

La conducta autolítica: perspectiva clínica

Dra. María Juncal Ruiz

Psiquiatra infantil

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Hospital Sierrallana

27 de junio de 2022

Índice

- **Conductas autolíticas**
 - Autolesiones no suicidas
 - Conductas suicidas
- **Señales de alarma**
- **Alta vulnerabilidad**
- **Diagnóstico**
- **Valoración del riesgo suicida**
- **Intervención**
- **Conclusiones**



Conductas autolíticas

- **Definición:** cualquier pensamiento, idea o conducta **intencionada** cuyo objetivo sea generar un daño en uno mismo. Se clasifican en base a su función, finalidad e intencionalidad:

- **Autolesión no suicida**

- **Conducta suicida:**

- Ideas de suicidio
- Intento de suicidio
- Suicidio consumado



Autolesión

- **Definición:** daño intencionado y autoinfligido del tejido corporal **sin intención suicida** (cortes, contusiones, arañazos o marcas de la piel).
 - Epidemiología en población infanto-juvenil
 - **España:** 29% al menos una vez (población general) un 7,5% autolesiones recurrentes (población clínica).
 - **Pico promedio:** 13-14 años.
 - **Factores de riesgo:** mujer, AP de acontecimientos vitales estresantes (abuso, acoso escolar, negligencia) y problemas relacionados con la salud mental: T. afectivos, T. ansiedad, TCA, TEA, TLP, TUS, disforia de género).
 - Personas con alta reactividad emocional y baja tolerancia a estados emocionales intensos → estrategias impulsivas a corto plazo para regular sus emociones.
 - Espontánea VS influenciados por entorno social o redes sociales.
 - ¿Por qué?
 - **Función automática** de regulación emocional (de forma desadaptativa).
 - **Función social** con la intención de comunicar un malestar o influir en el comportamiento de otros (VS llamar la atención o manipulación).
 - **Provocar sentimientos en sí mismo:** "sentirse vivo". ¿Dolor?.
 - Clínica
 - 70-97% cortes: **antebrazo**, piernas y/o abdomen > 21-44% golpearse o arañarse > 15-35% quemarse.
 - **Planificada > impulsiva:** a solas y ante emociones o pensamientos negativos (desregulación emocional).
 - **Recurrentes:** aumentan el riesgo de T. mentales graves, consumo de sustancias e **intentos de suicidio (x3)**.
Intervención precoz en autolesiones → previene la conducta suicida.

Conducta suicida I

- **Definición:** conjunto de pensamientos y acciones que surgen cuando una persona se plantea terminar con su vida de forma intencionada.
 - Ideas de suicidio:
 - **Pasivas:** “ojalá me durmiera y no despertase” ... “para estar así preferiría morirme...”
 - **Activas:** “quiero matarme”.
 - **Fluctuantes y transitorias:** común en adolescentes sin que indique por sí mismo presencia de psicopatología. Importante la contextualización de las ideas de suicidio.
 - **Evaluar:** **planificación e intencionalidad.**
 - Intento de suicidio (IAL): conducta autodirigida e intencionada con el objetivo de terminar con su propia vida, siendo el resultado no letal.
 - 2018 (Fonseca et al.): 4% adolescentes refirieron haber realizado al menos un IAL en el último año.
 - **Mujeres > Varones.** 20-40% no estaban planificados.
 - **Explorar:** **antecedentes, intencionalidad real, planificación previa, previsión de ayuda, letalidad y emoción asociada al fracaso.**
 - **Métodos más frecuentes:** sobreingesta medicamentosa > ahorcamiento > cortes.
 - 10% de adolescentes repiten un IAL. **Mayor riesgo a más repeticiones!**

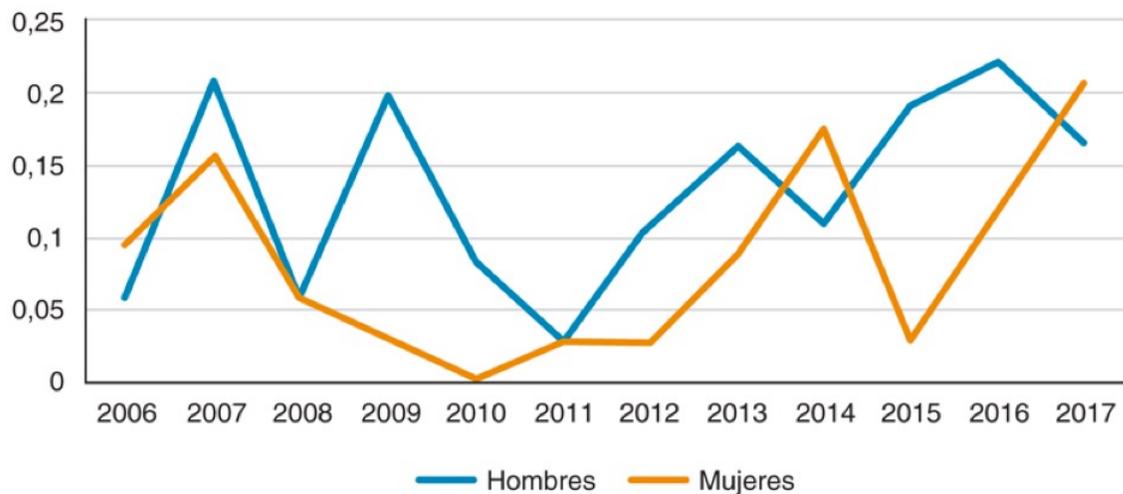
Conducta suicida II

➤ Suicidio consumado: actuación autoinflingida e intencionada (de forma explícita o implícita) cuyo resultado es la muerte.

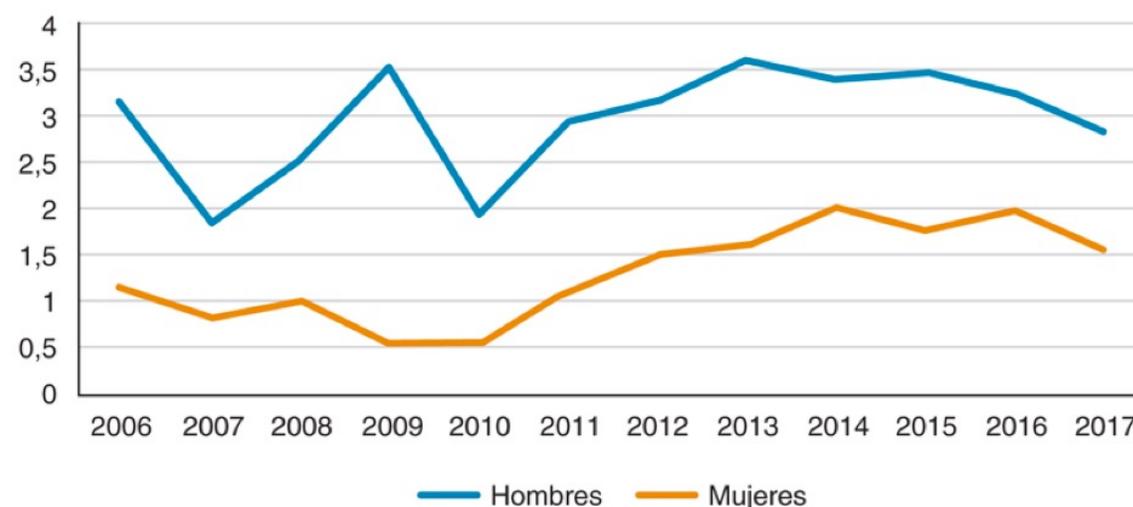
- Epidemiología en población infanto-juvenil

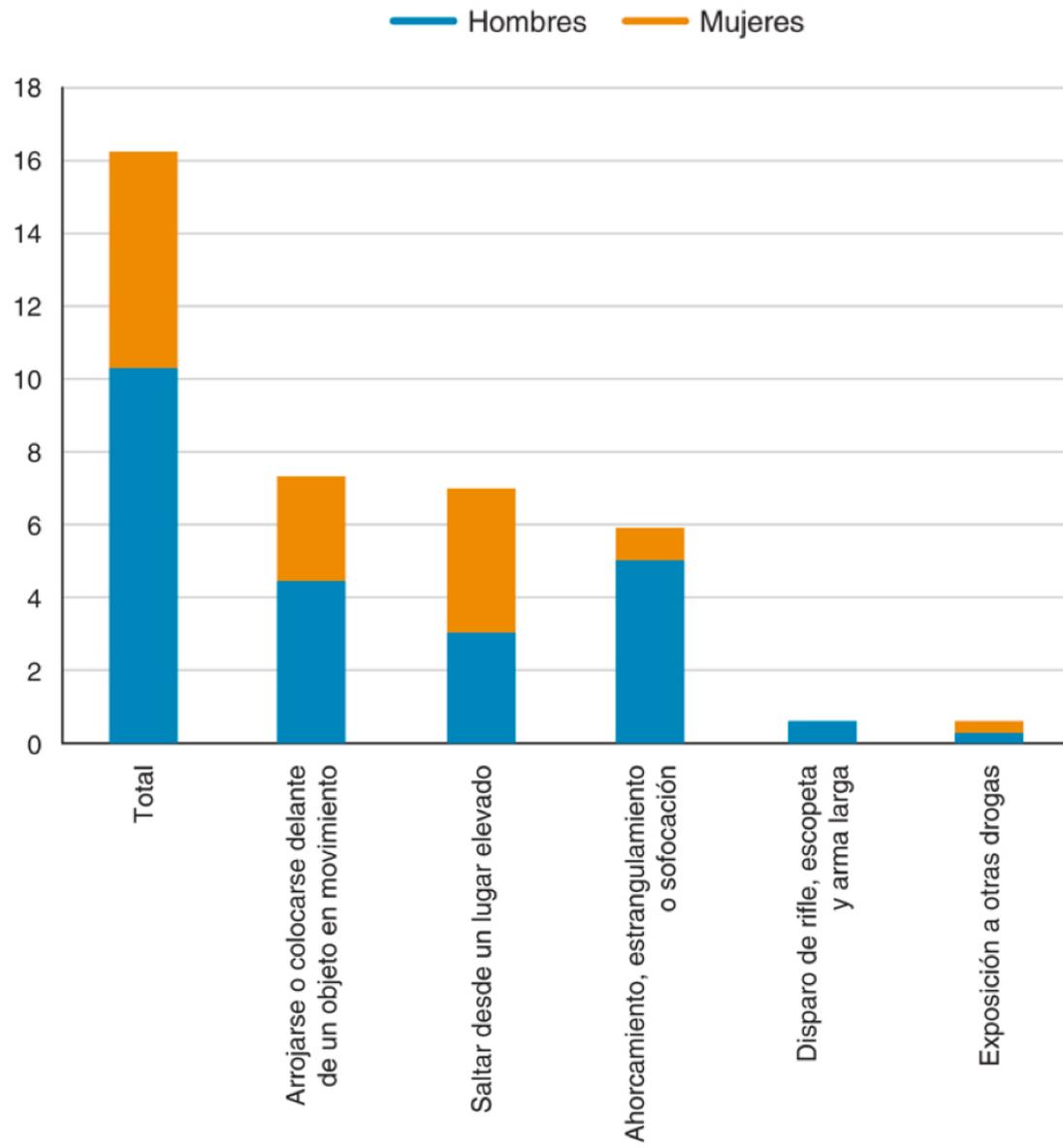
- **España**: 2º causa de muerte después de los tumores malignos (1º causa de muerte no natural).
- **Cantabria**: 1,1:100.000 habitantes.
- **Adolescentes** > niños. **Varones** > mujeres.

Suicidio consumado < 14 años



Suicidio consumado 15-19 años





Distribución de los suicidios por medio empleado y sexo en España: 15-19 años.
(Datos INE 2016.)

Conducta suicida III

➤ Mitos:

- “El que se quiere matar no lo dice”
- “El que habla del suicidio no lo va a llevar a cabo”
- “El suicida ya está decidido a morir”
- “Los actos poco letales o las autolesiones son llamadas de atención o tienen un fin manipulativo”
- “Sólo las personas con enfermedad mental se suicidan”
- “Es un acto impulsivo no previsible”
- “Sólo los profesionales de la salud mental pueden ayudar a una persona con ideación suicida”
- “Hablar sobre el suicidio puede incitar a que se lleve a cabo”
- “Los niños no se suicidan”



Conducta suicida IV

➤ Factores de riesgo:

Personales	Familiares	Sociales	Escolares
<p>Intentos previos de suicidio. Adolescentes > niños IAL en mujeres (4:1) Suicidio en varones (4:1) Tener un diagnóstico de un trastorno mental. Mayor aislamiento (sobre todo del grupo de iguales). Antecedentes de abusos o maltrato. Exposición reciente a estresores vitales traumáticos.</p>	<p>Antecedentes familiares de suicidio o intentos autolíticos. Antecedentes familiares de enfermedad mental. Presencia de cualquier forma de violencia, abuso o maltrato en el ámbito familiar, tanto paternofilial como entre progenitores. Familias con alta emoción expresada y altos niveles de exigencia. Exposición reciente a factores estresores traumáticos en el contexto familiar.</p>	<p>Ausencia o pérdida de una red social de apoyo. Conductas similares en su entorno social o compartidas por redes sociales. Desarraigo sociocultural. Proceso de tránsito en la identidad sexual o falta de aceptación de su identidad sexual. Situaciones de vulnerabilidad social relacionadas con pérdida de empleo familiar o situación económica precaria.</p>	<p>Acoso escolar: sobre todo en la víctima, pero también en el agresor. Dificultades importantes de aprendizaje, con fracaso escolar significativo y sensación de incompetencia o incapacidad personal. Rechazo por sus compañeros.</p>

Conducta suicida V

➤ Factores de protección:

Personales	Familiares	Sociales	Escolares
<p>Buenas habilidades sociales. Buena capacidad en la identificación y regulación de emociones y en la resolución de problemas. Resiliencia. Capacidad para pedir ayuda. Flexibilidad cognitiva. Planes de futuro.</p>	<p>Apego seguro. Red familiar de apoyo. Buena relación entre los progenitores. Ausencia de patología relacionada con la salud mental en la familia.</p>	<p>Red de apoyo social. Participación en actividades deportivas o extraescolares.</p>	<p>Buena relación con sus compañeros y el profesorado. Buen rendimiento académico.</p>

Señales de alarma

- **Verbalizaciones orales o escritas** sobre la idea o posibilidad de suicidarse (directa o indirectamente).
- **Conductas que orientan hacia los deseos de muerte:** acumulación de pastillas, búsquedas de métodos para suicidarse...
- Actividades o **preparativos de despedida:** regalar objetos, escribir cartas, organizar documentos...
- Expresión de sentimientos de **impotencia, indefensión, depresión** y especialmente **desesperanza**.
- **Cambio en su comportamiento habitual:** familia, amistades, aficiones, descuido del cuidado personal, aislamiento, cambio significativo no justificado en su rendimiento académico habitual, cambios importantes en los hábitos de alimentación o sueño...



Alta vulnerabilidad

- **Factores biológicos:** relación gen-ambiente
- **Factores de riesgo**
- **Factores protectores**
- **Señales de alarma**

- **¿Quién detecta?**
 - Familias
 - Centros educativos
 - Atención Primaria
 - SS / Servicios Comunidad
 - Atención Especializada

Prevención



Intervención

Alta vulnerabilidad

- **Factores biológicos:** relación gen-ambiente
- **Factores de riesgo**
- **Factores protectores**
- **Señales de alarma**

- **¿Quién detecta?**
 - Familias
 - **Centros educativos**
 - Atención Primaria
 - SS / Servicios Comunidad
 - Atención Especializada

Prevención



Intervención

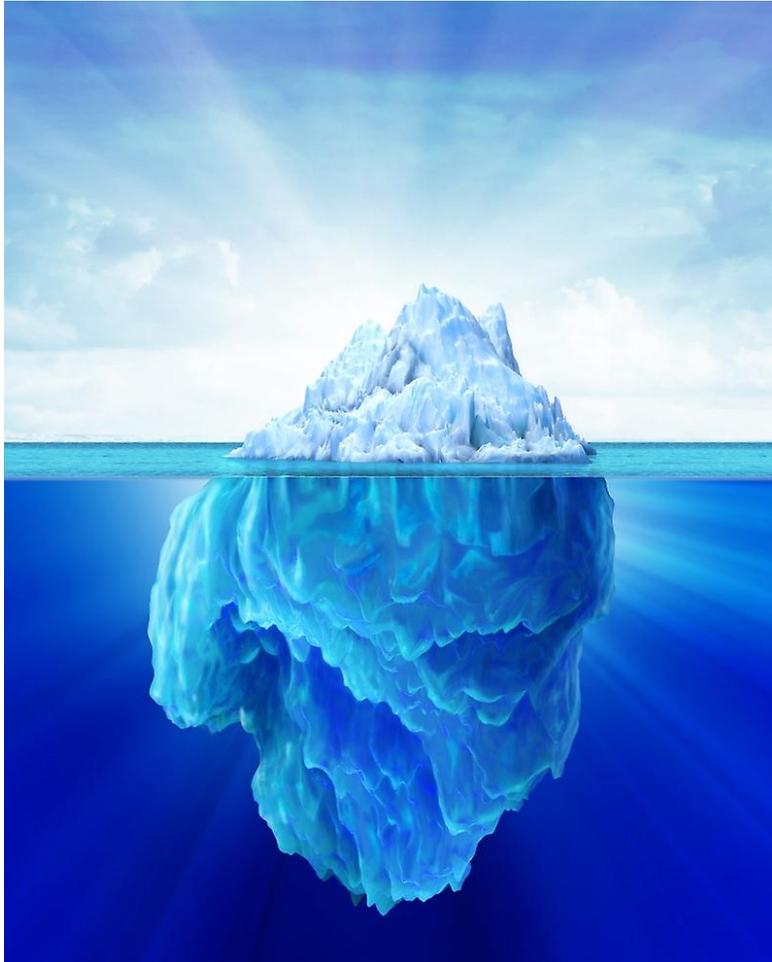
1.Explorar tedio vital o ideas de desesperanza:		
¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena ser vivida? ¿Alguna vez has sentido que no podías con todo esto que te sucede?	SI	NO
Si la respuesta es sí continúe preguntando		
2.Explorar ideas de muerte:		
¿Has deseado alguna vez poder dormirte y no despertar? ¿Alguna vez te sentiste tan mal que pensaste que sería mejor estar muerto?	SI	NO
Si la respuesta es sí continúe preguntando		
3.Explorar ideas de suicidio:		
¿Alguna vez has hecho algo, o te has preparado para hacer algo para terminar con tu malestar?	SI	NO
Si la respuesta es sí continúe preguntando		
4.Explorar <u>antecedentes previos:</u>		
¿Lo has llevado a cabo alguna vez previamente? ¿Y en los últimos tres meses?	SI	NO
5.Explorar planes de suicidio:		
¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?	SI	NO
¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? ¿Has comenzado a pensar en los detalles sobre cómo hacerlo?	SI	NO
6.Explorar intencionalidad suicida:		
¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?	SI	NO
7. Explorar planificación suicida inmediata:		
¿Crees que puedes intentar llevar a cabo algo de lo comentado en los próximos días?	SI	NO

Diagnóstico I

- **La evaluación del riesgo autolítico o de suicidio se hace SIEMPRE en base a una exploración clínica** por un especialista:
 - Psiquiatra infantil
 - Psicólogo clínico
- **Exploración clínica:**
 - Datos de filiación
 - Antecedentes e historia del neurodesarrollo
 - Antecedente familiares
 - Enfermedades médicas concomitantes
 - Situación académica y dificultades de aprendizaje
 - Situación clínica actual (explorada con la familia y con el paciente)
 - Identificar: antecedentes, Ft. precipitantes y mantenedores y consecuencias
 - Red de apoyo
 - Aceptación de ayuda
 - Establecer un diagnóstico y un plan de intervención multidisciplinar



Diagnóstico II



ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO

**FAMILIA
Y
CENTROS EDUCATIVOS**

Valoración del riesgo suicida

- **Riesgo Alto:** cuando existen ideas de suicidio con **planificación y la intencionalidad** de llevarlas a cabo es alta. **Antecedentes de intentos previos de suicidio** y suele existir una **falta de red de apoyo familiar y/o social**.
- **Riesgo Medio:** cuando existen **ideas de muerte** sin planificación o la intencionalidad de llevarlas a cabo es baja. Puede haber intentos previos de suicidio.
- **Riesgo Bajo:** cuando en el momento de la valoración no hay ideas de suicidio o estas son vagas, fluctuantes y sin intencionalidad. No hay antecedentes de intentos de suicidio previos y cuentan con una buena red de apoyo familiar y social.



USMIJ

Intervención I

- **En Salud Mental:**

- Tratamiento agudo (o urgente): ingreso hospitalario → soporte vital.

- Tratamiento a corto-medio-largo plazo:

- Hospital – USMIJ
- Marco y foco terapéutico: **vínculo con el terapeuta.**
- **Abordaje completo y general del caso:** paciente, familia, centros educativos, servicios sociales... → Factores modificables.
- Abordaje **específico focalizado en el problema principal o diagnóstico:** **intervención psicológica / farmacológica:**
 - Habilidades sociales
 - Habilidad en resolución de problemas
 - Intolerancia a la frustración asociada a la vida
 - Identificación de emociones y regulación emocional
 - TCC, ACT, ACP, TDC, T. exposición, terapia familiar sistémica, entrevista motivacional ...
 - Antidepresivos, benzodiazepinas, estabilizadores del humor, antipsicóticos, hipnóticos...
- **Plan de apoyo y emergencia:**
 - Cómo identificar que necesito ayuda
 - Estrategias a poner en marcha en situaciones de crisis
 - Cómo pedir ayuda: familia, amigos, profesores, salud mental...
 - Teléfono de asistencia y prevención de pensamientos suicidas (024)

Intervención II

- **Las familias:**

- Comprender la función de la autolesión o la tentativa autolítica
- Validar emociones
- No culpabilizar
- Acompañar
- Pautas de crianza: **refuerzo positivo**
- **Evitar prejuizar**

- **Los centros educativos:**

- Coordinación con Salud Mental y las familias
- Apoyos generales y curriculares específicos según la **necesidad del alumnado**
- Favorecer la integración social e inclusión
- Apoyo social y emocional
- **Evitar prejuizar**
- **Potenciar y reforzar los puntos fuertes**
- **Psicoeducación del alumnado**



**¿Qué puede estar pasando?
¿Qué puedo hacer para que esto mejore?
No prejuzgar es AYUDAR**

Intervención II

- **Las familias:**

- Comprender la función de la autolesión o la tentativa autolítica
- Validar emociones
- No culpabilizar
- Acompañar
- Pautas de crianza: **refuerzo positivo**
- **Evitar prejuizar**

- **Los centros educativos:**

- Coordinación con Salud Mental y las familias
- Apoyos generales y curriculares específicos según la **necesidad del alumnado**
- Favorecer la integración social e inclusión
- Apoyo social y emocional
- **Evitar prejuizar**
- **Potenciar y reforzar los puntos fuertes**
- **Psicoeducación del alumnado**

School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial

Danuta Wasserman, Christina W Hoven, Camilla Wasserman, Melanie Wall, Ruth Eisenberg, Gergö Hadlaczky, Ian Kelleher, Marco Sarchiapone, Alan Apter, Judit Balazs, Julio Bobes, Romuald Brunner, Paul Corcoran, Doina Cosman, Francis Guillemin, Christian Haring, Miriam Iosue, Michael Kaess, Jean-Pierre Kahn, Helen Keeley, George J Musa, Bogdan Nemes, Vita Postuvan, Pilar Saiz, Stella Reiter-Theil, Airi Varnik, Peeter Varnik, Vladimir Carli

Summary

Background Suicidal behaviours in adolescents are a major public health problem and evidence-based prevention programmes are greatly needed. We aimed to investigate the efficacy of school-based preventive interventions of suicidal behaviours.

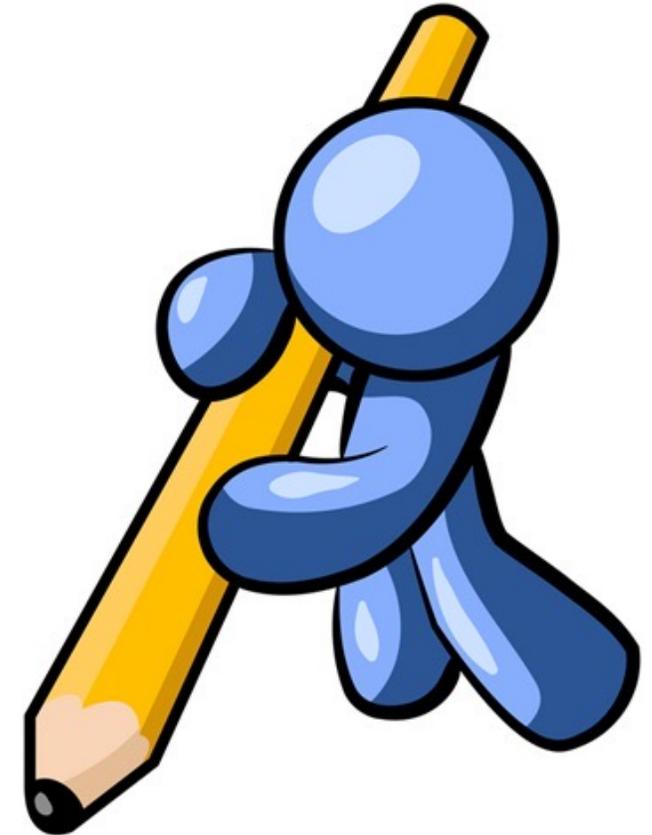
Methods The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study is a multicentre, cluster-randomised controlled trial. The SEYLE sample consisted of 11110 adolescent pupils, median age 15 years (IQR 14–15), recruited from 168 schools in ten European Union countries. We randomly assigned the schools to one of three interventions or a control group. The interventions were: (1) Question, Persuade, and Refer (QPR), a gatekeeper training module targeting teachers and other school personnel, (2) the Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) targeting pupils, and (3) screening by professionals (ProfScreen) with referral of at-risk pupils. Each school was randomly assigned by random number generator to participate in one intervention (or control) group only and was unaware of the interventions undertaken in the other three trial groups. The primary outcome measure was the number of suicide attempt(s) made by 3 month and 12 month follow-up. Analysis included all pupils with data available at each timepoint, excluding those who had ever attempted suicide or who had shown severe suicidal ideation during the 2 weeks before baseline. This study is registered with the German Clinical Trials Registry, number DRKS00000214.

Findings Between Nov 1, 2009, and Dec 14, 2010, 168 schools (11110 pupils) were randomly assigned to interventions (40 schools [2692 pupils] to QPR, 45 [2721] YAM, 43 [2764] ProfScreen, and 40 [2933] control). No significant differences between intervention groups and the control group were recorded at the 3 month follow-up. At the 12 month follow-up, YAM was associated with a significant reduction of incident suicide attempts (odds ratios [OR] 0·45, 95% CI 0·24–0·85; $p=0\cdot014$) and severe suicidal ideation (0·50, 0·27–0·92; $p=0\cdot025$), compared with the control group. 14 pupils (0·70%) reported incident suicide attempts at the 12 month follow-up in the YAM versus 34 (1·51%) in the control group, and 15 pupils (0·75%) reported incident severe suicidal ideation in the YAM group versus 31 (1·37%) in the control group. No participants completed suicide during the study period.

Interpretation YAM was effective in reducing the number of suicide attempts and severe suicidal ideation in school-based adolescents. These findings underline the benefit of this universal suicide preventive intervention in schools.

Conclusiones

- La conducta suicida supone un importante **problema de salud pública**.
- **Factores de riesgo:** intentos previos de suicidio, problemas relacionados con salud mental y antecedentes de abusos, acoso o maltrato.
- **Alta vulnerabilidad:** prevención + intervención temprana.
- **Trabajo multidisciplinar:** USMIJ + familias + centros educativos + servicios sociales...
- Importante papel de los **centros educativos:** prevención, detección de casos de alto riesgo e intervención con medidas educativas y de apoyo emocional y social.





Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5[®]), 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2014.
2. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clin Psychol Sci*. 2014; 2 (5) : 638 – 656.
3. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2014; 55 (4) : 337 – 348.
4. Burke TA, Connolly SL, Hamilton JL, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation: A Two Year Longitudinal Study in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2016; 44 (6) : 1145 – 1160 : 1.
5. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 : 0123456789.
6. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017; 215 : 37 – 48.
7. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MA, et al. Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018; 11 (2) : 76 – 85.
8. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 57 (10) : 733 – 741.
9. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015; 44 (1) : 1 – 29.
10. Khan A, McCormack HC, Bolger EA, McGreenery CE, Vitaliano G, Polcari A, et al. Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: Critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Front Psychiatry*. 2015; 6 : 42.
11. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(7) : 837 – 846.
12. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry J*. 2013; 2013 : 1 – 12.
13. Morell, Belén Rubio, Pardillo, Dolores Moreno, García, Luisa Lázaro. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia (Spanish Edition) (Posición en Kindle42331-42338). Elsevier Health Sciences.
14. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834) : 2373 – 2382 : Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
15. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris Munfakh JL, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: Comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47 (1) : 32 – 40.
16. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54 (2) : 97 – 107 : e2.
17. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008; 157 (1–3) : 131 – 137.
18. Pfeffer C. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Martin A & Volkmar FR. 4.ª ed. Philadelphia : Wolters Kluwe ; 2007.
19. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Bord Pers Disord Emot Dysregulation*. 2015; 2 (1) : 2.
20. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385 (9977) : 1536 – 1544 .
21. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: A prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51 (3) : 271 – 282 : e3.

Cor f minimizer
 $\psi(t) = p'(t)u(t) + p(t)u'(t)$
 $\frac{d}{dt} (\exp_p \psi)(t) \stackrel{\text{chain rule}}{=} A \exp_p \psi(t) \psi'(t) = p'(t) + \dots$

Gracias

maria.juncal@scsalud.es