

DIFERENCIAS PSICOPATOLÓGICAS ENTRE PACIENTES CON IDEACIÓN SUICIDA Y PACIENTES CON INTENTOS DE SUICIDIO EN EL AÑO PREVIO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

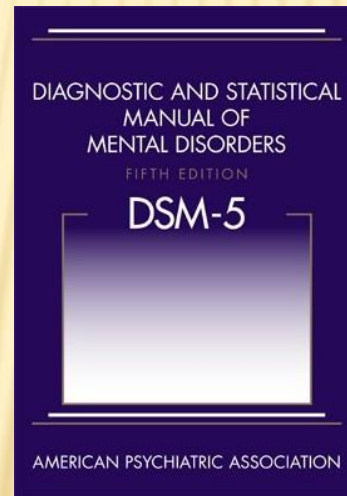
José E. Layrón (Universidad Católica de Valencia), Sandra Pérez (Universidad Católica de Valencia), M.Cañabate (Universidad Católica de Valencia), G. Llorca (Consortio Hospitalario Provincial de Castellón), Jose H. Marco (Universidad Católica de Valencia).



INTRODUCCIÓN

- ✘ Los intentos de suicidio (SA) hacen referencia a la secuencia de comportamientos disfuncionales llevados a cabo por un sujeto que presenta una clara intención de quitarse la vida y que habitualmente vienen precedidos por la ideación suicida.

UNO DE LOS
PRINCIPALES
PROBLEMAS DE
SALUD MUNDIAL
(OMS, 2017)



DSM-5 :
“TRASTORNO DE
LA CONDUCTA
SUICIDA”
(APA, 2013)



INTRODUCCIÓN

✘ **Autolesiones no suicidas (NSSI)** (Klonky, May y Glenn, 2013):

Conducta con tasa de frecuencia más elevada. Menor severidad.

- + Funcionalidad Intrapersonal -> Regulación Emocional.
- + Funcionalidad Interpersonal -> Manejo Interpersonal.

✘ **Ideación Suicida (SI)** (Nock et al., 2008):

Pensamientos asociados a la planificación y disposición de secuencias de acción.

Muchas personas con ideación no llevan a cabo un intento

Pueden ser ideas de tipo crónico.

✘ **Intentos de suicidio (SA)** (Klonsky et al., 2015):

Conducta menos frecuente y más letal.

Motivación claramente suicida.



DSM-5 (APA, 2013) TRASTORNO DE LA COMPORTAMIENTO SUICIDA

- A. El individuo ha realizado un intento en los últimos 24 meses.
- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, (para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o conseguir un estado de ánimo positivo).
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un delirium o estado de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses.



DSM-5 (APA, 2013) AUTOLESIÓN NO SUICIDA

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado.
- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
- + Aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 - + Resolver una dificultad interpersonal.
 - + Inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, el individuo presenta patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.



DSM-5 (APA, 2013) AUTOLESIÓN NO SUICIDA

- C. Las autolesiones se asocian con al menos una de las siguientes:
- + Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, ansiedad, tensión, enfado, autocrítica, inmediatamente previo al acto autolesivo.
 - + Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 - + Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultura) y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfiere en las distintas áreas vitales.
- F. No aparece exclusivamente durante episodios psicóticos, delirium, intoxicación por sustancias etc.



PREVALENCIA

- ✘ **Alrededor de 800.000 personas se suicidan al año (OMS, 2017):**
 - + Segunda causa de defunción entre los jóvenes de entre 15 a 19 años.

- ✘ **Son especialmente elevados en personas con trastorno mental:**
 - ✘ 33% de los adolescentes han intentado suicidarse al menos una vez en su vida. Tasas más elevadas en población adulta (30-40%) (Asarnow et al., 2011; Claes et al., 2010).

 - ✘ **Trastorno Personalidad Límite: Se incrementa del 40% al 85%** (Oumaya et al., 2008; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, 2007).

 - ✘ **Trastornos de la Conducta Alimentaria (Kostro, Lerman y Attia, 2014) :**
 - ✘ AN oscila entre el 7.4 - 30%
 - ✘ BN hasta un tercio





PREVALENCIA

- ✘ No existen diferencias entre género y sexo (Nock et al., 2008; Nock et al., 2013):
 - ✘ Las mujeres: + ideación / + planificación / + intención
 - ✘ Lo hombres: Intentos de suicidio mucho más letales

- ✘ Suicidio en España (INE, 2016):
 - + El suicidio fue la principal causa de muerte no natural
 - + Primera causa de defunción en hombres.
 - + **El número total de suicidios en nuestro país ese año fue de 3.569.**

- ✘ Autolesiones no suicidas en España (Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton, 2015):
 - ✘ Estudio de prevalencia 1864 adolescentes (12 - 19 años).
 - ✘ **Más de la mitad de los participantes habían llevado a cabo una NSSI.**
 - ✘ El 32.2% habían realizado NSSI graves.
 - ✘ El 4% de los adolescentes requirió atención médica.



FACTORES DE RIESGO

Impulsividad	Desesperanza	Depresión
Numero de Métodos NSSI	Cortes	Frecuencia de las NSSI
TEPT	TLP	Ideación Suicida

- ✘ Según nuestro conocimiento, ni el rol de estas variables ni el de la funcionalidad de las NSSI en el contexto de la teoría de la “Ideación a la Acción” han sido explorados en pacientes con TCA.
- ✘ Hay un número limitado de estudios centrados en identificar estos factores en pacientes con TCA.



FACTORES DE RIESGO

- ✘ **Ideación Suicida:** Factor de riesgo más potente de SA según reciente meta-análisis, más aún en presencia de NSSI (Victor y Klonsky, 2014).

- ✘ **Desesperanza:** Parece ser capaz de distinguir pacientes con SI/SA y pacientes con intención suicida pasada y reciente (Pérez, Marco y García-Alandete, 2017).

- ✘ **Frecuencia de NSSI:** Son uno de los principales factores de riesgo (Fox et al., 2015).
 - + A mayor frecuencia de NSSI, mayor exposición al daño y violencia hacia uno mismo. Se incrementa la capacidad real de cometer un intento de suicidio frente a otras variables (Posner et al., 2011; Victor y Klonsky, 2014).



FACTORES DE RIESGO

- ✘ **Nº Métodos de NSSI:** Pone de manifiesto mayor versatilidad. Mayor exposición a otras formas de autolesionarse. Necesidad de conexión constante al daño hacia uno mismo (Victor y Klonsky, 2014).

- ✘ **Cortes:** Método más frecuente de NSSI. Mayor probabilidad de SA:
 - + Herida tejido dérmico más grave que con otras NSSI (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico y Gibb, 2005; Dougherty et al., 2009).
 - + Tradicionalmente asociados con comportamientos psicopatológicamente más severos (Andover et al., 2005).
 - + Las personas que se cortan, en realidad emplean más formas de NSSI (Victor y Klonsky, 2014).



FACTORES DE RIESGO

- ✘ **Depresión:** Parece ser uno de los predictores de riesgo más potentes referidos a la ideación suicida. Sin embargo, en la actualidad no disponemos de información que distinga entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intentos de suicidio (May y Klonsky, 2016).

- ✘ **Impulsividad:** La conceptualización teórica de esta variable ha sido tradicionalmente compleja (Rimkeviciene, O’Gorman y De Leo, 2015).
 - + Descrita por la duración desde la primera ideación hasta llegar al intento (Simon et al., 2001).
 - + Ausencia de planificación y premeditación de un intento suicida (Baca-García et al., 2001).

- ✘ **Impulsividad:** Investigaciones recientes (Rimkeviciene et al., 2015).

“Un intento impulsivo no significa que el mismo sea necesariamente más impulsivo que el resto, sino que las secuencias de acción que se ponen en práctica para la consecución del mismo son más impulsivas”.

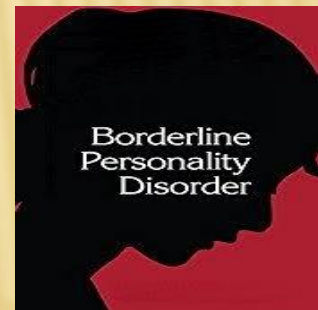
- ✘ Para estos autores, los pacientes que llevan a cabo un SA impulsivo presentan menor intensidad y severidad en cuanto a ideación y planificación. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con intentos de suicidio planificado presentan mayor riesgo de suicidio.



FACTORES DE RIESGO

- ✘ **Trastorno de Estrés Postraumático:** Las personas con TEPT son más reactivas a eventos negativos. Incremento de hipervigilancia hacia estresores psicológicos. Puede incrementarse el desarrollo de conductas suicidas (Victor y Klonsky, 2014).

- ✘ **Trastorno de la Personalidad Límite:** Diferencia entre pacientes con ideación suicida e intentos de suicidio (Pérez et al., 2017).
 - + Sintomatología límite
 - + Desesperanza
 - + NSSI
 - + Menor sentido de la vida

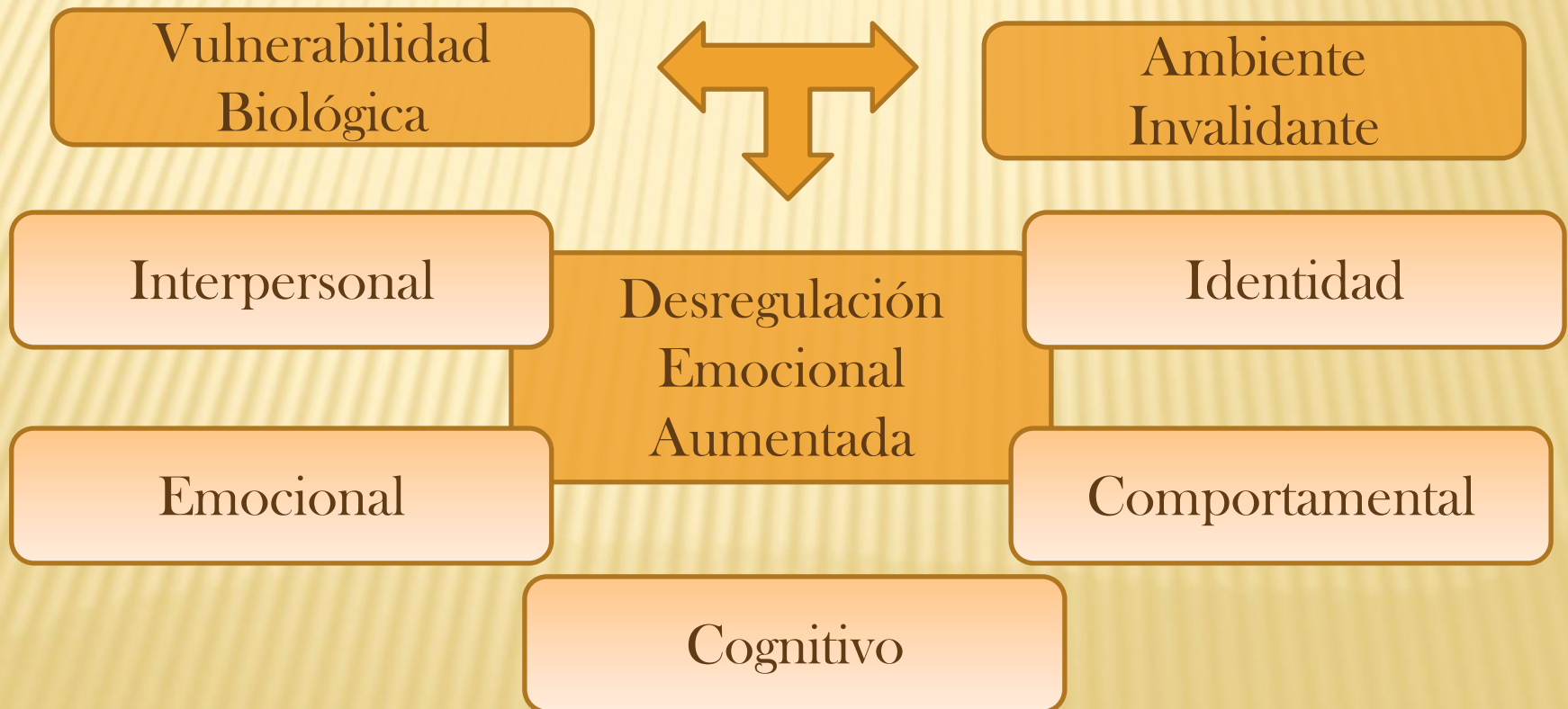




MODELO DE LINEHAN (2009) MODELO BIOSOCIAL

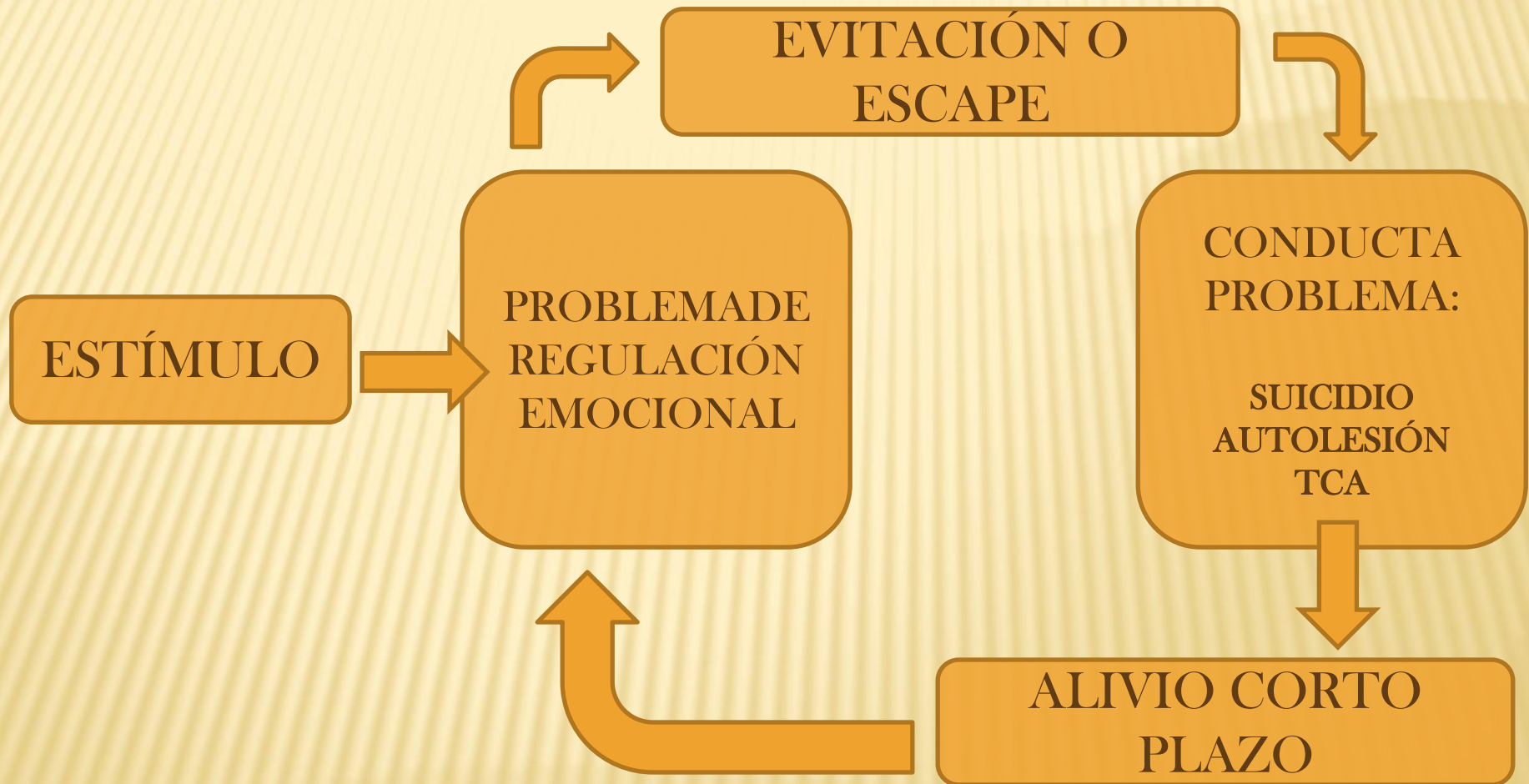
Trastorno de la Personalidad Límite:

- ✘ Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o conducta autolesiva.





MODELO DE LINEHAN (2009) ANÁLISIS FUNCIONAL





MODELO DE LINEHAN (2009)

PRE-TRATAMIENTO

ESTABLECIMIENTO DE
LA RELACIÓN
TERAPÉUTICA

ESTABLECIMIENTO DE
METAS
TERAPÉUTICAS

ACUERDOS ENTRE
PACIENTE Y
TERAPEUTA

TRATAMIENTO

FASE 1- INDIVIDUAL

REDUCCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDA

REDUCCIÓN CONDUCTAS INTERFIEREN
TERAPIA

REDUCCIÓN CONDUCTAS INTERFIEREN
CALIDAD DE VIDA

FASE 2- ENTRENAMIENTO EN HH

ACEPTACIÓN: MINDFULNESS Y TOLERANCIA AL
MALESTAR

CAMBIO: REGULACIÓN EMOCIONAL Y EFICACIA
INTERPERSONAL

- ✘ **Otros trastornos mentales:** Predicen la aparición de un SA (Nock et al., 2009).



Países desarrollados: Trastorno Bipolar y Depresión Mayor.

Países en vías de desarrollo: Trastorno de Conducta y el Abuso de Sustancias.

MODELOS TEÓRICOS



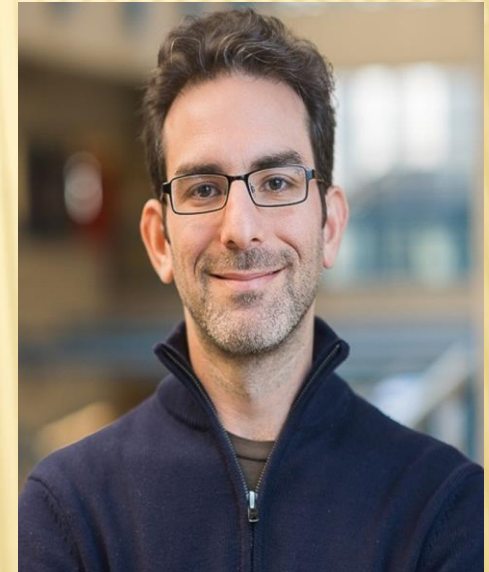
Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir



**Interpersonal Theory
(Joiner, 2005)**



**Integrated Motivational-
Volitional Theory
(O'Connor, 2011)**



**Three-Step Theory (3st)
(Klonsky y May, 2015)**

- ✘ **Interpersonal Theory (Joiner, 2005):**

*“La percepción que una persona tiene sobre sí misma como una carga, asociada a una baja pertenencia social constituye el desencadenante para la ideación suicida. Para que estas ideas se conviertan en una tentativa de suicidio real, la persona requiere de auténtica **capacidad** para superar el miedo natural a la muerte”.*

- ✘ **Integrated Motivational-Volitional Theory (O’Connor, 2011):**

“La ideación suicida se origina cuando el sujeto experimenta la derrota y abandono del self (a través de moderadores motivacionales). Sin embargo, para alcanzar el intento de suicidio el sujeto debe de poseer capacidad real, impulsividad o acceso a medios reales, entre otros”.



MODELOS TEÓRICOS

✦ Three-Step Theory (3st) (Klonsky y May, 2015):

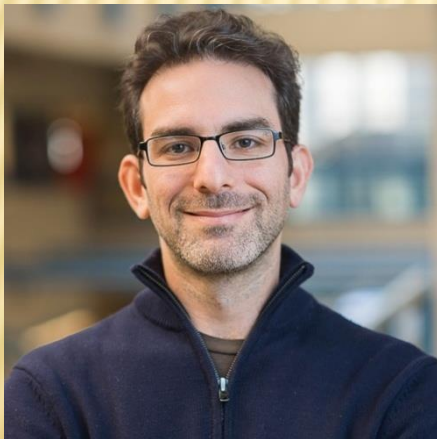
“El desarrollo de la ideación suicida y su progresión hasta el intento de suicidio deberían ser comprendido como dos procesos diferentes, que atienden a diferentes predictores y eventos causales”.





MODELOS TEÓRICOS

*“Muchos de los factores de riesgos habituales en la literatura científica, incluyendo la depresión, la desesperanza, la impulsividad así como otros trastornos mentales permiten predecir la ideación suicida pero **no distinguen** entre pacientes que han llevado a cabo un intento de suicidio frente a pacientes con ideación pero sin intentos”.*



(Klonsky y May, 2014; May & Klonsky, 2015).



HIPÓTESIS DE NUESTRO TRABAJO

Equipo de Investigación UCV:

“ La investigación sobre suicidio debería focalizarse en identificar los factores que permitan diferenciar pacientes con SI frente a pacientes con SA”: **Es necesario identificar nuevos factores de riesgo que permitan diferenciar ambos grupos.**

El rol de los cortes como forma específica de NSSI, así como la funcionalidad y el número de métodos distintos no ha sido explorado en el marco de la “Ideación a la Acción”.

Número limitado de estudios que han explorado estas variables en población española con Trastorno de la Conducta Alimentaria.



MÉTODO Y PARTICIPANTES

- ✘ Contamos con 238 participantes para el proceso de evaluación del estudio.
 - + 94.12% mujeres, $n = 224$ / 5.88% hombres, $n = 14$).

Anorexia Nerviosa Restrictiva
28.57% ($n = 68$)

Anorexia Nerviosa Purgativa
10.50% ($n = 25$)

Bulimia Nerviosa
24.37% ($n = 58$)

Trastorno por Atracón
11.76% ($n = 28$)

TCA No Especificado
24.79% ($n = 59$)

- ✘ Adicionalmente:

Trastorno de la Personalidad Límite
23.94% ($n = 57$)



MÉTODO Y PARTICIPANTES

Tres grupos:

(G1) Pacientes sin ideación ni intentos de suicidio ($n = 150$)

(G2) Pacientes con ideación pero sin intentos de suicidio ($n = 65$)

(G3) Pacientes que han llevado a cabo un intento en el año previo ($n = 23$)

Variables del estudio:

Numero de Métodos
NSSI

Cortes

Frecuencia de las
NSSI

Desesperanza

Sintomatología
Límite

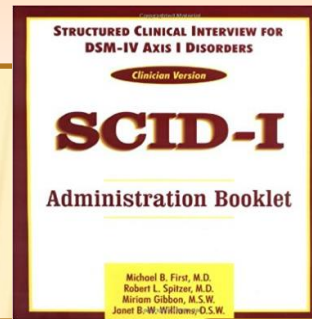


MEDIDAS DE EVALUACIÓN

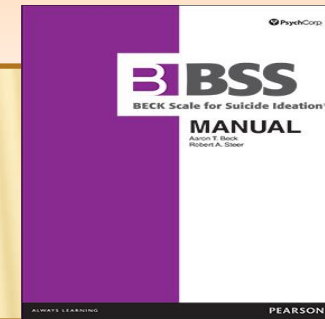
Beck Hopelessness
Scale



Diagnosis Structured
Clinical Interview for
DSM-IV-TR



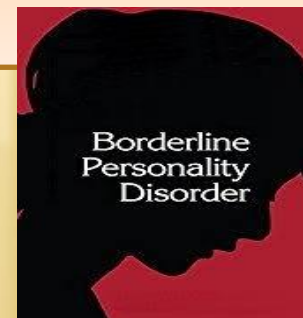
Beck Suicidal
Ideation Scale



Inventory of Statements
about Self-Injury
(ISAS)



Borderline Symptom
List (BSL-23)



Estas variables permitirán diferenciar entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intentos de suicidio

Variables
tradicionales



Desesperanza

Sintomatología
Límite de la
Personalidad

- ❖ Acorde a la literatura científica: a mayor desesperanza más intentos de suicidio.
- ❖ **DATOS CONTRADICTORIOS:** Habitualmente se ha evaluado los intentos de suicidio a lo largo de la vida frente a la desesperanza en un momento concreto.
- ❖ Futuros estudios deberían evaluar la estabilidad temporal de esta variable.

Estas variables permitirán diferenciar entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intentos de suicidio

Variables
tradicionales



Desesperanza

Sintomatología
Límite de la
Personalidad

- ❖ La sintomatología del trastorno límite se caracteriza por la presencia de conductas autolesivas y de riesgo suicida.
- ❖ Por lo tanto, esperamos encontrar niveles más elevados para el grupo de pacientes con intentos de suicidio reciente, frente al grupo de pacientes con ideación suicida.

Estas variables permitirán diferenciar entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intentos de suicidio

Variables Recientes

Cortes

Número de Métodos
de NNSI

Funcionalidad
Intrapersonal

Funcionalidad
Interpersonal

- ❖ Pacientes con intentos de suicidio reciente se cortarán más frecuente, siendo un indicador de riesgo elevado.
- ❖ Emplearán más métodos diferentes para NNSI, que implica una mayor versatilidad y exposición al daño.
- ❖ Paciente con TCA y SA se autolesionarán con una mayor finalidad de regulación emocional y manejo de las relaciones sociales.

Estas variables permitirán diferenciar entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intentos de suicidio

Variables Recientes

Cortes

Número de Métodos
de NNSI

Funcionalidad
Intrapersonal

Funcionalidad
Interpersonal

- ❖ Los cortes profundos son un factor de riesgo asociado con capacidad suicida, debido a una mayor tolerancia al dolor y menor miedo a la muerte (Victor & Klonsky, 2014).
- ❖ Puede existir un efecto de habituación al dolor debido a la versatilidad de métodos empleados y de la necesidad de llevarlos a cabo ante una falta de tolerancia al malestar emocional/social que puede dar lugar a una mayor capacidad suicida.