muehlenkamp, J. J. y Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 34(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N. y Brausch, A. M. (2019). Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 551–563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

Observatorio del Suicidio en España. (2022). *Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023)*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>

O'Carroll, P. W. y Silverman, M. M. (1994). Community suicide prevention: the effectiveness of bridge barriers. *Suicide & life-threatening behavior*, 24(1), 89–99

O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>

O'Connor, R. C. y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

Pattison, E. M. y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>

Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M. y Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>

Pokorny A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249–257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>

Pokorny A. D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23(1), 1–10.

Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 7–22). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0004>

Ross, S. y Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1014089117419>

Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. En *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(3), 145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

Simeon, D. y Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. En D. Simeon y E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1–28). American Psychiatric Publishing, Inc.

Speece, M. W. y Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Development*, 55(5), 1671–1686.

Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D. y Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149-155. <https://doi.org/10.3109/09540269209066312>

Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V. y Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427–432. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.427>

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P. y St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Turner, B. J., Helps, C. E. y Ames, M. E. (2022). Stop self-injuring, then what? Psychosocial risk associated with initiation and cessation of nonsuicidal self-injury from adolescence to early adulthood. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(1), 45–57. <https://doi.org/10.1037/abn0000718>

Valencia-Agudo, F., Burcher, G. C., Ezpeleta, L. y Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal of Adolescence*, 65, 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>

Victor, S. E. y Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>.

Wang, P., Li, C., Del Sol-Calderón, P., Mallol, L., Hernández-Álvarez, E., Donoso-Navarro, E., Gil-Ligero, M., Rosado-García, S., Sánchez-López, A. J., Martín-Moratinos, M., Bella-Fernández, M. y Blasco-Fontecilla, H. (2022). Biosignature of self-injury behaviors in adolescence: Role of β -endorphin in an acute inpatient unit. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 933275. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.933275>

Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, Ö. y Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

Web del Suicide Prevention Resource Center

Página web de Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org>).

SPRC (Suicide Prevention Resource Center) es un centro de recursos de prevención del suicidio en los Estados Unidos. Proporciona información, recursos y apoyo para ayudar a prevenir el suicidio y promover la salud mental en comunidades de todo el país. Puedes visitar su sitio web para obtener más información sobre sus recursos y programas relacionados con la prevención del suicidio.

Web de la organización Zero Suicide

Página web de Zero Suicide (<https://zerosuicide.edc.org>).

El programa Zero Suicide es una iniciativa nacional en los Estados Unidos y está dirigida a prevenir el suicidio en entornos de atención médica y salud mental. El objetivo del programa Zero Suicide es reducir las tasas de suicidio entre las personas que reciben tratamiento en entornos de atención médica y proporcionar un enfoque integral para la prevención del suicidio.

La página web ofrece recursos, herramientas, capacitación y orientación para profesionales de la salud mental y proveedores de atención médica que desean implementar el enfoque Zero Suicide en sus prácticas y organizaciones. Esto incluye protocolos de evaluación de riesgos, intervenciones, estrategias de seguimiento y otras mejores prácticas para abordar el riesgo de suicidio de manera efectiva.

Web de la Fundación Española para la Prevención del suicidio

Fundación Española para la Prevención del suicidio. (s. f.). *Observatorio del Suicidio en España 2021*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

El Observatorio del Suicidio en España proporciona información y datos sobre las tasas de suicidio, tendencias, factores de riesgo, estrategias de prevención y otras cuestiones relacionadas con el suicidio en el contexto español.

Artículo con recomendaciones prácticas en atención primaria

McDowell A. K., Lineberry T. W. y Bostwick J. M. (2011). Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(8), 792-800. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146379/>

Los pacientes con pensamientos y comportamientos suicidas son comunes en la atención primaria. Tratar los signos de advertencia y preguntar sobre los pensamientos suicidas, los planes y los comportamientos pasados es esencial. Los modelos colaborativos de atención pueden mejorar los resultados de la depresión y posiblemente reducir los resultados suicidas. Es importante ser sensible a los estados agitados y tratarlos agresivamente para resolver emergencias psiquiátricas.

Este artículo ofrece recomendaciones prácticas para poner en uso en atención primaria.

1. ¿Cuál de las siguientes teorías explicativas no está particularmente enfocada en la repetición de las ANS o el IS?
 - A. Teoría del dolor psicológico de Shneidman.
 - B. Teoría de la adicción suicida.
 - C. Teoría motivacional de O'Connor.

2. ¿Qué comportamiento se encuentra en el espectro de conductas suicida?
 - A. Fumar tabaco.
 - B. Hacer ejercicio regularmente.
 - C. Tomar una sobredosis de medicamentos.

3. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo conocido para las autolesiones y el suicidio?
 - A. Apoyo social fuerte.
 - B. Tratamiento psicológico efectivo.
 - C. Historia de abuso infantil.

4. ¿Qué podría considerarse un factor de protección contra el suicidio?
 - A. Consumo excesivo de alcohol.
 - B. Conexiones sociales fuertes.
 - C. Estrés crónico.

5. ¿Cuál de las siguientes poblaciones suele estar en mayor riesgo de comportamientos suicidas?
 - A. Adultos jóvenes.
 - B. Niños en edad preescolar.
 - C. Ancianos.

6. Según la teoría psicoanalítica, ¿qué función pueden tener las autolesiones no suicidas?
- A. Buscar atención.
 - B. Liberar tensión emocional.
 - C. Resolver problemas prácticos.
7. ¿Qué se entiende por comportamientos suicidas en el espectro de conductas suicidas?
- A. Son acciones que no causan daño físico.
 - B. Son pensamientos autodestructivos.
 - C. Son actos deliberados para poner fin a la propia vida.
8. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo es más comúnmente asociado con el suicidio en adolescentes?
- A. Estabilidad emocional.
 - B. Problemas con amigos o familiares.
 - C. Buena salud mental.
9. ¿Qué tipo de apoyo social puede actuar como un factor de protección contra el suicidio?
- A. Aislamiento social.
 - B. Amistades conflictivas.
 - C. Apoyo de amigos y familiares.

10. ¿Por qué la población carcelaria a menudo enfrenta un mayor riesgo de comportamientos suicidas?

- A. Mayor acceso a servicios de salud mental.
- B. Estrés debido a la reclusión y la violencia.
- C. Supervisión constante de los reclusos.