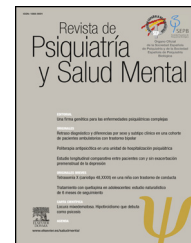




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

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

Mónica Díaz de Neira^{a,*}, 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

PALABRAS CLAVE

Suicidio en
adolescentes;
Gestos suicidas;
Intentos de suicidio;
Autolesiones;
Prevalencia

Resumen

Introducción: Las conductas suicidas y autoagresivas de los adolescentes suponen un importante problema de salud pública. Sin embargo, se desconoce en nuestro medio la prevalencia y funciones de la ideación así como de las conductas suicidas y autoagresivas en la población adolescente atendida en salud mental.

Métodos: Un total de 267 adolescentes de entre 11 y 18 años fueron reclutados de las consultas ambulatorias del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz del 1 de noviembre de 2011 al 31 de octubre de 2012. Se administró a todos los pacientes la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas que evalúa la presencia, frecuencia y características de la ideación suicida, la planificación suicida, los gestos de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida.

Resultados: Un 20,6% de los adolescentes afirmaron haber tenido ideación suicida; un 2,2% planes suicidas; un 9,4% gestos suicidas; un 4,5% intentos de suicidio y un 21,7% autolesiones al menos una vez a lo largo de su vida. El 47,6% de los adolescentes refirieron haber tenido a lo largo de su vida al menos una de las conductas estudiadas y el 47,2% de ellos señalaron 2 ó más de estas conductas. Con relación a la función atribuida a las conductas examinadas, la mayor parte se realizaron con la intención de regular emociones, a excepción de los gestos suicidas (que mostró una función relacionada con el contexto social).

Conclusiones: Dadas las elevadas cifras en población clínica de prevalencia y comorbilidad, unido al conocido riesgo de transición de unas conductas autoagresivas a otras, se recomienda la evaluación sistemática y rutinaria de dichas conductas en los adolescentes atendidos en salud mental.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monicadiazdeneira@gmail.com (M. Díaz de Neira).

KEYWORDS

Suicide in youth;
Suicide gestures;
Suicide attempted;
Self-injurious
behavior;
Prevalence

Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments

Abstract

Introduction: Suicidal and self-injurious behaviors in adolescents are a major public health concern. However, the prevalence of self-injurious thoughts and behaviors in Spanish outpatient adolescents is unknown.

Methods: A total of 267 adolescents between 11 and 18 year old were recruited from the Child and Adolescent Outpatient Psychiatric Services, Jiménez Díaz Foundation (Madrid, Spain) from November 1st 2011 to October 31st 2012. All participants were administered the Spanish version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Inventory, which is a structured interview that assesses the presence, frequency, and characteristics of suicidal ideation, suicide plans, suicide gestures, suicide attempts, and non-suicidal self-injury.

Results: One-fifth (20.6%) of adolescents reported having had suicidal ideation at least once during their lifetime. Similarly, 2.2% reported suicide plans, 9.4% reported suicide gesture, 4.5% attempted suicide, and 21.7% reported non-suicidal self-injury, at least once during their lifetime. Of the whole sample, 47.6% of adolescents reported at least one of the studied thoughts or behaviors in their lifetime. Among them, 47.2% reported 2 or more of these thoughts or behaviors. Regarding the reported function of each type of thoughts and behaviors examined, most were performed for emotional regulation purposes, except in the case of suicide gestures (performed for the purposes of social reinforcement).

Conclusions: The high prevalence and high comorbidity of self-injurious thoughts and behaviors, together with the known risk of transition among them, underline the need of a systematic and routine assessment of these thoughts and behaviors in adolescents assessed in mental health departments.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las conductas suicidas en los adolescentes suponen un importante problema de salud pública. Aunque España es uno de los países con tasas de mortalidad por suicidio más bajas, recientemente ha experimentado un incremento en comparación con otros países¹. De hecho, el Instituto Nacional de Estadística determina que el suicidio es la segunda causa externa de defunción entre los adolescentes y los adultos jóvenes de entre 15 y 19 años². Además, el periodo de la adolescencia supone un riesgo especialmente significativo para otras conductas autoagresivas (CAS); las autolesiones sin intención suicida son especialmente prevalentes durante esa etapa. Las tasas en este periodo evolutivo oscilan entre el 5 y el 37% aproximadamente en muestras comunitarias³, en contraste con la estimación de la prevalencia del 4% en la población adulta⁴. Puesto que las autolesiones suelen aparecer entre los 12 y los 14 años⁵, la adolescencia es un periodo crítico tanto para la investigación como para la atención clínica de las CAS⁶.

Pese a los datos señalados, algunas formas de auto-agresión, como los gestos suicidas y las autolesiones sin intención suicida, han recibido relativamente poca atención por parte de los investigadores. Aquellos que han intentado suicidarse tienden a realizarse autolesiones más letales^{7,8}, por lo que tienen mayor riesgo de morir por suicidio⁹⁻¹¹. Pese a que los datos apuntan a la necesidad de distinguir entre las conductas con intención suicida (como los intentos de suicidio) y aquellas sin intención suicida (como los gestos de suicidio), la mayoría de los estudios previos no han establecido esta diferencia¹².

Por otra parte, una limitación significativa de la mayoría de las investigaciones sobre la prevalencia de las conductas suicidas es que emplean instrumentos que evalúan un rango muy limitado de dichas conductas. Tal y como señalaban Nock y Prinstein¹³, la mayoría de los estudios previos no empleaban una evaluación directa ni sistemática de las autolesiones sino el formato de estudio de caso clínico¹⁴ o estudios mediante encuestas¹⁵. En la bibliografía reciente sobre autolesiones algunos autores han encontrado un amplio rango de variabilidad que podría ser debida en gran medida a la diferente forma de evaluarlas; en particular, las prevalencias fueron más bajas cuando se había empleado una única pregunta con respuesta dicotómica en lugar de exploraciones con múltiples ítems o mediante listados de conductas³. Por ello, el empleo de instrumentos que examinen la presencia, frecuencia y características de las CAS de modo preciso, como la entrevista empleada en el presente estudio (la adaptación al castellano de la Self-Injurious Thoughts and Behaviours [SITBI] de Nock et al.¹², realizada por nuestro equipo¹⁶), podría facilitar la realización de comparaciones fiables en estudios llevados a cabo tanto con población comunitaria como clínica.

El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la prevalencia de un amplio conjunto de conductas autoagresivas en una muestra clínica formada por los adolescentes que acudieron a tratamiento a los servicios de salud mental ambulatorios. Además, como segundo objetivo queremos examinar las funciones y los desencadenantes referidos por los propios adolescentes para cada una de las CAS. El hecho de que alguien se quiera autolesionar es difícil de comprender, por lo que una forma de explicar estos

comportamientos es atender a las funciones que pueden estar cumpliendo en un momento determinado para esa persona. Este conocimiento no es solo importante a nivel teórico, sino fundamentalmente a nivel clínico, ya que podrá guiar la intervención.

Material y métodos

Procedimiento

Un total de 267 sujetos fueron reclutados en la unidad de consultas externas de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz, desde el 1 de noviembre de 2011 hasta el 31 de octubre de 2012, tras informarles a ellos y a sus familiares o representantes legales del estudio y realizar el consentimiento informado. Aquellos pacientes que tenían menos de 11 años, más de 18 años y/o dificultades en la capacidad para comprender los cuestionarios empleados en el estudio fueron excluidos. El comité de ética de la Fundación Jiménez Díaz aprobó el estudio.

Se administró a todos los pacientes la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas¹⁶, adaptación española de la SITBI¹². Se trata de un cuestionario autoaplicado que en nuestro estudio administramos en formato de entrevista estructurada. Evalúa la presencia, frecuencia y características de la ideación suicida (pensamientos acerca de acabar con la vida propia¹⁷: «¿alguna vez has pensado en matarte?»¹⁶), la planificación suicida (formulación de un método concreto de suicidio¹⁷: «¿alguna vez has hecho un plan para suicidarte?, ¿pensando en matarte?»¹⁶), los gestos de suicidio (acción que aparenta intencionalidad suicida pero cuyo fin es otro diferente a morir¹⁸: «¿alguna vez has hecho algo para que alguien creyera que tú querías matarte cuando realmente no tenías intención de hacerlo?»¹⁶), los intentos de suicidio (conductas autolesivas en las que el sujeto tiene intención de morir¹⁸: «¿has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras alguna intención de morir?»¹⁶) y las autolesiones sin intención suicida (conductas autolesivas en las cuales la persona no tiene intención de morir¹⁷: «¿alguna vez te has autolesionado?»¹⁶). Las funciones que se exploran son: el reforzamiento negativo automático («para parar los malos sentimientos»¹⁶), el reforzamiento positivo automático («para sentir algo» o «para aliviar la sensación de vacío»¹⁶), el reforzamiento negativo social («para escapar de otros» o «para librarme de hacer algo»¹⁶) y el reforzamiento positivo social («para comunicar algo a otros» o «para recibir atención de otros»¹⁶). Los desencadenantes examinados son: problemas con la familia, problemas con los amigos, problemas con la pareja, problemas con los iguales, problemas en los estudios/trabajo y un estado mental alterado.

Los datos sociodemográficos, los antecedentes clínicos tanto médicos como psiquiátricos y los antecedentes familiares se obtuvieron a través de un cuestionario diseñado para tal fin. Las complicaciones obstétricas fueron evaluadas mediante ítems de la Obstetric Complications Scale¹⁹. La presencia de acontecimientos vitales estresantes se evaluó mediante la Escala de Acontecimientos Vitales (EVA)²⁰. Los diagnósticos fueron asignados por clínicos experimentados, que además completaron la Escala de Funcionamiento General (CGAS)²¹ y la Escala de Impresión Clínica Global

(CGI)²², para estimar el grado de funcionamiento global y la severidad de la sintomatología.

Análisis estadísticos

Se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación típica y prevalencia) para las características sociodemográficas, los antecedentes y las características clínicas.

A continuación se examinaron los estadísticos descriptivos (media, desviación típica y prevalencia) para cada una de las CAS. Para examinar las diferencias en el sexo y la edad en las CAS, los datos fueron analizados comparando las medias mediante Chi cuadrado (χ^2). Para examinar los desencadenantes y las funciones reportadas para cada CAS, se realizó un análisis mediante ANOVA.

Resultados

Sociodemográficos

Participaron en el estudio 267 adolescentes que acudieron a los servicios de salud mental ambulatorios. La mayoría eran varones (64%; IC 95% 58,2-69,8), caucásicos (86,9%; IC 95% 82,8-90,9) y convivían con su familia de origen (87,6%, IC 95% 83,6-91,5). El 7,2% (IC 95% 4-10,2) eran adoptados. La media de edad fue 14,2 (1,9) años. Se pueden observar otras características sociodemográficas en la [tabla 1](#).

Antecedentes clínicos

Las madres del 43,3% de los participantes reportaron haber sufrido complicaciones prenatales (IC 95% 37,5-49,3%), como preeclampsia o sangrado durante el embarazo. Además, un 29,2% había tenido complicaciones perinatales (IC 95% 23,7-34,6) como cesárea de urgencia.

El 42,7% de los adolescentes (IC 95% 36,8-48,6) tenían antecedentes psiquiátricos. Además, el 25,2% de las madres de los participantes (IC 95% 19,9-30,3) y el 9% de los padres (IC 95% 5,6-12,4) tenían antecedentes psiquiátricos.

Con respecto a los acontecimientos vitales estresantes ocurridos en los últimos 3 años, los problemas con los iguales fue el evento más frecuentemente reportado por los adolescentes (23,6% de la muestra; IC 95% 18,5-28,7). Por otra parte, cerca del 7% de los adolescentes (6,7%; IC 95% 3,7-9,7) afirmaron haber sido víctimas de algún crimen o abuso en los últimos 3 años. En la [tabla 2](#) aparece detallada la información sobre los antecedentes de los participantes.

Características clínicas

Tal y como se muestra en la [tabla 3](#), el 68,6% de los adolescentes (IC 95% 62,7-73,9) fueron diagnosticados de algún trastorno del comportamiento, seguido por los trastornos de ansiedad (11,4%; IC 95% 8,1-15,8) y los trastornos del estado de ánimo (7,6%; IC 95% 5-7,8). Los trastornos de la conducta alimentaria afectaron al 4,5% (IC 95% 2,6-7,8). Finalmente el 4,2% (IC 95% 2,3-7,3) fue diagnosticado de algún trastorno neuropsiquiátrico. Con respecto a la gravedad de los síntomas, el 54,3% (IC 95% 48,3-60,3) fueron

Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes (N = 267)

	n	% (IC 95%)
Sexo		
Varones	171	64 (58,2-69,8)
Etnia		
Caucásicos	232	86,9 (82,8-90,9)
Hispanos	1	0,4 (-0,3-1,1)
Rumanos	2	0,7 (-0,3- 1,7)
Afroamericanos	2	0,7 (-0,3-1,7)
Otras	30	11 (7,2-14,7)
Convivencia		
Familia de origen	234	87,6 (83,6-91,5)
Adoptados		
	19	7,1 (4-10,2)
Nivel educativo del padre		
Sin estudios	7	2,6 (0,7-4,5)
Primarios	42	15,7 (11,3-20)
Secundarios	79	29,6 (24,1-35,1)
Universitarios	89	33,3 (27,6-38,9)
Nivel educativo de la madre		
Sin estudios	11	4,1 (1,7-6,5)
Primarios	47	17,6 (13-22,2)
Secundarios	86	33,2 (27,5-38,8)
Universitarios	113	42,3 (36,4-48,2)
	Media (Dt)	IC 95%
Edad	14,21 (1,9)	13,9-14,4

Dt: desviación típica; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2 Antecedentes clínicos de los participantes (N = 267)

	n	% (IC 95%)
Historia de desarrollo		
Complicaciones prenatales	116	43,4 (37,5-49,3)
Complicaciones perinatales	78	29,2 (23,7-34,6)
Complicaciones postnatales	15	5,6 (2,8-8,3)
Antecedentes médicos	70	26,2 (20,9-31,5)
Antecedentes psiquiátricos	114	42,7 (36,8-48,6)
Intentos de suicidio previos	5	1,8 (0,2-3,4)
Antecedentes familiares		
Psiquiátricos (padre)	24	9 (5,6-12,4)
Psiquiátricos (madre)	67	25,1 (19,9-30,3)
Historia de suicidio (padre)	2	0,8 (-0,3-1,9)
Historia de suicidio (madre)	5	2,1 (0,4-3,8)
Historia de suicidio (hermanos)	3	1,3 (-0,1-2,6)
Acontecimientos vitales estresantes		
Separación/divorcio de padres	32	11,9 (8-15,8)
Acoso escolar	30	11,2 (7,4-15)
Problemas con profesores	50	18,7 (14-23,4)
Ruptura de pareja	39	14,6 (10,4-18,8)
Problemas con iguales	63	23,6 (18,5-28,7)
Victima de abuso/crimen	18	6,7 (3,7-9,7)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 3 Características clínicas de los participantes (N = 267)

	n	% (IC 95%)
Diagnóstico principal		
Trastornos de conducta	181	68,6 (62,7-73,9)
Trastornos de ansiedad	30	11,4 (8,1-15,8)
Trastornos afectivos	20	7,6 (5-11,4)
Trastornos de alimentación	12	4,5 (2,6-7,8)
Trastornos neuropsiquiátricos	11	4,2 (2,3-7,3)
Ninguno	10	3,8 (2,1-6,8)
CGI		
Normal, no enfermo	11	4,1 (1,7-6,5)
Dudosamente enfermo	16	6 (3,2-8,8)
Levemente enfermo	91	34,1 (28,4-39,8)
Moderadamente enfermo	145	54,3 (48,3-60,3)
Marcadamente enfermo	4	1,5 (0,1-2,9)
	Media (Dt)	IC 95%
Meses en tratamiento	12,56 (11,92)	10,5-13,4
CGAS	67,27 (10,87)	65,9-68,6

CGAS: Escala de Funcionamiento General; CGI: Escala de Impresión Clínica Global; Dt: desviación típica; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Trastornos de conducta: trastorno hiperactivo, trastorno negativista desafiante, trastorno por uso de sustancias y otros problemas de conducta. Trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad fóbica, el trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y trastornos somatomorfos. Trastornos del estado de ánimo: trastornos del humor. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Trastornos neuropsiquiátricos: trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, trastornos del aprendizaje, tics y otros diagnósticos no incluidos.

categorizados como moderadamente enfermos y el 34,1% (IC 95% 28,4-39,8) como levemente enfermos.

Descripción de las conductas autoagresivas

Las frecuencias, medias y desviaciones típicas de las respuestas de los adolescentes al cuestionario SITBI se muestran en la [tabla 4](#). El 4,5% de los adolescentes refirieron haber realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida. El 20,6% reportó haber tenido ideación suicida en algún momento de su vida. Además, el 21,7% de los participantes se habían realizado autolesiones sin intención suicida en algún momento de su vida. La única diferencia estadísticamente significativa encontrada fue que las mujeres adolescentes intentaron suicidarse más que los varones ($\chi^2 = 15,72$; $df = 3$; $p = 0,043$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad.

En total, el 47,6% de los adolescentes estudiados refirieron haber tenido a lo largo de su vida al menos una de las CAS estudiadas, y cerca de la mitad (47,2%) de ellos puntuaron positivo en 2 o más CAS. La comorbilidad más prevalente fue el haber tenido ideación suicida y haberse realizado autolesiones sin intención suicida, habiéndose producido en un 10,1% de los adolescentes; es decir, el 46,5% de

Tabla 4 Frecuencia de las conductas autoagresivas

	Ideaación suicida		Planificación suicida		Gestos suicidas		Intentos de suicidio		Autolesiones sin intención suicida	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Prevalencia vida</i>	55	20,6	6	2,2	25	9,4	12	4,5	58	21,7
<i>Alcohol/otras drogas</i>	1	0,4	0	0	1	0,4	1	0,4	0	0
<i>Sexo</i>										
Varones	26	47,3	1	16,7	18	72	2	16,7	36	62,1
Mujeres	29	52,7	5	83,3	7	28	10	83,3	22	37,9
χ^2 (gl; p)	12,96 (3; 0,164)		8,38 (3; 0,212)		1,14 (3; 0,980)		15,72 (3; 0,043)		1,86 (3; 0,932)	
<i>Edad</i>										
11-12	8	14,8	1	16,7	4	16	1	8,3	10	17,2
13-14	14	25,9	1	16,7	4	16	1	8,3	13	22,4
15-16	19	35,2	4	66,7	12	48	8	66,7	22	37,9
17	13	24,1	0	0	2	28,6	0	0	13	22,4
χ^2 (gl; p)	15,93 (5; 0,068)		3,93 (5; 0,686)		8,647 (5; 0,194)		10,9 (5; 0,283)		9,29 (5; 0,158)	

 χ^2 : Chi cuadrado.Negrita: $p < 0,05$.

aquellos que se autolesionaron tenían además ideaación suicida. Todos los adolescentes que habían intentado suicidarse (4,5%) señalaron además haber tenido ideaación suicida, y la mitad haberse autoinfligido lesiones sin intención suicida. La prevalencia comórbida de gestos suicidas y autolesiones sin intención suicida fue del 5,2 frente al 1,1% hallado para los gestos suicidas y los intentos de suicidio; es decir, de todos los adolescentes que realizaron gestos suicidas, el 12% intentaron suicidarse frente al 56% que se realizaron autolesiones.

Con respecto al consumo de alcohol y otras sustancias, únicamente 3 pacientes afirmaron haberlo hecho durante la CAS. No se hallaron diferencias clínicas significativas a excepción de un menor número de episodios de ideaación suicida, gestos de suicidio e intentos de suicidio entre aquellos que consumieron tóxicos durante dichas conductas, en comparación con la media de episodios hallada en nuestro estudio.

Tal y como se muestra en la [tabla 5](#), las autolesiones no suicidas fueron la conducta más frecuentemente reportada por los adolescentes con una media de 24,2 episodios, frente a los intentos de suicidio que fueron los menos frecuentes, con una media de 3,2 episodios. El rango de edad media de inicio de las CAS osciló entre los 10,6 años (en el caso de las autolesiones) y los 13,6 años (en el caso de la planificación suicida). La edad media del primer intento de suicidio fue los 13 (2,9) años.

Con relación a las funciones referidas para las distintas CAS, el reforzamiento negativo automático fue la más intensamente valorada para la ideaación suicida, la planificación suicida, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida; es decir, los adolescentes realizaban estas conductas para intentar «parar malos sentimientos». En contraste, la función más importante atribuida a los gestos de suicidio fue el reforzamiento positivo social, es decir, que los adolescentes refirieron que los gestos suicidas servían para «comunicar algo a alguien o recibir su atención».

Finalmente, en lo que respecta a los desencadenantes de las CAS, los problemas con la familia fue el precipitante

más intensamente señalado, seguido por los problemas en la escuela/trabajo y un estado mental alterado, para la ideaación suicida, la planificación suicida, los gestos suicidas y los intentos de suicidio.

Discusión

Hemos encontrado algunos hallazgos relevantes en nuestro estudio. La prevalencia vida hallada para los intentos de suicidio del 4,5% y aproximadamente del 20% para la ideaación suicida son consistentes con la literatura previa europea y norteamericana. En una revisión sistemática de estudios publicados entre 1997 y 2007 sobre la epidemiología del suicidio de Nock et al.,¹⁷ encontraron que la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes de la población general, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, osciló entre el 1,5 y el 12,1%; y de ideaación suicida entre el 21,7 y el 37,9%. En estudios realizados en EE. UU., los autores encontraron que la prevalencia vida de los intentos de suicidio fluctuaba entre el 3,1 y el 8,8% y entre el 19,8 y el 24% para la ideaación suicida. Nuestros resultados también son consistentes con estudios realizados en Europa, tales como los llevados a cabo en Italia y Portugal²³. Sin embargo, los suicidios juveniles son relativamente raros en España en comparación con otros países europeos como Finlandia y Noruega, donde las tasas son hasta 5 veces mayores²⁴.

En cuanto a las conductas sin intención suicida, cerca del 22% de los pacientes informaron haberse realizado autolesiones al menos una vez en su vida. Este hallazgo es consistente con la investigación de Jacobson y Gould⁵, en la cual revisaron estudios epidemiológicos y acerca de la fenomenología de las autolesiones en los adolescentes, habiendo hallado una prevalencia vida que variaba del 13 al 23,2%. En una revisión reciente de 53 estudios publicados entre 2005 y 2011 sobre autolesiones en adolescentes de la población general, se informó de una tasa media de prevalencia a lo largo de la vida del 18%³.

Tabla 5 Funciones y desencadenantes de las conductas autoagresivas

	Ideación suicida		Planificación suicida		Gestos suicidas		Intentos de suicidio		Autolesiones sin intención suicida		F	gl	p
	M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt			
<i>Frecuencia</i>	14,7	22,3	19	39,7	5,1	5,9	3,2	6,8	24,2	35,7	3,12	4	0,032
<i>Edad de inicio</i>	11,2	3,9	13,6	1,7	11,7	2,6	13,1	2,9	10,6	3,6	3,45	4	0,021
<i>Severidad (escala de 0 a 4)</i>	2,1	1,1	2,2	1,6	1,7	1,1	-	-	1,9	1,3			
<i>Función referida (escala 0 a 4)</i>													
Reforzamiento negativo automático	2,4	1,6	2,8	1,8	1,1	1,2	2,9	1,2	2,2	1,6	3,97	4	0,013
Reforzamiento positivo automático	1,7	1,6	2,2	2	0,5	1,1	2,3	1,7	0,9	1,4	6,52	4	0,006
Reforzamiento social positivo	0,8	1,3	1,4	1,7	2,2	1,5	0,6	1,3	0,5	1,1	6,87	4	0,005
Reforzamiento social negativo	1,1	1,6	2	1,6	1,2	1,7	1,7	1,8	1,1	1,6	2,56	4	0,021
F (gl, p)	5,06 (3; 0,008)		3,12 (3; 0,034)		5,01 (3; 0,009)		5,21 (3; 0,007)		4,98 (3; 0,011)				
<i>Desencadenantes (escala de 0 a 4)</i>													
Familia	2,5	1,6	2,6	1,9	2,8	1,5	3,1	1,1	2,5	1,7	0,96	4	0,231
Amigos	0,8	1,3	1,4	1,7	0,4	1	0,5	0,8	0,5	1	2,13	4	0,035
Pareja	0,3	0,9	0,2	0,4	0,2	0,8	0,3	0,3	0,3	0,9	0,15	4	0,856
Iguales	0,9	1,4	0,8	1,3	0,4	1,1	1,1	1,6	0,5	1	0,89	4	0,187
Escuela/trabajo	1,5	1,6	2,2	1,6	0,8	1,5	1,7	1,7	1,5	1,7	1,32	4	0,048
Estado mental	1,3	1,6	1,8	2	0,7	1,4	1,6	1,9	0,7	1,4	1,15	4	0,065
F (gl; p)	4,96 (5; 0,010)		5,63 (5; 0,006)		5,98 (5; 0,003)		6,74 (5; <0,001)		5,1 (5; 0,009)				

Negrita: $p < 0,05$.

Al comparar nuestros resultados con el estudio de Kirchner et al.²⁵ (uno de los pocos acerca de las CAS en adolescentes en nuestro país), observamos cifras mayores en nuestra muestra; el porcentaje de adolescentes que habían manifestado conductas autolesivas en su estudio fue del 11,4% frente al 21,7% del nuestro, y del 12,5% para la ideación suicida frente al 20,6%. Esta discrepancia podría deberse a que nuestro estudio se ha realizado con población clínica, frente a la población escolar que se estudió en el suyo.

Con relación al consumo de alcohol y otras sustancias, es llamativa la baja proporción de pacientes en comparación con estudios previos²⁶⁻²⁸. Es posible que las cifras de nuestro estudio estén infradetectadas debido al sesgo de deseabilidad social, dado el contexto clínico en el que se evaluó a los adolescentes, a diferencia de los estudios en población general donde los participantes pueden mantener el anonimato. Esto supone una limitación en el estudio de la relación entre las CAS y el consumo de sustancias.

Al analizar las comorbilidades de las diferentes CAS, encontramos que la ideación suicida había estado presente en todos aquellos adolescentes que habían intentado suicidarse, siendo este dato coherente con resultados previos²⁹. Un estudio americano prospectivo determinó que la presencia de ideación suicida a los 15 años aumentaba el riesgo de haber intentado suicidarse a los 30 años cerca de 12 veces³⁰. Por otra parte, la mitad de los adolescentes con intentos autolíticos refirieron historia de autolesiones. Aunque dado el carácter transversal de nuestro estudio no podemos esclarecer el tipo de relación entre dichas conductas, estudios previos han establecido las autolesiones no suicidas como un predictor independiente de los intentos de suicidio²⁴.

Respecto a las funciones referidas para cada CAS, nuestros resultados son consistentes con los reportados por Nock et al.¹². La función puntuada por los adolescentes como más importante fue el reforzamiento negativo automático (es decir, «para parar o alejar los malos sentimientos»), lo que sugiere que las diferentes formas de CAS pueden tener una función similar. Como constataron Nock et al.³¹, la única desviación de este patrón fueron los gestos suicidas, ya que los adolescentes afirmaron haber realizado esta conducta buscando los efectos del refuerzo social (es decir, «para comunicarse con alguien y/o conseguir su atención»). Estos resultados también son consistentes tanto con la definición de gestos de suicidio («conductas autolesivas en las cuales no hay intención de morir, sino dar la apariencia de un intento de suicidio con el fin de comunicarse con los demás»)¹⁸ como con nuestro estudio anterior sobre CAS en adultos¹⁶. Por lo tanto, a diferencia de otras CAS, parece que los adolescentes que realizan gestos suicidas lo harían para influir en los demás, más que para regular sus emociones. Los datos hallados acerca de la baja comorbilidad de los intentos de suicidio entre aquellos que realizaron gestos suicidas parece apuntar en la misma dirección.

También es interesante destacar que el refuerzo negativo automático fue la función más frecuentemente atribuida a las autolesiones sin intención suicida. Este hallazgo es coherente con la literatura previa. Muchos autores encontraron que las autolesiones se mantienen principalmente por reforzamiento negativo^{13,32-34}. A pesar de sus consecuencias negativas a largo plazo, las autolesiones efectivamente ponen fin a los estados emocionales no deseados^{32,35}. En este

sentido, nuestros resultados están en línea con los autores que apoyan la función de la regulación del afecto, como Klonsky³⁶.

Sin embargo, es de destacar que otros autores encontraron que las autolesiones se asociaron a una función de refuerzo positivo social, especialmente en los casos de contagio social. Según lo señalado por Nock y Prinstein¹³, algunos adolescentes pueden creer que sus amigos lograron conseguir sus objetivos interpersonales al autolesionarse. Estas influencias sociales se han descrito en la literatura^{37,38}, así como se ha sugerido la necesidad de que sean exploradas más detenidamente.

Dado que los adolescentes que intentan suicidarse y/o realizarse autolesiones informan que lo hacen para escapar de las experiencias negativas, nuestros resultados son consistentes con los estudios que sugieren una equivalencia funcional entre estas 2 formas de conductas autolesivas^{13,39,40}. Otros estudios indican que las autolesiones y los intentos de suicidio tienen funciones y características que las diferencian, aunque podrían ser consideradas como «distintas pero equivalentes»⁴¹.

Por tanto, dada la comorbilidad entre diferentes CAS y la señalada transición de unas conductas a otras, es esencial evaluarlas de forma sistemática y rutinaria. Instrumentos como la entrevista estructurada empleada (Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas)¹⁶ son herramientas muy útiles en la definición no solo topográfica, sino también funcional de un amplio rango de CAS que permiten obtener información clave para orientar la intervención clínica.

Finalmente, estos resultados deben ser interpretados en el contexto de las limitaciones del presente estudio. Debido a la naturaleza retrospectiva de los datos, una posible limitación es el sesgo de recuerdo. En este sentido, lo ideal sería probar específicamente qué factores predicen la transición de los pensamientos de autoagresión a las conductas autoagresivas, ya que es vital identificar a aquellos individuos con más riesgo para intervenir de forma adecuada. Aunque otros estudios han mostrado que algunos factores como las complicaciones perinatales y prenatales podrían suponer un riesgo distal de la conducta suicida^{42,43}, nuestro estudio no nos permite establecer si ocurren con mayor frecuencia que en la población normal al carecer de un grupo control para realizar comparaciones. Actualmente estamos llevando a cabo un estudio longitudinal prospectivo en el que se realiza un seguimiento a 6 meses para determinar la aparición de nuevas CAS. Es necesario continuar investigando para determinar factores que nos ayuden a predecir la transición de unas CAS a otras.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

El estudio ha sido financiado por la Beca de Investigación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la labor en la asistencia de investigación de Lucía Albarracín y de Paloma Aroca.

Bibliografía

1. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. Suicide in Spain today. *Gac Sanit.* 2006;20 Suppl 1:25–31.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2011 [consultado Mar 2013].
3. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:10.
4. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998;68:609–20.
5. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11:129–47.
6. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:11.
7. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry.* 1975;132:285–7.
8. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:1170–4.
9. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry.* 2005;186:60–6.
10. Hjelmeland H. Verbally expressed intentions of parasuicide: II. Prediction of fatal and nonfatal repetition. *Crisis.* 1996;17:10–4.
11. Lönnqvist J, Ostamo A. Suicide following the first suicide attempt. A five-year follow-up using a survival analysis. *Psychiatr Fenn.* 1991;22:171–9.
12. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007;19:309–17.
13. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114:140–6.
14. Noshpitz JD. Self-destructiveness in adolescence. *Am J Psychot.* 1994;48:330–46.
15. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49:667–77.
16. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. [Translation and validation of the «Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview» in a Spanish population with suicidal behaviour]. *Rev Psiquiatr Salud ment (Barc).* 2013;6:101–8.
17. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133–54.
18. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol.* 2006;115:616–23.
19. Lewis SW, Murray RM. Obstetric complications, neurodevelopmental deviance, and risk of schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1987;21:413–21.
20. Oliva A, Jiménez JM, Parra A, Sánchez-Queija I. Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *RPPC.* 2008;13:53–62.
21. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1228–31.
22. Guy W. *Clinical Global Improvement Scale.* Rockville MD: National Institute of mental Health; 1976.
23. Campi R, Barbato A, D'Avanzo B, Guaiana G, Bonati M. Suicide in Italian children and adolescents. *J Affect Disord.* 2009;113:291–5.
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:372–94.
25. Kirchner T, Ferrer L, Fornis M, Zanini D. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39:226–35.
26. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:1062–9.
27. Wong JP, Stewart SM, Claassen C, Lee PW, Rao U, Lam TH. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med.* 2008;66:232–41.
28. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet.* 2012;379:236–43.
29. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23:240–59.
30. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1226–32.
31. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15:868–76.
32. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44:371–94.
33. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury: An introduction. *J Clin Psychol.* 2007;63:1039–43.
34. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. 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. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41:759–73.

35. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10:192–205.
36. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:226–39.
37. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:200–21, discussion 21–4.
38. Joiner Jr TE. Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *J Adolesc*. 2003;26:495–504.
39. Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:1287–93.
40. Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry*. 1982;141:286–91.
41. Muehlenkamp JJ, Kerr PL. Untangling a complex web: How non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *The Prevention Researcher*. 2010;17:8–10.
42. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: A cohort study. *Lancet*. 2004;364:1135–40.
43. Oquendo MA, Baca-Garcia E. Nurture versus nature: Evidence of intrauterine effects on suicidal behaviour. *Lancet*. 2004;364:1102–4.