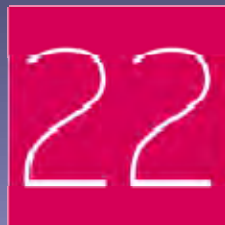




Conductas suicidas y autolesiones en niños y adolescentes

FACTORES RIESGO, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO



SEPEM
Sociedad Española
de Urgencias de Pediatría

Dr. Juan J. Carballo Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.
Departamento de Psiquiatría
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCION

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

MANIFESTACIONES CLINICAS

EVALUACION Y TRATAMIENTO



INTRODUCCION

Oh dear, I do wish I hadn't cried so much! said Alice, as she swam about, trying to find her way out.

INTRODUCCION

- ✓ La conducta suicida es un importante problema de salud pública por elevada prevalencia y riesgo
- ✓ **OMS:** cada año casi un millón de personas mueren por suicidio en el mundo:
 - ✓ Tasa global de suicidio de 16/100.000 habitantes
 - ✓ Una muerte cada 40 segundos

INTRODUCCION

- ✓ En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el **primer Plan de acción sobre salud mental** de la historia de la OMS
- ✓ La **prevención del suicidio** forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países

INTRODUCCION

- ✓ Las cifras de suicidio suponen grave problema de salud pública en los **adolescentes**
- ✓ **Suicidio:** entre las primeras cinco **causas de muerte** para población adolescente a nivel mundial
- ✓ En **España:** suicidio segunda causa externa de muerte entre los adolescentes y los jóvenes adultos, por detrás de los accidentes de tráfico

INTRODUCCION



CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA **PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ENTRE 15-19 AÑOS (2014)**

NUM. DE MUERTES

Accidentes tráfico	86
Suicidio	69
Enfermedad Sist Circulatorio	67
Enf. Sist. Respiratorio	52
Anomalías Congénitas	27
Parasitosis Infecciosas	12

INTRODUCCION

✓ Período crítico del desarrollo con cambios a nivel:

- biológico
- cognitivo
- transiciones sociales



INTRODUCCION

logro identidad personal



creciente demanda social



INTRODUCCION

- ✓ Sin embargo, la maduración del cerebro todavía no está completa
- ✓ adolescentes más vulnerables en regulación conducta
- ✓ facilita aparición de conductas impulsivas y conductas...



INTRODUCCION

- ✓ **El Pacto Europeo por la Salud Mental** determina la promoción de la salud mental entre los jóvenes y la **prevención del suicidio y la depresión** como dos de sus cinco áreas prioritarias de intervención
- ✓ **Estrategia en Salud Mental** del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: la prevención de los trastornos mentales, el suicidio y la adicción



INTRODUCCION

Suicide Life Threat Behav. 1996 Fall;26(3):237-52.

Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology.

O'Carroll PW1, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM.



Suicide Life Threat Behav. 2007 Jun;37(3):264-77.

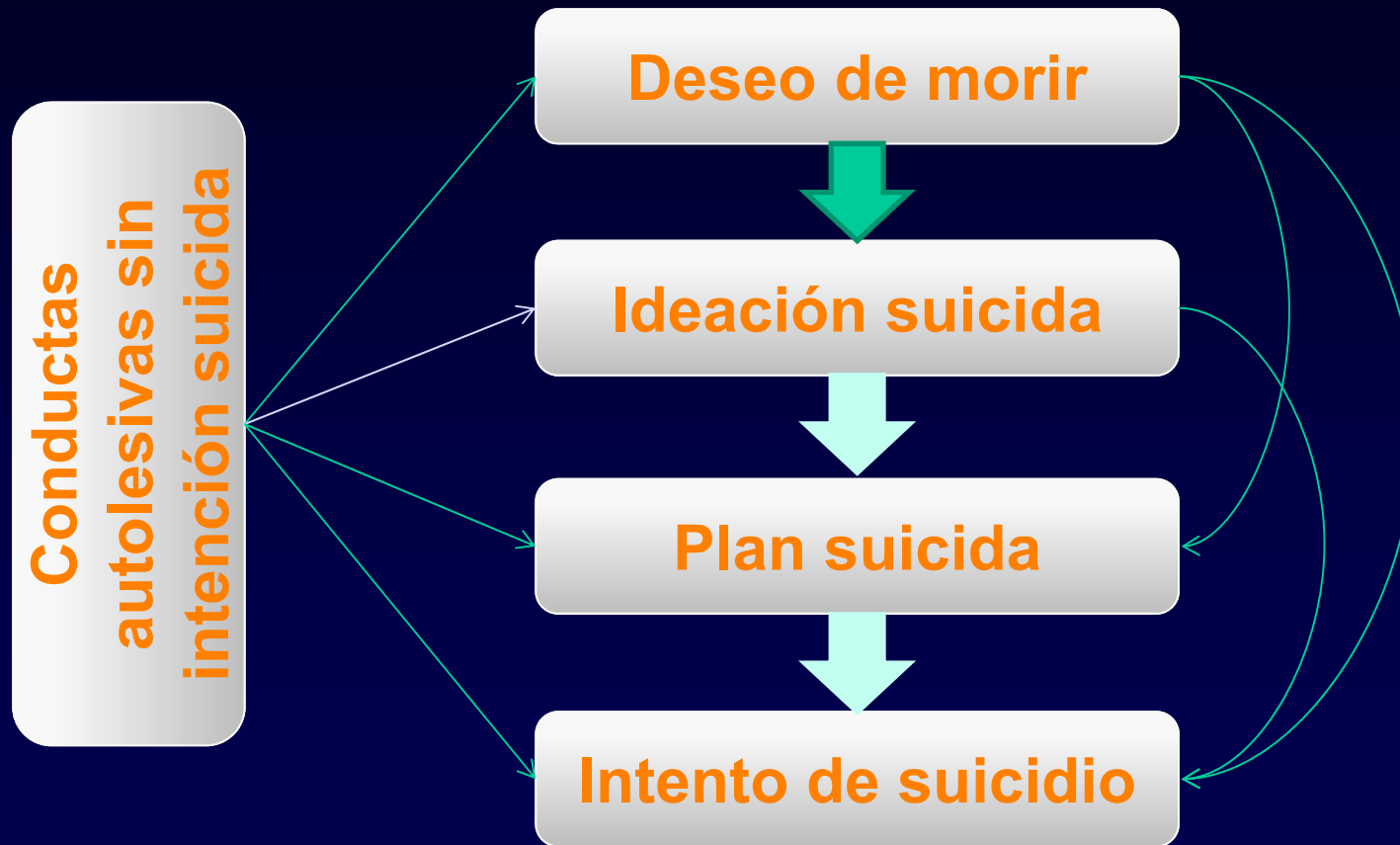
Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors.

Silverman MM1, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE.

INTRODUCCION

- ✓ El concepto de **conducta suicida** incluye la idea, la planificación, el intento y el suicidio consumado
- ✓ Autolesiones no suicidas
- ✓ Es importante definir claramente estos conceptos y emplear la misma terminología en la clínica y en investigación

INTRODUCCION



INTRODUCCION



Figura 5. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment

INTRODUCCION



Figura 6. Conductas autoagresivas

INTRODUCCION

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

MANIFESTACIONES CLINICAS

EVALUACION Y TRATAMIENTO

Q J Med 2015; **108**:765–780

doi:10.1093/qjmed/hcv026 Advance Access Publication 31 January 2015

Review

QJM

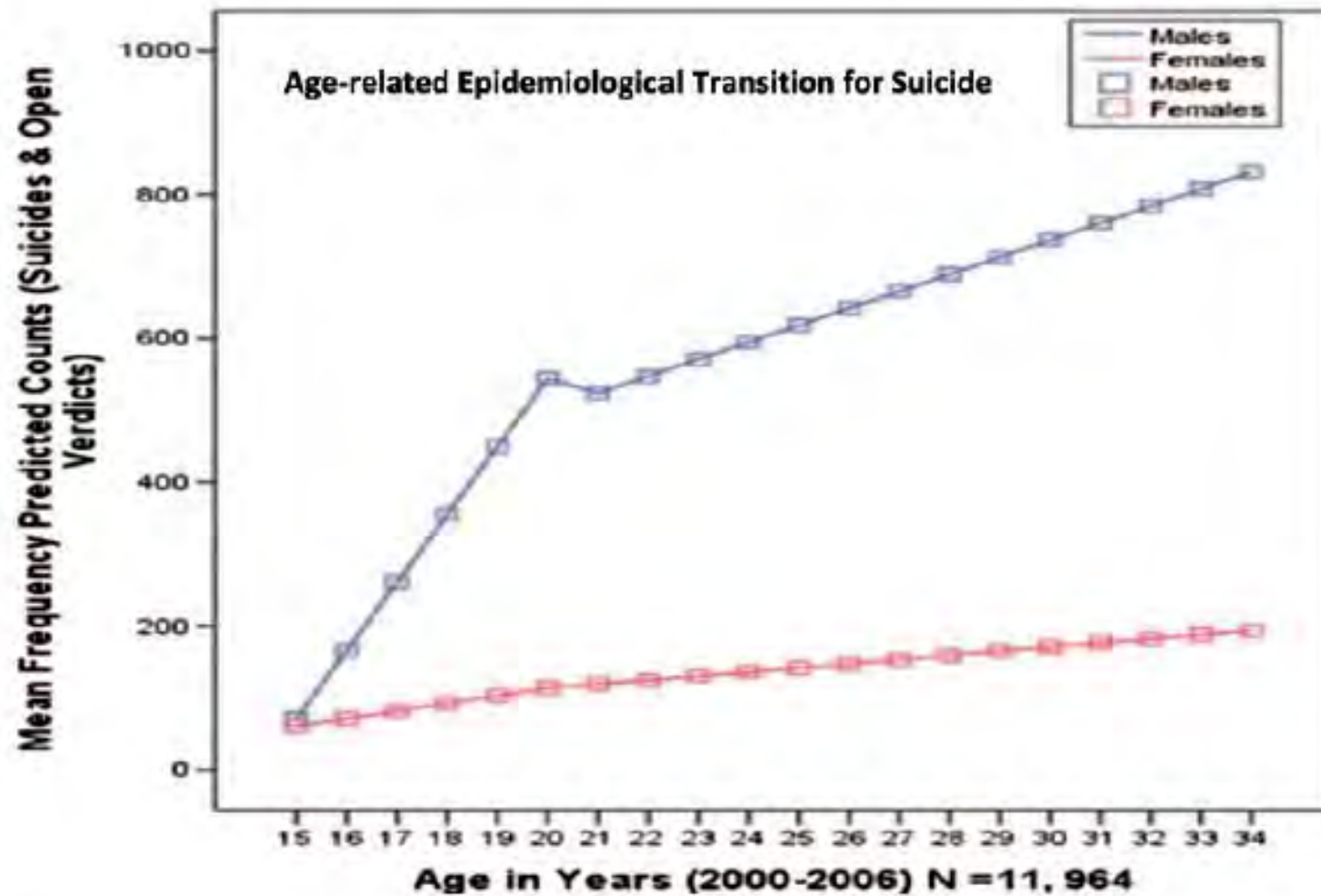
Global trends in teenage suicide: 2003–2014

A.B. McLOUGHLIN¹, M.S. GOULD² and K.M. MALONE¹

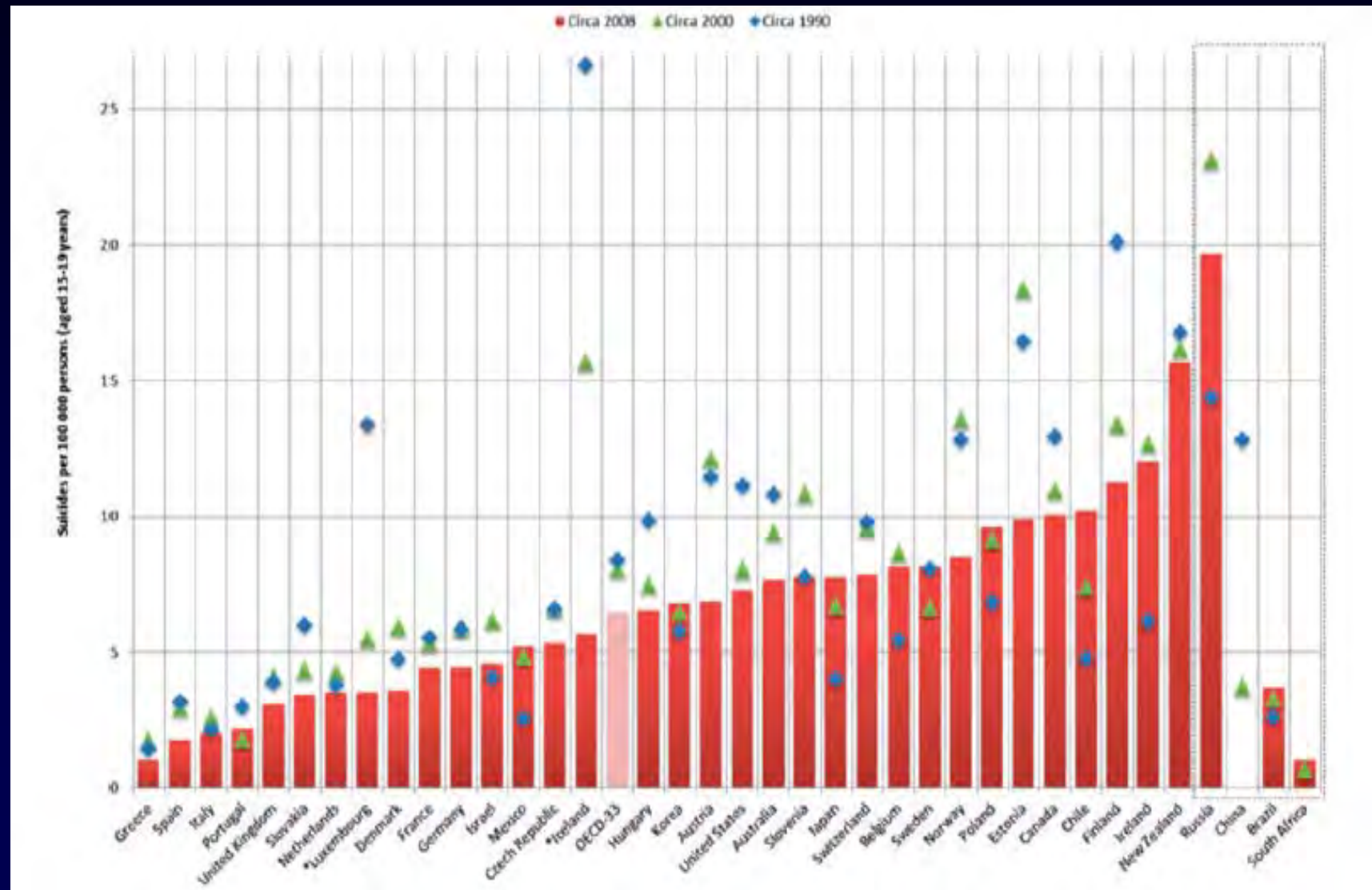
From the ¹Department of Psychiatry, Psychotherapy & Mental Health Research, St. Vincent's University Hospital and School of Medicine & Medical Science, University College Dublin, Elm Park, Dublin 4, Ireland and ²Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Epidemiology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University/New York State Psychiatric Institute, Riverside Drive, New York, NY 10035, USA

Address correspondence to Aoibheann McLoughlin, Department of Psychiatry, Psychotherapy & Mental Health Research, St. Vincent's University Hospital and School of Medicine & Medical Science, University College Dublin, Elm Park, Dublin 4, Ireland. email: aoibheannmcloughlin@gmail.com

EPIDEMIOLOGIA



EPIDEMIOLOGIA



EPIDEMIOLOGIA

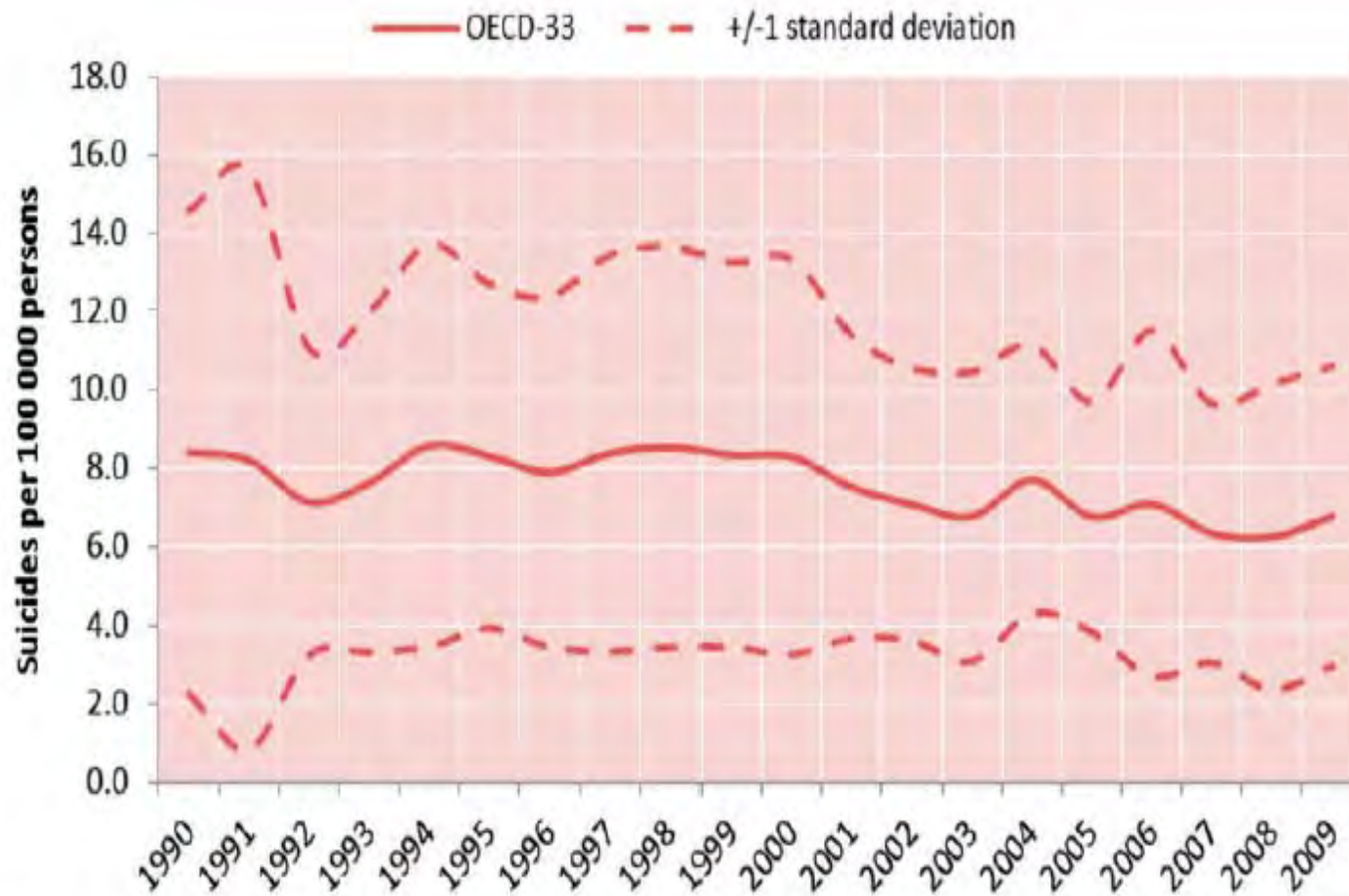
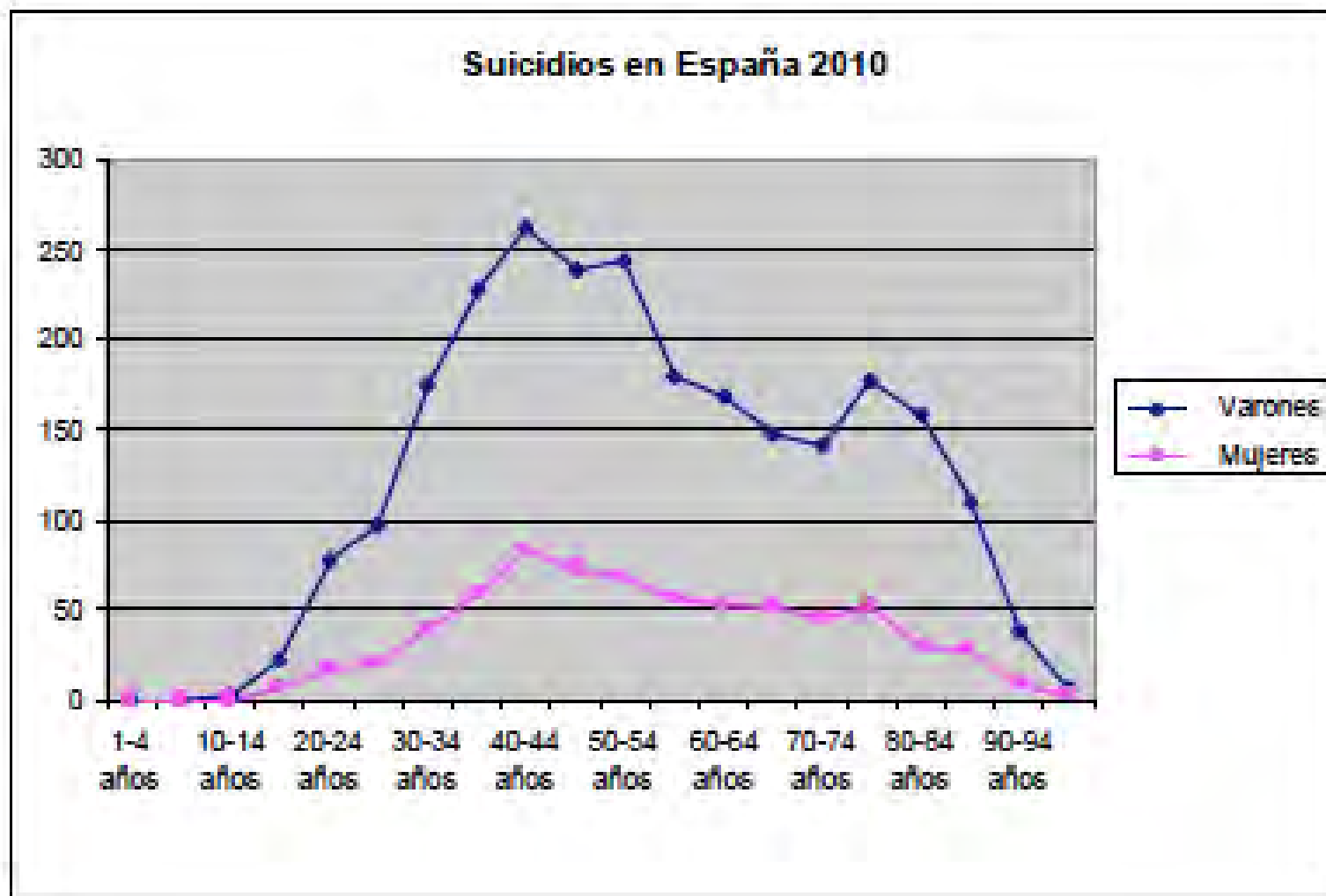


Figure 3. Chart CO4.1.A: falling suicide rates for most OECD countries. Source: OECD–Social Policy Division–Directorate of Employment, Labour and Social Affairs.¹⁵ Suicides per 100 000 persons 15–19 years old, OECD-33 average from 1990 to 2009.

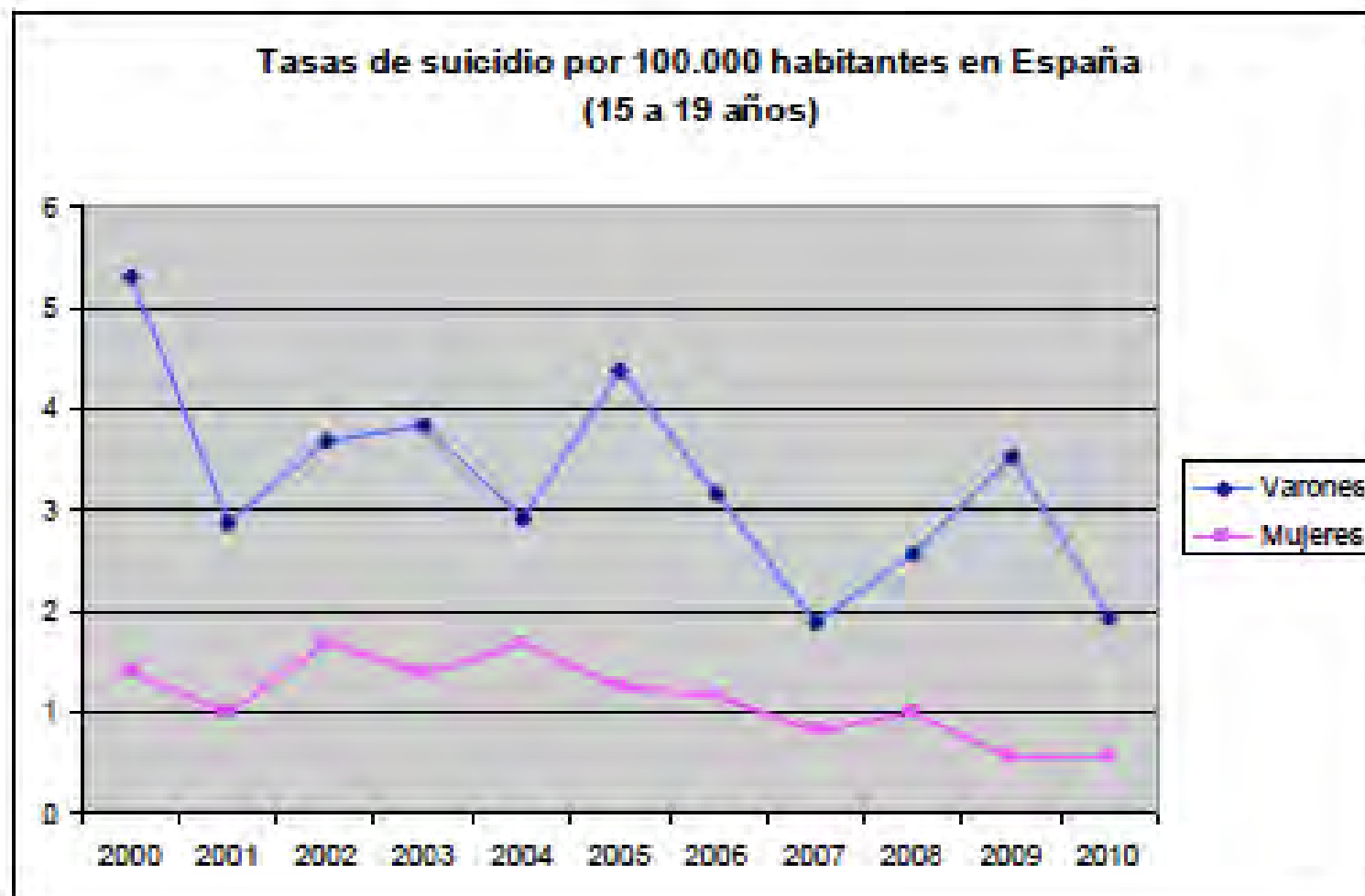
EPIDEMIOLOGIA



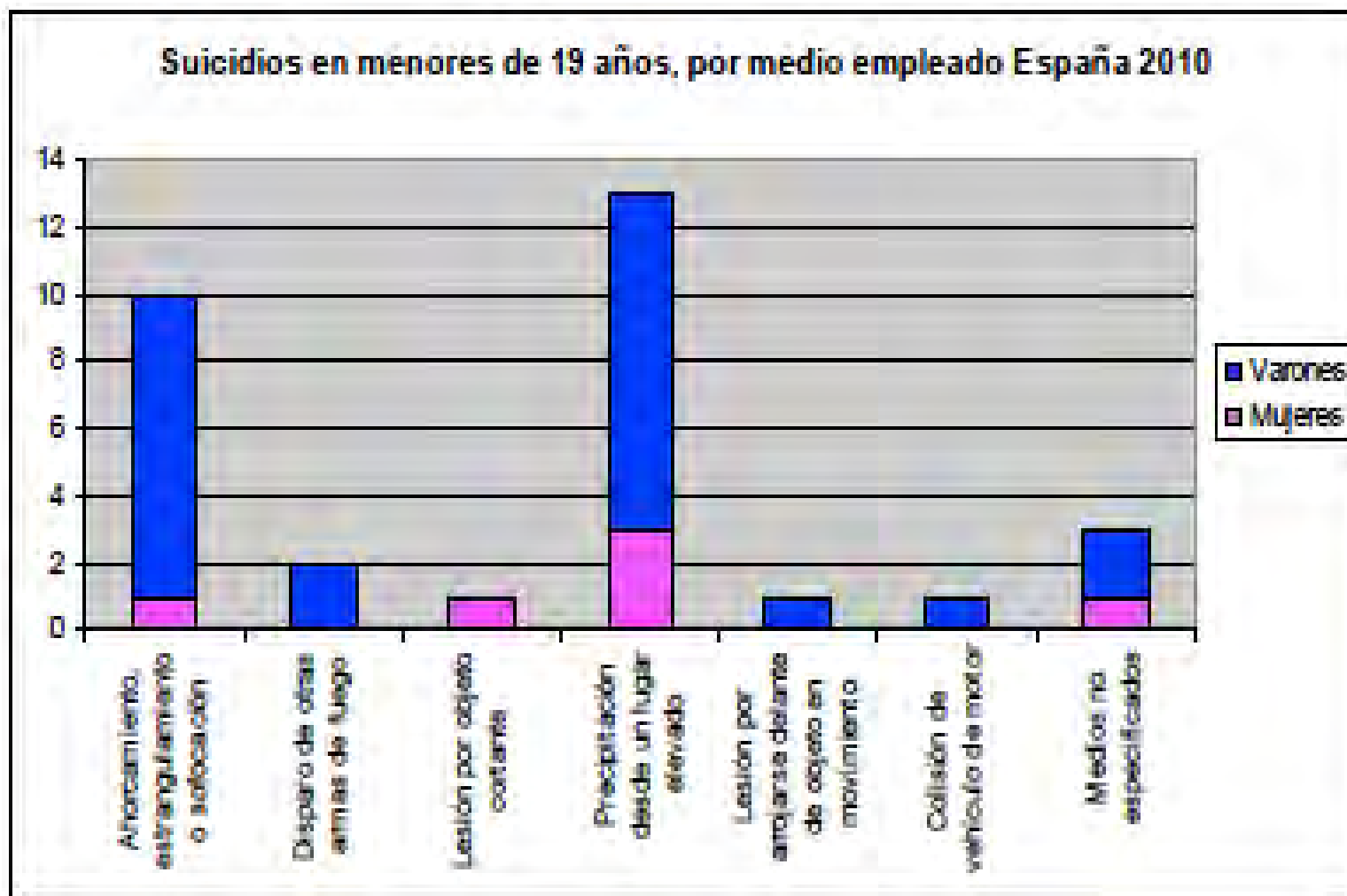
EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Estudios epidemiológicos sobre el comportamiento suicida se centran en pacientes con suicidios consumados
 - ✓ se declaran casos en registros nacionales
 - ✓ cifras disponibles subestiman prevalencia real
 - ✓ prevalencias varían según características sociodemográficas

EPIDEMIOLOGIA



EPIDEMIOLOGIA



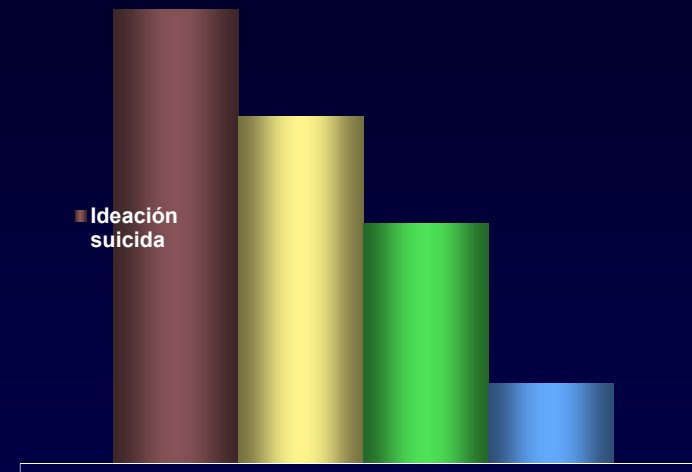
EPIDEMIOLOGIA

suicidio consumado

intento autolítico

planificación autolítica

ideación autolítica



WHO, 2000
CDC, 2005

EPIDEMIOLOGIA

❖ Conducta autolesiva no suicida (NSSI)

EPIDEMIA?

- destrucción directa y deliberada de los tejidos del cuerpo SIN intención suicida (Nock y Favazza, 2009)
- comportamiento NSSI convirtiendo en alarmantemente prevalente (adolescentes)
 - NSSI generalmente empieza entre 12 y 14 años de edad (Jacobson y Gould, 2007)

EPIDEMIOLOGIA

❖ Conducta autolesiva no suicida (NSSI)

EPIDEMIA? 17.2%

❖ Entre las 5 mayores amenazas para la salud de los adolescentes (OMS)

	NSSI Adolescentes
Muestras Epidemiológicas	5-18%
Muestras Clinicas (hospitalizados)	32-50%

EPIDEMIOLOGIA

Original	
Emma Ortíz^{1*} Lisa Ferrer² María Ferrer³ Daniela Zúñiga³ 11.4 %	Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies ¹Universidad de Costa Rica, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica ²Centro de Salud Mental Infancia-Juvenil del Hospital General de San José, San José, Costa Rica ³Universidad Católica de Costa Rica, San José, Costa Rica

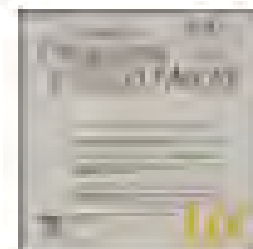
EPIDEMIOLOGIA

Rev. Psiquiatr. Salud Ment. (Barc.). 2013;8(2):137-145.



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/psaludmental



ORIGINAL

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



21.7 %

Mónica Díaz de Neira ^{a,c}, Rebeca García-Nieto ^a, Victoria de León-Martínez ^a,
Margarita Pérez Fominaya ^a, Enrique Baca-García ^{a,b} y Juan J. Carballo ^a

^a Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz-Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

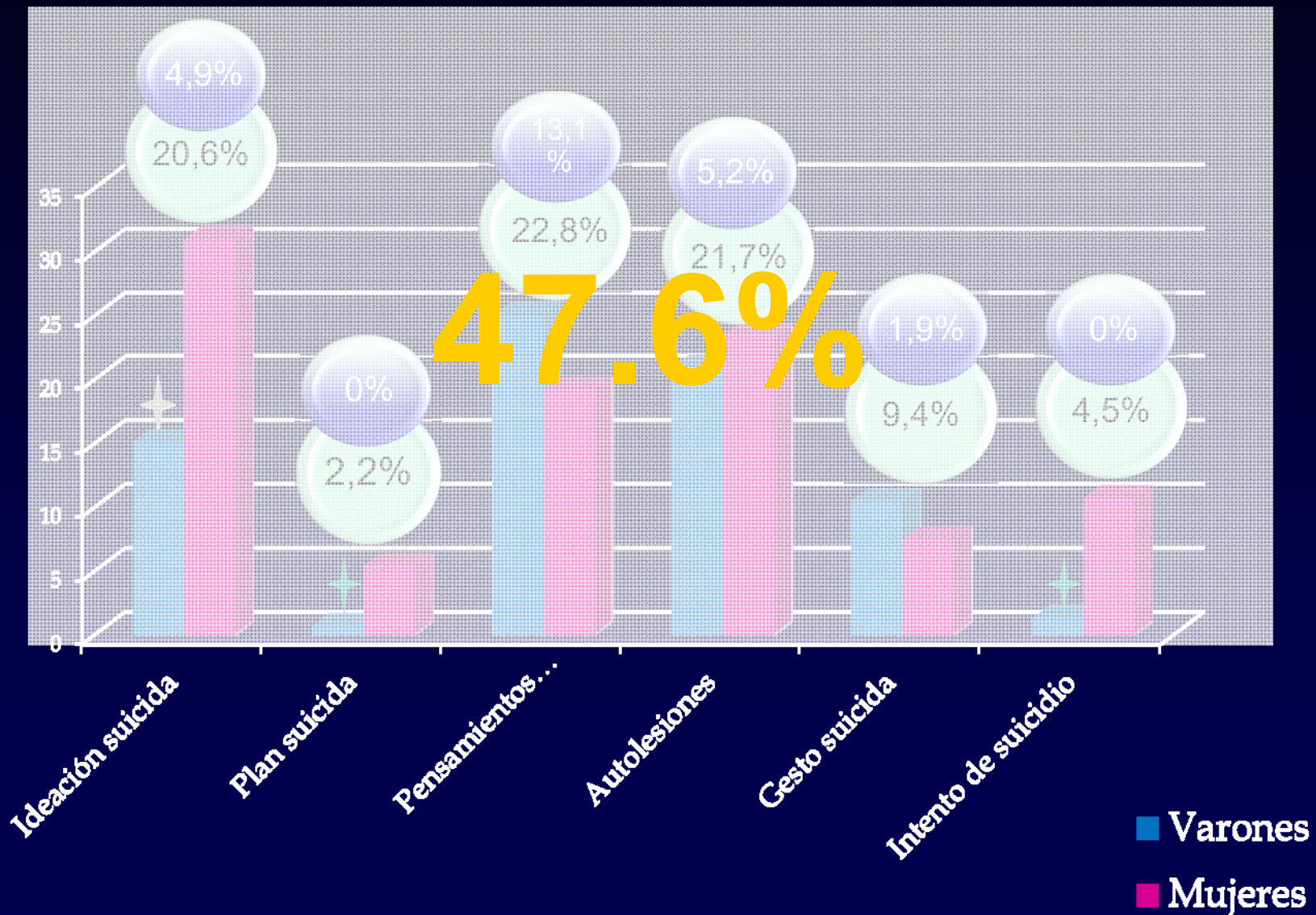
^b Departamento de Psiquiatría, New York State Psychiatric Institute, Nueva York, NY, Estados Unidos

Recibido el 23 de junio de 2013; aceptado el 30 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 7 de noviembre de 2013

EPIDEMIOLOGIA

prevalencia



EPIDEMIOLOGIA

distribución por edad*

	Ideación	Plan	Pensamiento s NSSI	NSSI	Gestos	Intentos
11-12 años	11,8%	1,5%	22,1%	14,7%	5,9%	1,5%
13-14 años	20,6%	1,5%	25%	19,1%	5,9%	1,5%
15-16 años	21,5%	4,3%	28%	23,7%	14%	8,6%
17 años	35,1%	0	27%	32,4%	10,8%	5,4%



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com



ScienceDirect

Psychiatry Research 157 (2008) 131–137

PSYCHIATRY
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/psychres

Is attempted suicide different in adolescent and adults?

Mara Parellada^{a,*}, Pilar Saiz^b, Dolores Moreno^a, Jorge Vidal^c, Cloe Llorente^a,
Mar Álvarez^a, Paz García-Portilla^b, Ana Ruiz-Sancho^a,
Celso Arango^a, Julio Bobes^b

^a *Adolescent Inpatient Unit, Department of Psychiatry, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain*

^b *Department of Psychiatry, Universidad de Oviedo, Oviedo, Spain*

^c *Montreal Day Hospital for Children and Adolescents, Madrid, Spain*

Received 4 June 2006; received in revised form 24 October 2006; accepted 12 February 2007

EPIDEMIOLOGIA

- ✓ El método de IS más empleado tanto por adolescentes como por adultos fue la **sobredosis medicamentosa**
- ✓ En el caso de los **adolescentes** fue fundamentalmente con **analgésicos** que no requieren prescripción médica, mientras los adultos lo hicieron principalmente con psicofármacos
- ✓ El segundo método más empleado por adolescentes fueron los **cortes**, poco frecuentes en los adultos

EPIDEMIOLOGIA

Archives of Suicide Research

[Volume 19, Issue 2, 2015](#)



CrossMark

Original Articles

Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents

[Rebeca García-Nieto^{a*}](#), [Juan I. Cuthallo^a](#), [Mónica Díaz de Neira Hernández^a](#), [Victoria de León-Martínez^a](#) & [Enrique Baca-García^{a,b}](#)

EPIDEMIOLOGIA

- ✓ La edad media de inicio de NSSI fue de 10,6 años (DE = 3,6)
- ✓ No diferencia de prevalencia ni inicio por sexo
- ✓ Los métodos más frecuentemente utilizados de NSSI para adolescentes de la muestra fueron:
 - ✓ **golpearse** a uno mismo (72,4%)
 - ✓ **cortarse** uno mismo (25,9%)
 - ✓ **arañarse** uno mismo (22,4%)

EPIDEMIOLOGIA

* Características NSSI

❖ **METODOS:**

❖ **27,6%** más de un tipo de NSSI

❖ **1,5%** atención médica requerida

❖ **98,3%** dedica a NSSI impulsivamente

❖ con menos de una hora de la planificación

❖ uso alcohol / drogas antes de participar en NSSI
(sesgo deseabilidad???)

INTRODUCCION

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

MANIFESTACIONES CLINICAS

EVALUACION Y TRATAMIENTO



FACTORES DE RIESGO

Conductas

FACTORES DE RIESGO

o **DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

- Trastorno externalizantes
- Trastorno afectivo

o **FACTORES SOCIALES O AMBIENTALES**

- Aislamiento, rabia, estrés

o **DISTORSIONES COGNITIVAS**

- Desesperanza
- Estilos de afrontamiento inadecuados (impulsividad, agresividad, catastrofismo)

o **HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA, CONDUCTA AUTOLÍTICA O DE ABUSO DE SUSTANCIAS**

o **HISTORIA DE ABUSO INFANTIL**

FACTORES DE RIESGO

Prevención de suicidio en adolescentes:

Reconocimiento, detección y manejo de
factores de riesgo específicos de
conducta suicida

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

FACTORES DE RIESGO

TABLA 28.2. Clasificación multiaxial de los factores de riesgo para el comportamiento suicida en niños

Eje I	Trastornos psiquiátricos
Eje II	Trastornos de personalidad Rasgos de personalidad
Eje III	Sexo, edad, raza Enfermedades médicas Factores neurobiológicos (genéticos, sistema serotoninérgico, eje HPA, sueño)
Eje IV	Acontecimientos vitales estresantes, historia de abuso, antecedentes familiares psiquiátricos Disponibilidad de métodos potencialmente letales
Eje V	Alteración funcionamiento psicosocial

FACTORES DE RIESGO

DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS QUE ANTECEDEN A UN SUICIDIO EN ADOLESCENTES



FACTORES DE RIESGO

- ✓ Hasta el 90% de los adolescentes que consuman un suicidio presentaban un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte
- ✓ Además, en torno al 70% presentaba más de un trastorno psiquiátrico
- ✓ Asimismo, el 80% de los adolescentes que realizan un intento de suicidio presenta un trastorno psiquiátrico en el momento del intento

FACTORES DE RIESGO

- ✓ El suicidio es nueve veces más frecuente en niños con antecedente de ingreso psiquiátrico (independientemente del motivo del ingreso), sobre todo durante el primer año tras el alta
- ✓ Cuando el motivo del ingreso es un intento de suicidio, el riesgo de que el sujeto lo vuelva a intentar aumenta, sobre todo, durante los 6 primeros meses tras el alta

FACTORES DE RIESGO

- ✓ La depresión es el diagnóstico más frecuente en adolescentes con suicidio consumado (32-54%)
- ✓ El trastorno depresivo aumenta 27 veces el riesgo de suicidio (Brent, 1993), sobre todo en mujeres y cuando está asociado a un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno psicótico

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Una quinta parte de las víctimas de suicidio sufrían Enfermedad Bipolar
- ✓ TB aumenta el riesgo de suicidio unas nueve veces, en todas sus fases: maníaca, hipomaníaca, mixta (sobre todo si existe ciclación rápida) y depresiva.
- ✓ Además, el diagnóstico Enfermedad bipolar es más prevalente en suicidios consumados que en intentos de suicidio, lo que indica gravedad

FACTORES DE RIESGO

- ✓ El abuso de sustancias es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente en las víctimas de suicidio de la población pediátrica
- ✓ Está presente en el 27-62% de estos pacientes, sobre todo en varones a partir de los 16 años y aumenta el riesgo de suicidio unas ocho veces

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Existe un trastorno de comportamiento (trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta) en el 30-50% de los suicidios
- ✓ Trastornos de ansiedad, psicosis, TCA
- ✓ Trastornos de personalidad

FACTORES DE RIESGO

Published in final edited form as:

Am J Prev Med. 2014 September ; 47(3 0 2): S152–S162. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.009.

Neurobiological Risk Factors for Suicide Insights from Brain Imaging

Elizabeth T. Cox Lippard, PhD, Jennifer A.Y. Johnston, MA, and Hilary P. Blumberg, MD
Department of Psychiatry (Lippard, Johnston, Blumberg), Department of Diagnostic Radiology (Blumberg), and the Child Study Center (Blumberg), Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut

Evidence synthesis—Although many studies include small samples, and subject characteristics and imaging methods vary across studies, there were convergent findings involving the structure and function of frontal neural systems and the serotonergic system.

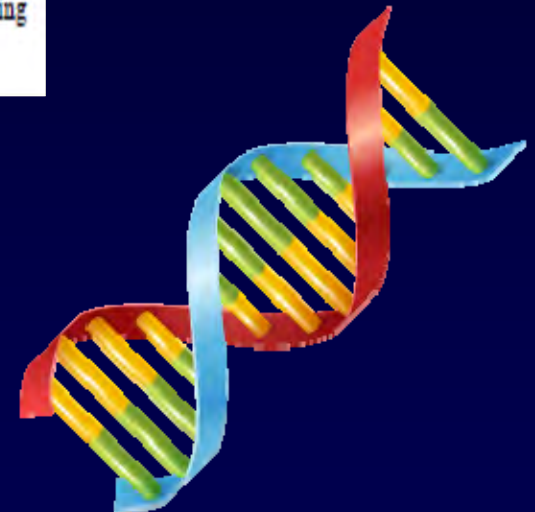
NEUROENDOCRINE SYSTEM

FAMILIAL TRANSMISSION OF SUICIDAL BEHAVIOR

GENETIC FACTORS LINKED TO SUICIDALITY

GENE–ENVIRONMENT INTERACTION

GENE–ENVIRONMENT AND TIMING



FACTORES DE RIESGO: D A M E

Table 2. A summary of risk factors for suicide by adolescents^{9,21}

Demographic	Clinical	Family and environment	Mental state
• Male • Older adolescence (versus younger) • Non-heterosexual orientation	• Psychiatric diagnosis • Recent discharge from psychiatric hospital • Past suicide attempt • Family history of suicide • Child sexual abuse/rape • Childhood history of trauma • Severe insomnia • Poor physical health with functional impairment (eg. epilepsy) • Personality traits (eg. neuroticism, perfectionism) • Low self-esteem • Poor treatment compliance	• Life stresses, particularly unemployment and legal and school problems • Access to lethal means • Lack of social supports • Contagion – exposure to others demonstrating suicidal behaviour (imitation, coping strategy) • Non-intact families (eg. divorce) • Parental mental illness • Impaired relationship with parents • Poor communication with father • Perceived excessive control and low care by parents • Indigenous heritage	• Suicidal thoughts, especially if pervasive and involving planning • Homicidal ideation • Alcohol and illicit drug intoxication • Severe anxiety/agitation, hopelessness • Impulsivity • Impaired problem solving skills

D: demográficos; A: antecedentes; M: mental; E: estresores

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Ningún factor de riesgo es patognomónico de conducta suicida
- ✓ Muchos factores de riesgo se relacionan entre sí
- ✓ Es difícil precisar la importancia relativa de cada factor de riesgo y el riesgo de suicidio total
- ✓ Algunos factores de riesgo actúan como precipitantes, mediadores o modificadores de otros factores de riesgo, interactuando entre sí

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Un joven de 15 años de edad acude traído por su madre a la urgencia pediátrica porque ha ingerido varios comprimidos de ibuprofeno en su domicilio
- ✓ Como antecedentes médicos se recoge hemangioma congénito en la mejilla izquierda, ha sido incordiado en el colegio repetidamente por su aspecto físico
- ✓ A nivel familiar ha sido criado solo por su madre soltera, quien describe que en este curso han bajado sus calificaciones y le nota más desanimado y triste. Ha encontrado un mensaje de despedida en un chat del móvil

FACTORES DE RIESGO NSSI

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad, Problemas Cond.
Intento autolítico/Ideación autolítica

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Bullying, Preocupación Orientación Sx, Conflictos familiares

DISTORSIONES COGNITIVAS

Desesperanza, estilo cognitivo negativo

Estilos de afrontamiento inadecuados: impulsividad

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA, CONDUCTA AUTOLÍTICA O DE ABUSO DE SUSTANCIAS

HISTORIA DE ABUSO INFANTIL: Entornos invalidantes

FACTORES DE RIESGO

Published in final edited form as:

Clin Psychol Rev. 2015 December ; 42: 156–167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002.

Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury

Kathryn R. Fox^{*,a}, Joseph C. Franklin^a, Jessica D. Ribeiro^{a,b}, Evan M. Kleiman^a, Kate H. Bentley^c, and Matthew K. Nock^a

^a Department of Psychology, Harvard University, United States

^b Military Suicide Research Consortium, United States

^c Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, United States

HIGHLIGHTS

- We conducted a weighted random-effect meta-analysis of NSSI risk factor studies.
- Results suggested significant, but weak, NSSI risk factor magnitude.
- A prior history of NSSI was the strongest risk factor (odds ratio around 6).
- Remaining risk factor magnitudes were low, suggesting limited clinical utility.
- Continuous NSSI measurement resulted in stronger NSSI risk factor magnitude.

FACTORES DE RIESGO

RELACIÓN ENTRE NSSI Y CONDUCTA SUICIDA

COMORBILIDAD

Aunque conducta diferentes se observan frecuentemente en el mismo paciente

¿Funciones equivalentes?

NSSI FACTOR DE RIESGO FUTURO DE CONDUCTA SUICIDA

“Acquired capability for suicide” Teoría interpersonal del Suicidio

FR comunes

FACTORES DE RIESGO

FUNCIONES

INTRAPERSONAL (regulación emocional):

- ❖ Afecto negativo máximos niveles antes de NSSI
- ❖ Afecto positivo incrementado tras episodio de NSSI:
 - ❖ mantenedor de conducta NSSI y predictor de futuros episodios de NSSI

INTERPERSONAL (función social):

- ❖ NSSI: asociada a apego inseguro a la madre, a eventos vitales estresantes y percepción de rechazo
- ❖ Refuerzo social tras NSSI puede mantener NSSI

INTRODUCCION

EPIDEMIOLOGIA

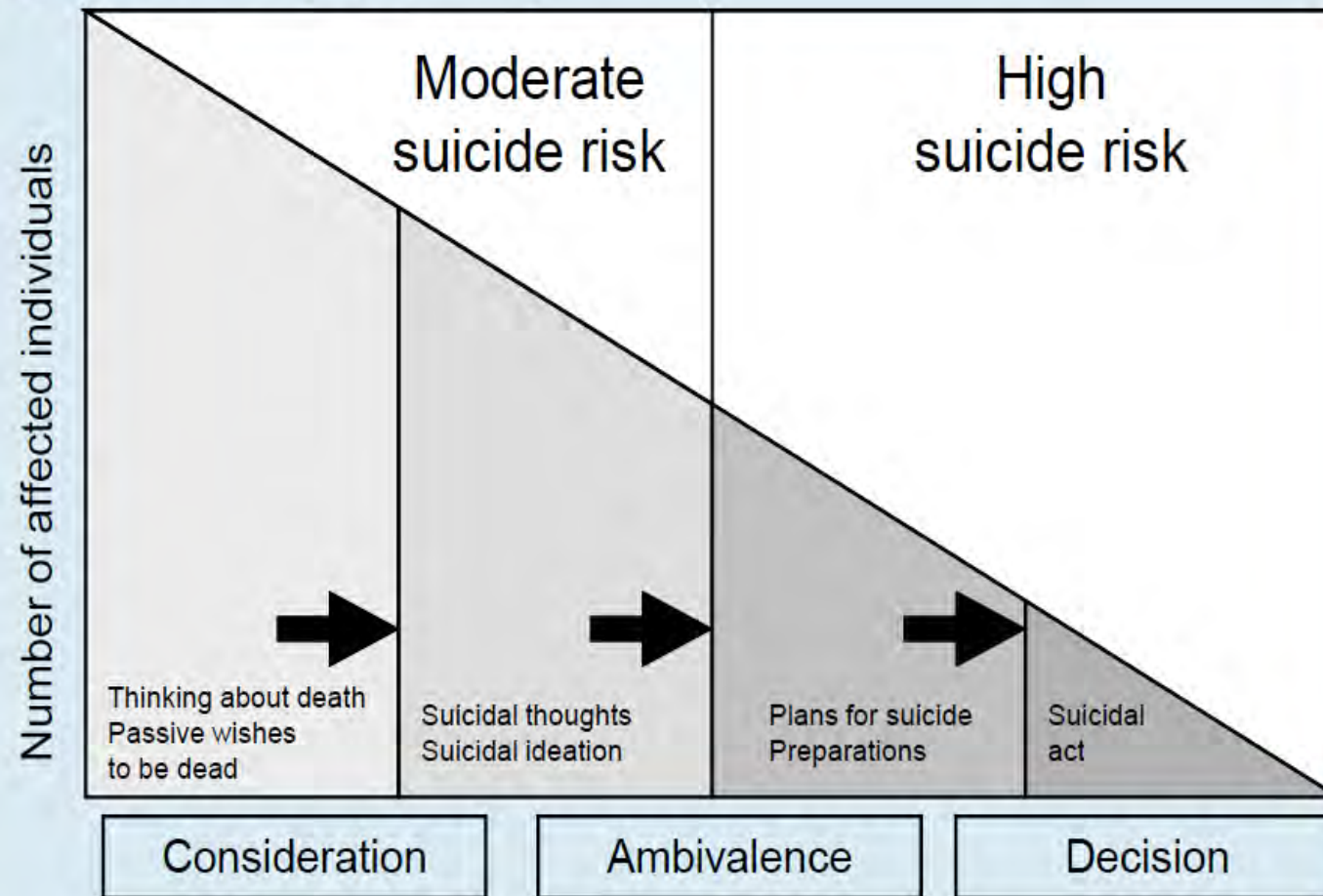
FACTORES DE RIESGO

MANIFESTACIONES CLINICAS

EVALUACION Y TRATAMIENTO

MANIFESTACIONES CLINICAS

Figure E.4.3 Stages of suicidality*



*From Bronisch and Hegerl (2011)

MANIFESTACIONES CLINICAS

- ✓ La idea de suicidio puede ser pasiva, es decir, sobre el deseo de estar muerto o activa, ideas sobre la forma de suicidarse
- ✓ Ambos tipos aumentan el riesgo de suicidio
- ✓ La gravedad de la ideación autolítica depende del nivel de planificación y del grado de intencionalidad
- ✓ La mayoría de las ideas de suicidio son episódicas y transitorias. Aparecen en un momento (fugaz o duradero), generalmente tras un impulso de cólera, frustración

MANIFESTACIONES CLINICAS

✓ Consideración evolutiva

- Ideas transitorias de muerte son comunes en adolescentes

no indican por sí mismas presencia de psicopatología

✓ Atención al proceso/desarrollo de pensamiento

- ideación suicida como la única solución a sus problemas

RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

MANIFESTACIONES CLINICAS

- ✓ INTENTO DE SUICIDIO: conducta autodirigida potencialmente agresiva que ha sido realizada por la persona con la intención de quitarse la vida siendo el resultado no letal, pudiendo producirse o no alguna lesión
- ✓ Con frecuencia un intento de suicidio es un acto impulsivo:
 - ✓ **Varones**: mayor intención de muerte y mayor nivel de planificación, utilizan métodos más letales y evitan la posibilidad de que surja una ayuda externa

MANIFESTACIONES CLINICAS

- ✓ Los adolescentes que intentan suicidarse reiteradamente suelen planificar más el siguiente intento de suicidio
- ✓ Además, tienen una mayor intención de muerte y refieren decepción por no haberse muerto
- ✓ Generalmente se asocian a una psicopatología más severa, ideación suicida más intensa y reticencia a hablar sobre estos pensamientos.
- ✓ Hasta el 70% utiliza un método similar en el siguiente, en torno al 30% cambia a un método más letal

MANIFESTACIONES CLINICAS: NSSI

- ✓ Las diferencias de género son menores que en la conducta suicida
- ✓ Los adolescentes que muestran conductas autolesivas tienen un riesgo aumentado de intentar, y por lo tanto cometer suicidio
- ✓ Dos grupos: uno que lo hace frecuentemente por un tiempo corto (la gran mayoría), y otro que lo hace de manera repetitiva
 - ✓ Hasta 77% de los adolescentes en muestras clínicas que reportan conducta autolesiva también reportan historia de intentos suicidas
 - ✓ La gran mayoría de adolescentes en muestras comunitarias no reportan una historia de intentos suicidas

MANIFESTACIONES CLINICAS: NSSI

- **Depresión** como factor de riesgo para presentación y repetición de pensamientos y conducta NSSI
- **Internalización de ira** asociada específicamente a las conductas NSSI
 - Sugiere que adolescentes más vulnerables si presentan tendencia a internalización de ira tendrían mayor riesgo de actuar sobre pensamientos de autolesión
- Resultados muy replicados:
 - *NSSI empleada para lidiar con sentimientos de depresión e ira* (Peterson et al., 2008).

RESEARCH ARTICLE

Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review

Salome Grandclerc^{1,2,3*}, Diane De Labrouhe^{1,2,3}, Michel Spodenkiewicz^{3,4,5,6},
Jonathan Lachal^{1,2,3}, Marie-Rose Moro^{1,2,3}

the story of the findings from the included studies. Our narrative systematic review of 64 articles found that they share the same risk factors. Integrated models envision nonsuicidal self-injury as a gateway enabling teens to acquire the capability for suicide. Because sui-

INTRODUCCIÓN

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

MANIFESTACIONES CLINICAS

EVALUACION Y TRATAMIENTO

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ La valoración del comportamiento suicida debe cumplir tres objetivos:
 - Identificar los factores de riesgo y los factores protectores
 - Estimar el riesgo de suicidio global
 - Establecer un plan terapéutico para eliminar ese riesgo

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ El abordaje terapéutico de un niño con comportamiento suicida y/o autolesivo debe ser **individualizado** teniendo en cuenta las características específicas y del ambiente de cada paciente y su familia
- ✓ Debido a la elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica y a la posibilidad de presentar múltiples factores de riesgo que interfieren en varias áreas de su funcionamiento, el comportamiento suicida y/o autolesivo requiere un abordaje **multidisciplinar**

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ El proceso terapéutico se divide en:
- ✓ **Tratamiento agudo o urgente (Servicio de Urgencias)**
- ✓ Tratamiento a corto plazo (consultas externas, hospitalización del Servicio de Psiquiatría Infantil y del adolescente), que se puede extender varios meses o años en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial (Pffefer, 2007).

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ El primer paso es forjar una alianza terapéutica con el niño y con sus padres
- ✓ Se ha de favorecer una comunicación abierta y sincera, evitando la coerción, la crítica y banalización
- ✓ La alianza terapéutica conseguida en el primer contacto fomenta la adherencia terapéutica en el futuro

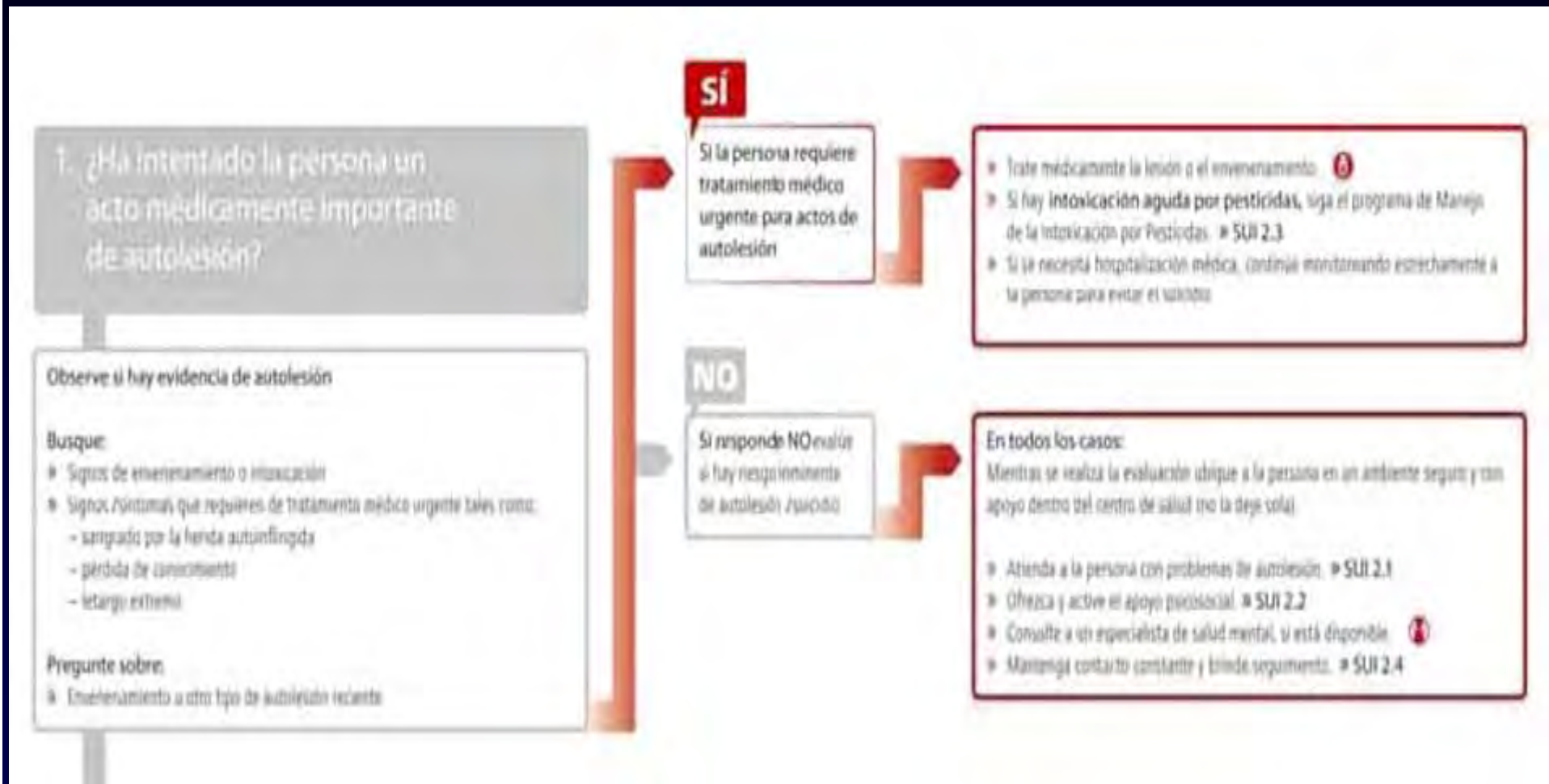
EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ Preguntar a un niño si presenta ideación o intención suicida no provoca ni precipita el comportamiento suicida y tampoco aumenta el estrés, incluso en niños con factores de riesgo
- ✓ La fiabilidad de la estimación del riesgo de suicidio es máxima en el momento en el que se realiza («aquí y ahora») y va disminuyendo con el tiempo, ya que la suicidabilidad no es estática y puede cambiar de forma inesperada

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- ✓ La valoración del comportamiento suicida se debe realizar de manera sistemática para que ningún factor de riesgo o de protección pase inadvertido
- ✓ Para esto pueden resultar útiles el uso de algunas escalas especialmente diseñadas para esta población, como The Columbia–Suicide Severity Rating Scale

EVALUACION Y TRATAMIENTO OMS



EVALUACION Y TRATAMIENTO OMS



http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

EVALUACION Y TRATAMIENTO OMS



http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

EVALUACION Y TRATAMIENTO

Preguntas para la evaluación de la conducta suicida

Sentimiento sobre la vida

- ¿Alguna vez has pensado que no merecía la pena vivir?
- ¿Alguna vez has estado tan enfadado/triste/desesperado que... deseaste no estar vivo?
- ¿Has deseado irte a dormir y no despertar nunca más?

Pensamiento de muerte o suicidio

- ¿Has pensado en la muerte recientemente?
- ¿Has llegado al punto de querer hacerte daño?
- ¿Alguna vez has hecho algo que sabías que era tan peligroso que podía hacerte mucho daño o incluso morir?
- ¿Cuándo te percataste de estos pensamientos por 1ª vez? ¿Ocurrió algo en concreto que los provocó?
- ¿Cada cuánto te ocurren? ¿Cuánto te duran? ¿Son obsesivos? ¿Los controlas?
- ¿Cómo de cerca has estado en el pasado de llevar a cabo estos pensamientos?
- ¿Es probable que los lleves a cabo en el futuro?
- ¿Alguna vez has empezado a hacerte daño y paraste antes de hacerte daño?
- ¿Qué crees que pasaría si realmente consigues matarte?
- ¿Tienes un plan específico para suicidarte? ¿Cuál es?
- ¿Has hecho algún tipo de preparación para llevar a cabo ese plan?
- ¿Tienes acceso a armas de fuego/pastillas?
- ¿Le has contado a alguien más tu plan?
- ¿Cómo se presenta tu futuro?

EVALUACION Y TRATAMIENTO

Intento de suicidio previo	¿Qué pasó en el intento anterior? (circunstancias, precipitantes, visión del futuro, tóxicos, método, intención de muerte, letalidad) ¿Qué pensamientos corrían por tu cabeza justo antes del intento? ¿Qué pensaste que iba a pasar? ¿Deseabas morir? ¿Cómo te sentiste cuánto te diste cuenta de que no estabas muerto? ¿Te hiciste daño por alguna otra razón? ¿Estaban presentes otras personas? ¿Pediste ayuda después? ¿Ha cambiado tu visión, o sigue igual?
Intentos/Ideación de suicidio reiterados	¿Cuántas veces has intentado hacerte daño? ¿Cuándo fue la última vez? ¿Cuándo ocurrió el intento más grave?

EVALUACION Y TRATAMIENTO

TABLA 28.4. Valoración sistemática del riesgo de suicidio

Intento de suicidio	Intentos pasados Intento actual: persistencia deseo de muerte, intención, plan
Clínica	Estado mental (capacidad de juicio, agitación, psicosis, drogas (abuso o abstinencia) Trastornos psiquiátricos (humor, ansiedad, abuso de sustancias, comportamiento, conducta alimentaria, esquizofrenia) Antecedente de abuso Antecedentes médicos
Relaciones interpersonales	Colegio/trabajo, familia, amigos/pareja
Ambiente	Antecedentes familiares psiquiátricos (conducta suicida, trastornos psiquiátricos, abuso de tóxicos) Acontecimientos vitales estresantes Colegio/trabajo Estatus socio-económico Acceso a métodos de suicidio
Características socio-demográficas	Sexo, edad, raza, lugar de residencia, estado civil
Factores protectores	Creencias religiosas, cultura, razones para vivir, apoyo familiar y social, alianza terapéutica, adherencia al tratamiento, habilidades sociales y de resolución de conflictos
Valoración global	Bajo, moderado, alto

MANIFESTACIONES CLINICAS

TABLA 28.1. Factores que aumentan el riesgo de repetir un intento de suicidio

Intento(s) previo(s)
Todavía piensa en el suicidio
Consecuencia médica severa
Método poco habitual
Varón
Adolescente (16-19 años)
Vive solo
Humor deprimido, maníaco o mixto
Ansiedad intensa, agitación psicomotriz
Irritabilidad, disforia
Síntomas psicóticos

EVALUACION Y TRATAMIENTO OMS

Riesgo de SUICIDIO: Identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro	-	-
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
5	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes	Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación o intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar

EVALUACION Y TRATAMIENTO

Table E.4.12 Acute management of suicidal behaviour*

High risk or high changeability or low assessment confidence: Re-assess within 24 hours

- Ensure the patient is in an appropriately safe and secure environment
- Organise re-assessment within 24 hours
- Organise ongoing management and close monitoring
- Make contingency plans for rapid re-assessment if distress or symptoms escalate.

Medium risk (significant but moderate risk): Re-assess within one week

- Organise re-assessment within one week
- Make contingency plans for rapid re-assessment if distress or symptoms escalate

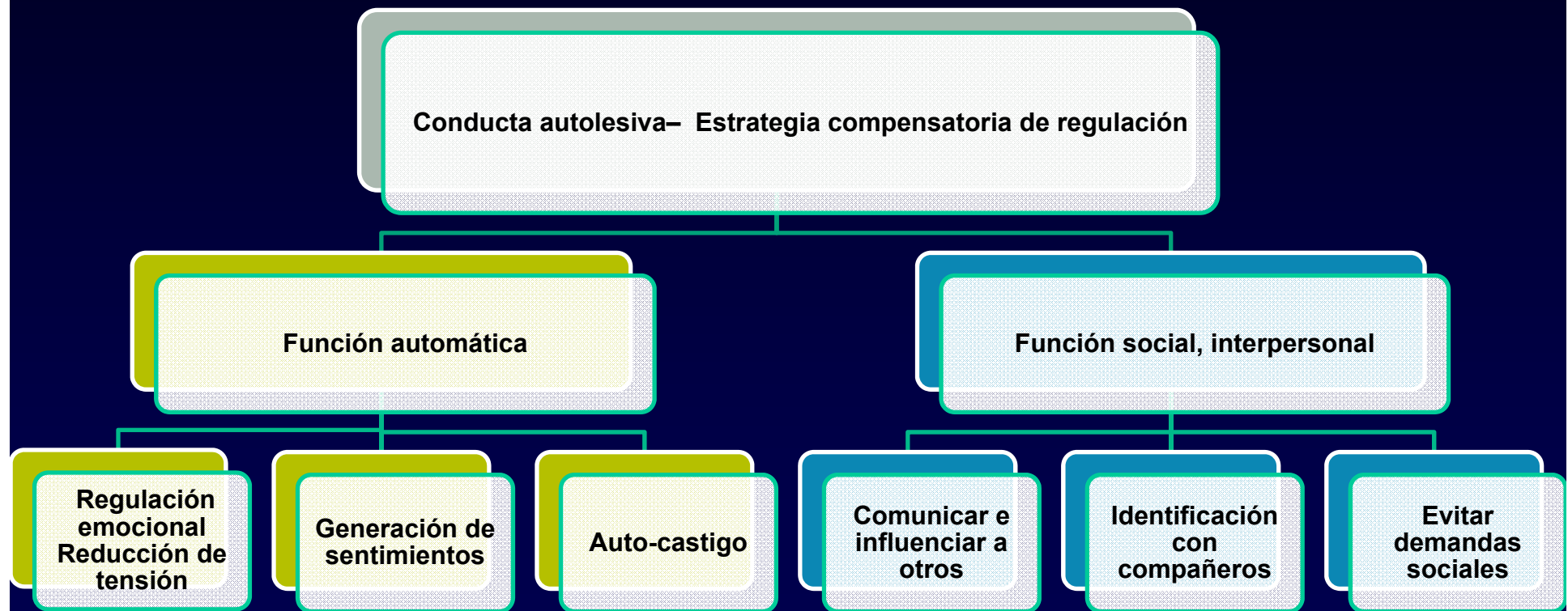
Low risk (definite but low suicide risk): Re-assess within one month

- Organise re-assessment within one month (timeframe for review should be determined based on clinical judgment)
- Reassess within one week after discharge from an in-patient unit
- Provide written information on 24-hour access to suitable clinical care

*NSW Department of Health (2004a, p21).

EVALUACION Y TRATAMIENTO

NSSI



EVALUACION Y TRATAMIENTO

Psychological interventions

Some promising news about psychosocial interventions for adolescent self-harm



David Brent

University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania, USA; brentda@upmc.edu

COMMENTARY ON: Ougrin D, Tranah T, Stahl D, *et al.* Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systemic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97–107.

Three types of treatment appear to be particularly promising with regard to the prevention of recurrent self-harm: dialectic behaviour therapy (RD=53%), cognitive behaviour therapy for depressed, substance abusing suicide attempters (RD=30%) and mentalisation therapy (RD=27%).

EVALUACION Y TRATAMIENTO

Published in final edited form as:

J Clin Child Adolesc Psychol. 2015 ; 44(1): 1–29. doi:10.1080/15374416.2014.945211.

Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth

Catherine R. Glenn*, Joseph C. Franklin, and Matthew K. Nock

Harvard University

Conclusions—Several treatments have shown potential promise for reducing SITBs in children and adolescents. However, the probably/possibly efficacious treatments identified each have evidence from only a single randomized controlled trial. Future research should focus on: replicating studies of promising treatments; identifying active treatment ingredients; examining mediators and moderators of treatment effects; and developing brief interventions for high-risk periods (e.g., following hospital discharge).

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- Intervenciones prometedoras:
 - **Terapia cognitivo-conductual:** aumento significativo de la eficacia en la reducción de intentos suicidas cuando se incluye entrenamiento parental
 - **Terapia dialéctico-conductual:** un estudio piloto ha demostrado reducción específica de NSSI. No RCTs
 - **Terapia basada en la familia:** probablemente eficaz para el manejo de la ideación suicida y conducta suicida o autolesiva

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- Intervenciones prometedoras:
 - **Terapia interpersonal:** probablemente eficaz para el manejo de la ideación suicida. Estudio piloto en NSSI
 - **Terapia psicodinámica :** terapia basada en la mentalización probablemente eficaz en conductas autolesivas suicidas y no suicidas.
- Elementos **comunes** a las intervenciones más eficaces:
 - Terapias intensivas
 - Focalizadas en el funcionamiento interpersonal
 - Incluyen a la familia
 - Abordan otros comportamientos desadaptativos o factores de riesgo (e.g.: consumo de sustancias)

EVALUACION Y TRATAMIENTO

- **Intervenciones farmacológicas**
- El tratamiento farmacológico indicado en niños con conducta suicida viene dado por el **trastorno psiquiátrico subyacente**:
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el caso de Trastorno depresivo o Trastorno de ansiedad
 - Estabilizadores del humor en la Enfermedad Bipolar
 - Antipsicóticos (preferiblemente atípicos) en el caso de psicosis o trastorno del comportamiento
 - Benzodiacepinas en presencia de agitación psicomotriz o insomnio
 - Los fármacos deben ser suministrados y custodiados, al menos inicialmente, por un adulto para evitar una sobreingesta (AACAP, 2001; Pffefer, 2007).

CONCLUSIONES

- Las conductas suicidas y autolesivas son muy prevalentes en la población adolescente y suponen un problema de salud pública
- En la prevención de estas conductas suicidas y autolesivas es fundamental el reconocimiento, detección y manejo de los factores de riesgo
- El establecer una buena alianza terapéutica es el primer paso antes de la evaluación del riesgo suicida
- La valoración del comportamiento suicida se debe realizar de manera sistemática
- Se están llevando a cabo intervenciones prometedoras en el tratamiento específico de las conductas suicidas y autolesivas

Muchas gracias por su atención