

Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia

CIX Reunión de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura
Sevilla, 10 y 11 de Marzo de 2.023

Rafael de Burgos Marín
Psiquiatra infantil
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba



¿Qué es la adolescencia?

La **Pubertad** es un **proceso biológico**

- Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- Maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales.
- Adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular.
- Se logra la talla adulta.

La **Adolescencia** es el periodo de tiempo entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento y desarrollo físico y psicosocial.



OMS:

- Adolescencia: 10 - 19 años.
- Juventud: 19 - 25 años.

Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia:

- Adolescencia inicial: **10**-14 años.
- Adolescencia media: 15-17 años.
- Adolescencia tardía: 18-**21** años.

“La **Adolescencia** es un periodo de crisis. Y un periodo de crisis es aquel donde algo no acaba de nacer pero tampoco acaba de morir”. (JL Lledó)

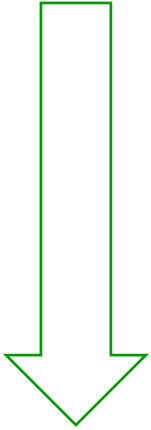
Acontecimientos Vitales

- Noxas:
 - infecciosas, metabólicas, tóxicas, ...
- Acontecimientos traumáticos

—

+

- Cuidados
- Estímulos

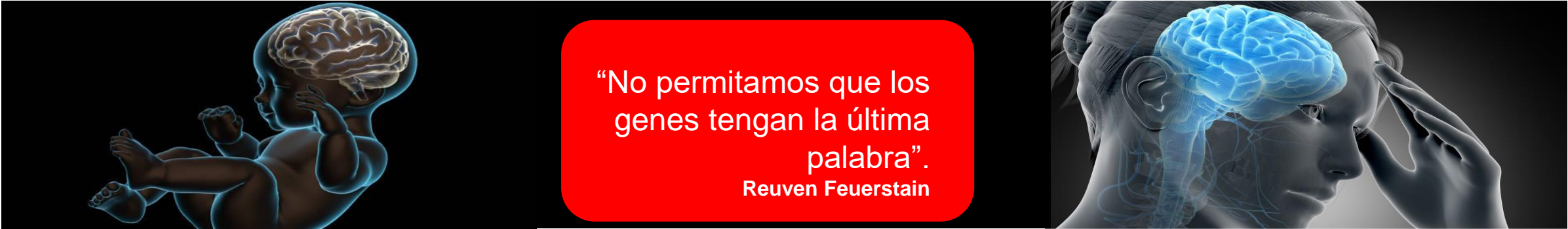


Entorno



Trastornos mentales en la infancia y adolescencia

Genética

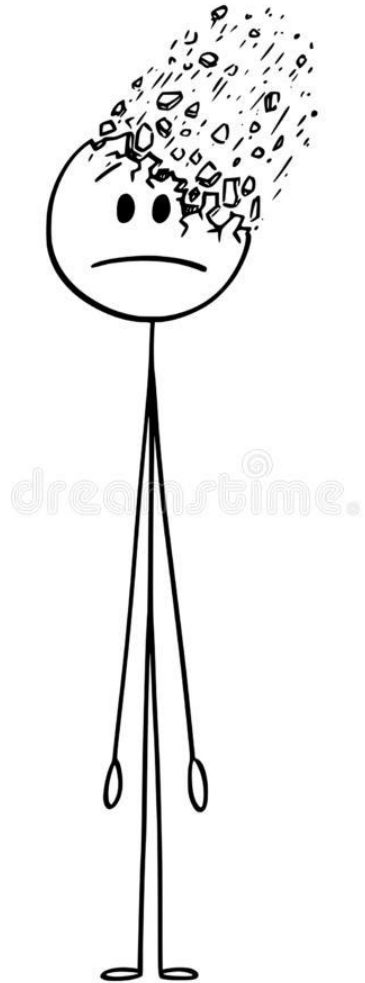


Sinaptogénesis / Mielinización

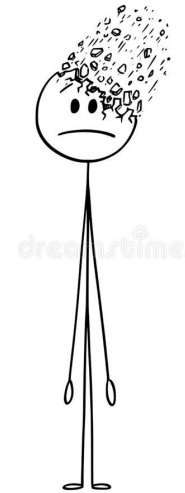
Neurodesarrollo

↑
Poda neuronal

¿Son frecuentes los trastornos mentales?



¿Son frecuentes los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia?



- **Pocas enfermedades son tan comunes como los problemas mentales.**
- **Los Trastornos Mentales son la primera causa de discapacidad en todo el mundo (1).**

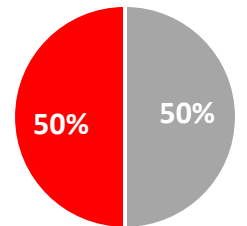
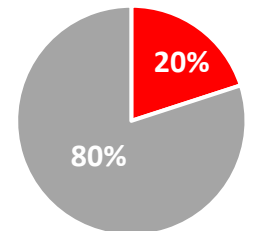
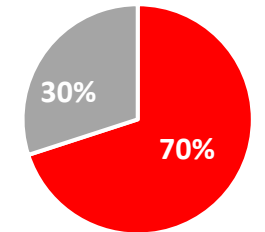
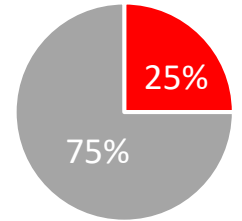
- Uno de cada cuatro españoles las van a sufrir alguna vez en la vida (sobre todo la ansiedad y la depresión) (1).

- El 70% de las enfermedades psiquiátricas en adultos tiene su origen en la infancia o adolescencia (2).

- Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales (1).

- Entre el 10% de los niños y al 20% de los adolescentes españoles sufren trastornos mentales (3).

- Cerca de la mitad se manifiestan antes de los 14 años (1).



EN ESTA SECCIÓN

- De la Universidad de la Infancia 9
- Reunión de asociaciones de inmigrantes 10
- Homenaje a las víctimas de la crisis 11
- Pobreza infantil en el mundo 12
- Desobediencia civil 12

sociedad@noticiasdenavarra.com

DEBATE SOBRE SALUD MENTAL >

Los expertos piden más coordinación y un servicio único para el sector infanto juvenil

UN 20% DE LA POBLACIÓN MENOR DE 22 AÑOS ES SUSCEPTIBLE DE NECESITAR TRATAMIENTO

El psiquiatra Víctor Peralta denuncia que el hospital de día está infrautilizado y no cumple sus fines por un programa

cuando un 20% de los niños y jóvenes pueden tener a lo largo de su infancia y adolescencia un trastorno mental que requiere tratamiento médico.

Añadió que Navarra dispone de un sistema de salud "bien desarrollado con un buen nivel de servicios", pero con importantes carencias. Así, manifestó que "es necesaria la creación de un servicio de psiquiatría infanto-juvenil integrado y unitario y un órgano de coordinación con Educación y con Bienestar Social". Si el objetivo es la prevención, deberá depender de Salud o de Bienestar Social. Si es de detección precoz, el peso debe recaer en Salud, explicó. Preciso que la atención a este segmento de población se realiza en la unidad de hospitalización psiquiátrica y se comparte en los nueve centros públicos de salud mental.

"El denominado hospital de día infanto juvenil, hoy por hoy, no cumple las funciones de hospital de día. El programa de autismo -denunció- no tiene ningún sentido hacerlo en el ámbito de salud, sino en el ámbito de Educación porque es un programa psicoeducativo no terapéutico, no médico terapéutico". Señaló que se trata de un programa que a tiende a pocos niños que están en régimen de hospital de día "pero que consumen muchos recursos sanitarios y deberían de estar en el área educativa más que en la sanitaria".

Victor Peralta aseguró que un niño con un trastorno mental bien tratado desde el punto de vista psiquiátrico puede llevar una vida perfectamente normal. En cualquier caso, el dicho "no hay enfermedades, sino enfermos es aplicable a los niños más que a otro tramo de edad, dijo.

HOSPITAL DE DÍA

● **Creación y fines.** Según el decreto foral que establece los servicios de Salud Mental, el hospital infanto juvenil es un centro de referencia en la red de salud mental y asume las siguientes funciones: atención a niños y adolescentes, prestando apoyo a los centros de Salud Mental en la actividad asistencial cuando, por requerir tratamiento u hospitalización parcial o por la frecuencia o naturaleza de las intervenciones clínicas, estos pacientes no pueden ser atendidos con carácter ambulatorio en los citados centros de salud mental. Asimismo, tiene la función de apoyar a los centros educativos y de Bienestar Social en la realización de programas de alta especialización para niños y adolescentes con problemas de Salud Mental.



La directora del Instituto Balear de Salud Mental para la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA) posa en su sede de Son Espases.

B.SAMON

ISABEL FLÓREZ

DIRECTORA DEL INSTITUTO BALEAR DE SALUD MENTAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

«Hemos visto cincuenta intentos de suicidio en menores desde agosto»

► «Los ingresos hospitalarios por tentativas autolíticas y por trastornos de la conducta alimentaria han crecido hasta septiembre un 70%» ► «Lo más frecuente es la ingesta de pastillas y en la mayoría de los casos son niñas»

cómo intentan llevar a cabo la tentativa.

► Lo más frecuente es la ingesta de pastillas aunque también hemos tenido algún caso de precipitación. También cortes, pero con finalidad autolítica porque no todos los cortes se realizan con intención suicida.

► Por qué cree que empezaron a aminor los trastornos a partir de otoño de 2020?

► Porque a partir de ese momento se empezaron a detectar más casos de depresión, tristeza, aburrimiento o desmotivación. Aparte de la angustia por la pandemia luego llegaron los cambios de hábitos, la escolarización a tiempo parcial, los cambios en los patrones del sueño, más dependencia de las redes sociales, aislamiento frente a las amistades... (Todas estas variables se han juntado y han construido una bomba!

► No cree que han aumentado los casos de suicidios y de trastornos alimentarios entre los más jóvenes porque les hemos confinado junto a sus mayores enemigos, los abusadores y maltratadores y la comida?

► Eso puede haber ocurrido, pero no siempre. Pero también es cierto que durante este periodo todos los factores protectores que tienen los niños, los compañeros, el colegio, las redes sociales, dejaron de actuar y se metieron en un ambiente familiar que podía ser de maltrato o abuso y que les dejó completamente desprotegidos. También contribuyó el teletrabajo de los padres que

« Nos han llegado niños con unos pesos muy bajos, de treinta y tantos kilos, que requerían ingresos »

de casos en ese momento concreto? ► Lo relaciono con la pandemia y con todos sus efectos posteriores. Porque es verdad que durante la primera fase de la misma ya

hubo síntomas, los niños estaban más nerviosos, más irritables, pero todavía no se habían convertido en trastornos mentales graves. El tema de la alimentación se agravó con el paso del tiempo ya que, una vez transcurridos los primeros meses de la pandemia, los menores nos llegaban con unos pesos muy bajos, tan bajos que casi en las primeras visitas había que ingresarlos porque estaban muy mal.

► De qué pesos está hablando? ► De unos treinta y tantos kilos, de niñas que físicamente ya te

nían mucha afectación. Nos han llegado niños con trastornos que empiezan antes y de mayor gravedad. ► Y con respecto a las tentativas de suicidio? ► También objetivamos que nos llegaban muchísimas tentativas de suicidio, casi todas de niñas... ► ¿Niñas? ► Sí. Hablo de niñas porque es verdad que hay un sesgo femenino, la mayor parte de los casos eran de niñas... ► Si le parece bien luego hablemos del perfil del paciente suicida pero antes expliqueme



a los casos de anorexia y bulimias en los más jóvenes

MATRÍA INFANTO-JUVENIL

Fuente: Hospital Clínico de Valladolid

	2019	2020	% crecimiento
espera	3.804	4.116	8,2
media	76	147	93,4
	44,82 días	37,66 días	-40
	2019	2020	% crecimiento
	115	106	-7,83
	117	105	-10,26
media	17,43	17,49	0
ón	72,14%	62%	-15,7

reducción de los dos primeros meses de 2020 y 2021

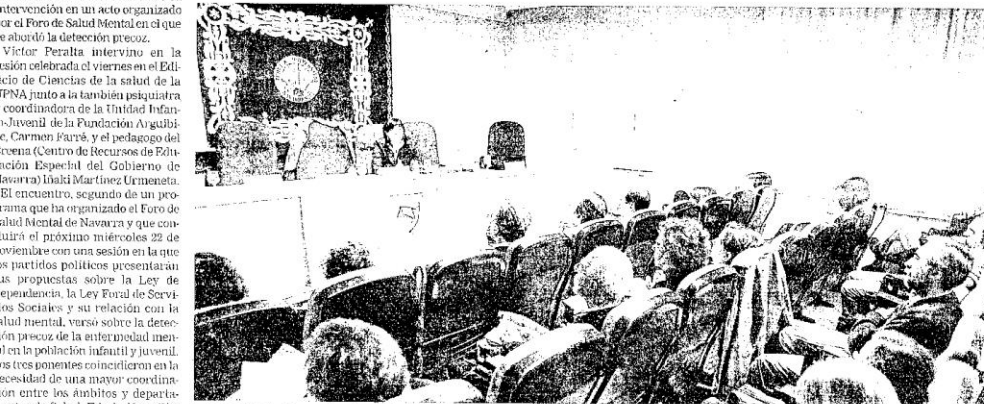
	Enero - febrero 2020	Enero - febrero 2021	% crecimiento
	183	185	1,1
	686	728	6,1
espera	101	157	55,4
media	35 días	35,8 días	1,22

o ideas de suicidio 2 mujeres 4 varones y 8 mujeres 500

torio de la conducta alimentaria: «Sus problemas no han mejorado con la pandemia». Además, subraya que en las personas que lo podían padecer pero no se habían puesto aún en tratamiento, «la sintomatología se ha acentuado más».

Para Clara Gómez, psicóloga en Segovia, «parece que se ha dado un incremento de este tipo de casos». La razón puede estar, a su juicio, en que los adolescentes y jóvenes han dedicado mucho más tiempo a las redes sociales durante este último año, dado que la vida social y el ocio se han visto limitados. «Las redes sociales son un factor de riesgo y, de alguna manera, han podido contribuir a la aparición de determinados pensamientos relacionados con la imagen corporal, que pueden desencadenar un TCA», insiste.

También hace referencia a las redes sociales y al «culto a la belleza» la psicóloga especializada en TCA Carlota de Sousa, que trabaja en consultas de Madrid y Segovia, quien asegura que este aspecto afecta claramente a la salud mental. Sin embar-



Intervención de Carmen Farré en el Foro de Salud Mental, que ha despertado gran interés entre los profesionales. Foto: Susana Serrano

La detección precoz del trastorno mental implica a los maestros

CARMEN FARRÉ PLANTEÓ LAS SITUACIONES DE ALERTA E INAKI MARTÍNEZ URMENTETA, LOS RECURSOS DEL CREENA

PAMPLONA. Los psiquiatras Víctor Peralta y Carmen Farré, que participaron en el debate organizado por el Foro de Salud Mental, coincidieron en la necesidad de que los maestros se impliquen para facilitar la

mentales en niños y adolescentes. El representante del Centro de Recursos de Educación Especial del Gobierno de Navarra (Creena), Inaki Martínez Urmenteta, destacó también el papel de los maestros cuando puso de manifiesto que los escolares pasan 30 horas semanales, "mucho tiempo", en el colegio.

Explicó que Educación tiene una serie de recursos al servicio del profesorado, así como orientadores, trabajadores sociales, un equipo del Cre-

éstos lo demandan; un módulo para los centros hospitalarios y equipos de atención temprana. Señaló que, no obstante, es necesaria una mejor y mayor coordinación con Salud y Bienestar social.

Carmen Farré se refirió a las circunstancias que pueden derivar en un trastorno mental grave y a las situaciones de alerta. Aportó que en niños de 0-4 años, son sintomáticos la agresividad, negativismo, baja tolerancia a la frustración, fobias,

explicó que son más frecuentes los trastornos de conducta (antisociales, agresividad, se van de casa), de la alimentación (anorexia, bulimia) y ansiedad (pánico, fobias, crisis de angustia). Dijo que en esta edad empiezan los trastornos depresivos, hipólax y esquizofrénicos, circunstancias que van aparejadas de fracaso escolar o laboral y la petición de ayuda por parte de las jóvenes "y es importante que sean atendidas esta demanda en todos los ámbitos, fami-

no miran a la persona que los habla), retrasos en el desarrollo psicomotriz, habla o lenguaje, anomalías en el juego o insomnio. En el tramo de 5-11 años, la psiquiatra citó entre otras situaciones de alerta, la hiperactividad, los signos depresivos, ansiedad, trastornos emocionales, dolores de cabeza o el fracaso escolar. Añadió que hay también factores que implican a los padres y que están relacionados con la incapacidad de éstos a poner límites adecuados



¿Cuáles son actualmente los trastornos mentales más frecuentes en la adolescencia?

- → Adicción a las nuevas tecnologías (TIC).
- → Autolesiones no suicidas.
- → Conductas suicidas.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos hipocondríacos.
 - Trastornos obsesivos.
 - TCA.
 - TEA.
 - Trastornos de conducta.
 - Trastornos disociativos.

Adicción a las nuevas tecnologías



Matalí, JE y Flores, E: ¿Cómo gestionamos el impacto de las nuevas tecnologías?
Una mirada a la salud mental de los adolescentes. Faros Sant Joan de Déu, 2021

¿Cuánto tiempo dedican?
¿Es demasiado?
¿Qué tiempo sería el adecuado?
¿Cómo sé si está enganchado?

Más que el tiempo total deberíamos fijarnos **en qué** invierten el tiempo **y por qué**.



Concepto de Adicción



Psicopatología

- **Pérdida de control** sobre una conducta que genera la aparición de consecuencias adversas.
- **Fracaso en la resistencia** al impulso o tentación de realizar un acto perjudicial para uno mismo o los demás.
- Las acciones repetitivas originan una **disminución de la ansiedad o una sensación de euforia.**
- Alto nivel de **interferencia** en todas las esferas de la **vida cotidiana.**
- **Necesidad** cada vez más elevada **de realizar la conducta adictiva** (mayor frecuencia y duración) como en las adicciones a sustancias.
- **Síndrome de abstinencia** ante la privación: ansiedad, tristeza, irritabilidad e inquietud física.

¿Cómo usamos las TICs

Uso normalizado:

- No produce consecuencias negativas para el adolescente o el entorno.

Uso inadecuado:

- Realización de actos perjudiciales para los demás (ciberbullying, sexting,...).

Uso excesivo:

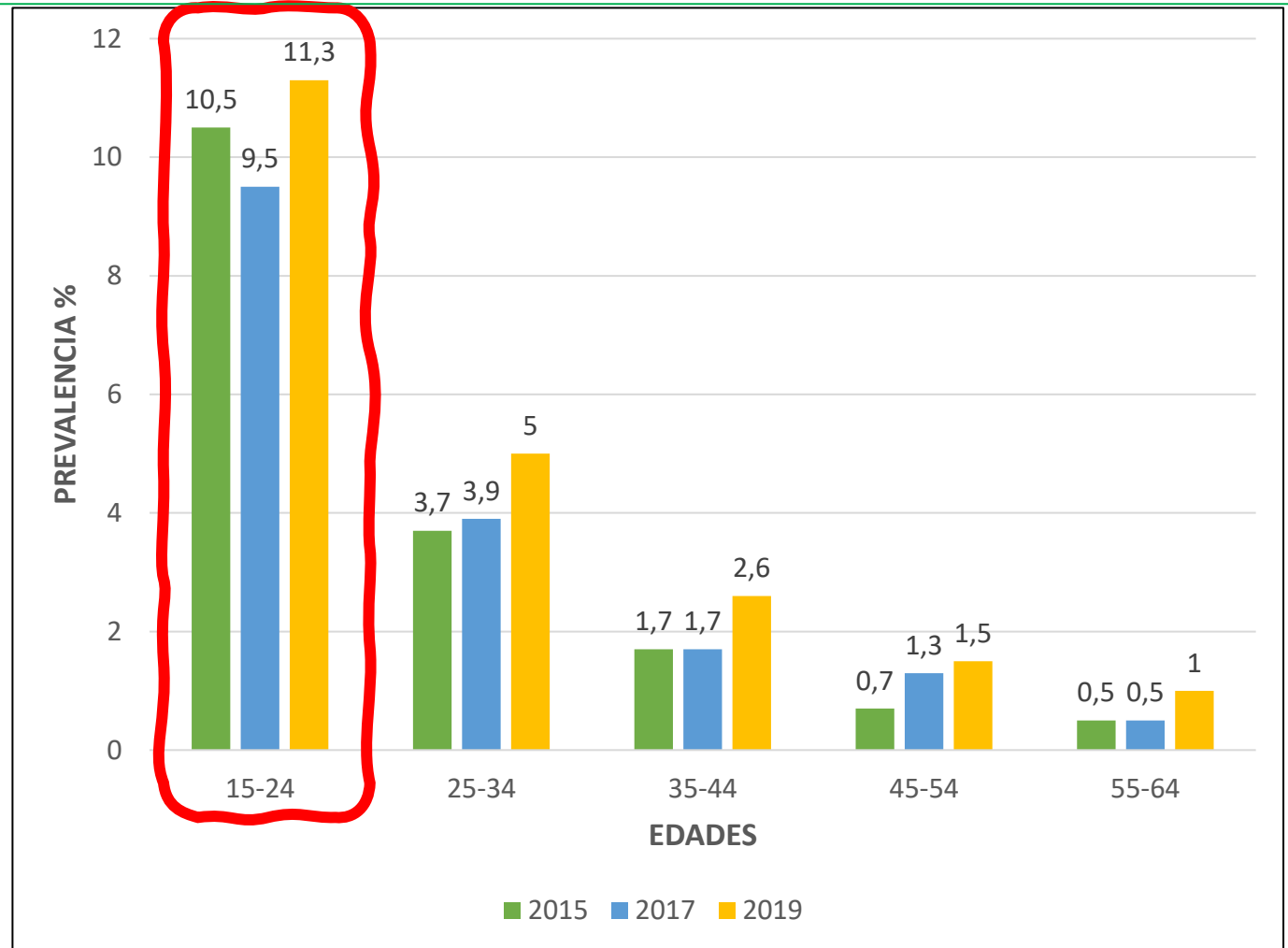
- Consecuencias escolares, relacionales y familiares pero manteniendo el ajuste en el funcionamiento diario.

Uso patológico/dependencia:

- Se prioriza el uso de las TIC ante situaciones consideradas de mayor importancia.
- Su uso pasa a ser prioritario y se asocia a consecuencias graves para el sujeto y su entorno.

¿Es frecuente
el uso
excesivo de
las TIC?

Prevalencia (%) de usuarios de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo de internet entre la **población de 15 a 64 años**.
España, 2015-2020.

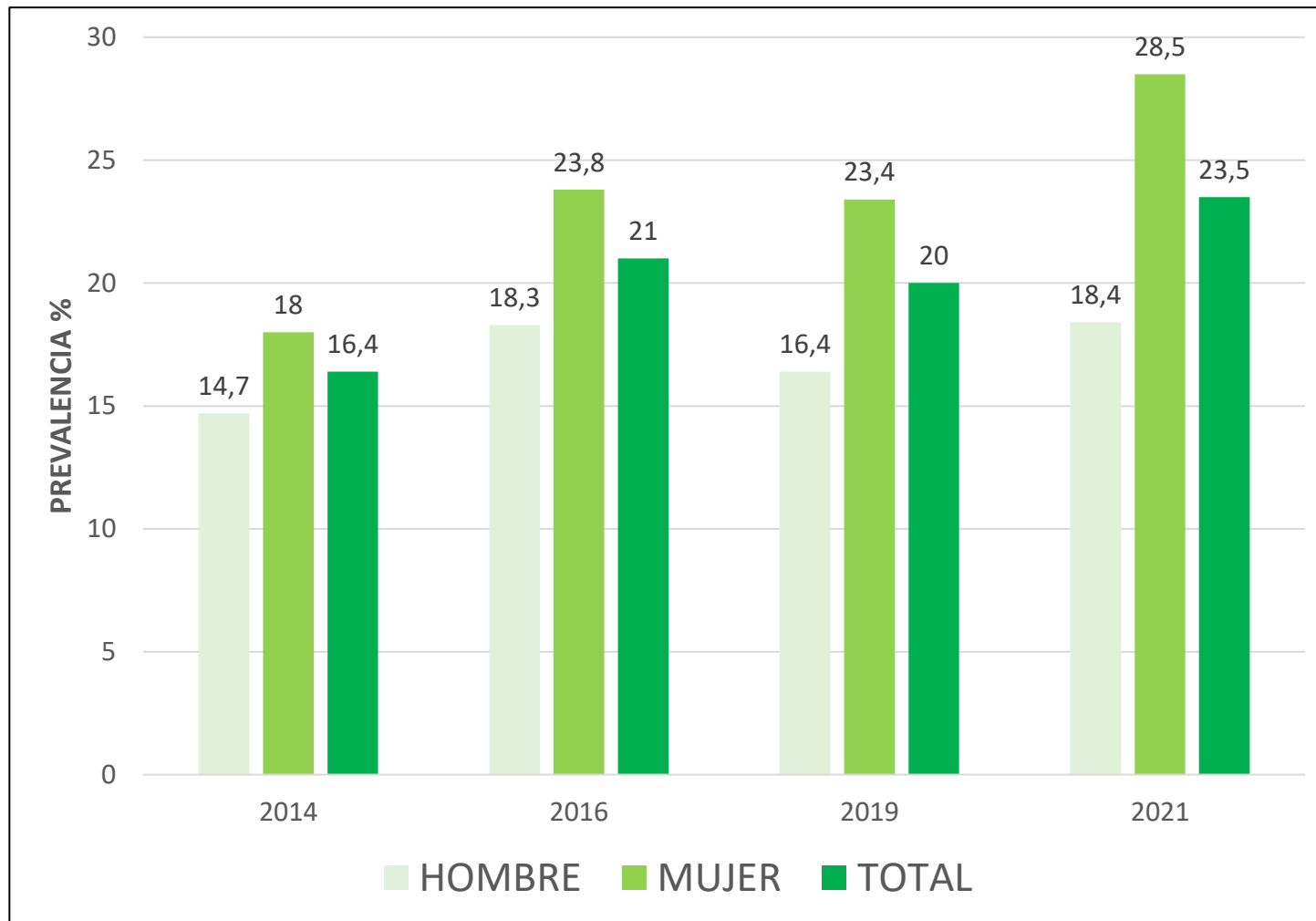


Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022. 82 p.

Prevalencia de usuarios de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo, según sexo.

Estudiantes de 14 a 18 años.

España 2014-2021



Factores de Riesgo



- Edad: + joven = + riesgo
- Inestabilidad afectiva, ansiedad y depresión.
- Baja autoestima.
- Personalidad insegura.
- Timidez
- Soledad
- Aspectos familiares: baja supervisión, desconocimiento de las TIC...

Señales de Alarma



- **Patrón de sueño alterado**: cambio de hábitos (se queda conectado por las noches, se acuesta tarde, por la mañana le cuesta mucho levantarse) y disminución de las horas de sueño.
- **Patrón del apetito alterado**: comer rápido, saltarse comidas, ...
- Menos atención por la **higiene diaria**.
- **Dejadez** en aspectos importantes de su vida.
- **Cambio** del estilo de ocio, cambio de intereses, de entorno.
- **Irritabilidad**, especialmente cuando no puede realizar la conducta adictiva.
- Estado de **ánimo oscilante**, tendencia a la tristeza, se muestra poco comunicativo, encerrado en su mundo.
- **Rendimiento académico** alterado, absentismo, ...
- Pequeños **hurtos**, generalmente a la familia más cercana.



¿Y qué hacemos?
¿Cuál es el tratamiento?

Luego ...

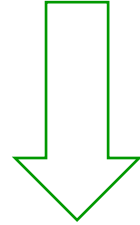
Las autolesiones



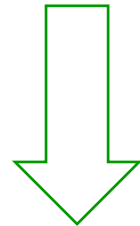


- La autolesión no suicida (ANS) es una destrucción directa y deliberada de la propia superficie corporal, sin intencionalidad letal.
- Por lo tanto, implica un daño corporal autoinfligido, **sin** intención de provocarse la muerte.

Elaboración del **DSM-5**



“Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas”



“Condiciones que requieren más estudio”

- B. El individuo se comporta en un comportamiento autolesivo con una o más de las siguientes expectativas:
- 1) Obtener alivio de un sentimiento negativo o de un estado cognitivo.**
 - 2) Resolver una dificultad interpersonal.**
 - 3) Inducir un estado de sensación positiva.**



¿Esto es nuevo?

Psiquiatría tradicional

1. ANS en enfermedades graves:

- Esquizofrenia
- TEA
- Discapacidad
- TLP
- Tourette

2. Carácter:

- Ansiolítico
- Autoestimulación

Actualmente

1. ANS en enfermedades graves =

2. ANS en adolescentes sin patología previa



Años 80:

- Prevalencia 0,4%

2010-2023:

- 17 % en China
- 18 % en la India
- 20 % en Nueva Zelanda
- 21,7 % en Finlandia
- 17,1 % en Suecia
- 30,7 % en Bélgica
- 25,6 % en Alemania
- 11,4% en Cataluña
- 23,2 % en Estados Unidos
- **27,6% Europa**

(Pattison EM, 1983)

1. Las **ANS** son mucho más frecuentes en adolescentes con trastorno mental que en la población general.

2. Las **ANS** pueden aparecer:

- en trastornos como un síntoma importante de dicho trastorno (por ej: TLP).
- asociadas a otros trastornos: TCA, Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad, ...

3. **Edad de inicio:**

- 11-13 años. Alta impulsividad y reactividad emocional.

4. **Factores de riesgo:**

Rasgos de personalidad disfuncionales:

- inestabilidad
- elevada reactividad emocional
- impulsividad

Trastornos de personalidad (TP):

Grupo A:

- TP paranoide
- TP esquizoide
- TP esquizotípico

Grupo B:

- TP antisocial
- TP límite
- TP histriónica
- TP narcisista

Grupo C:

- TP por evitación
- TP dependiente
- TP obsesivo-compulsiva

Grupo B:

- TP antisocial
- **TP límite**
- TP histriónica
- TP narcisista

Características generales

- inestabilidad anímica
- reactividad emocional
- Impulsividad
- egocentrismo
- dificultades para empatizar
- excesiva necesidad de afecto

¿≈ adolescencia?



ANS: DIFERENCIAS POR SEXO



Funcionalidad de la conducta ¿por qué se autolesionan?

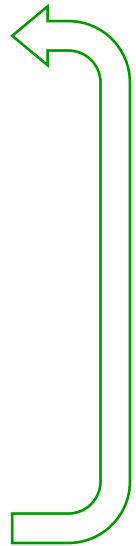
Como toda conducta humana que se repite, las **ANS** tienen una función reforzante para la persona que las realiza (“le encuentran algo positivo”).

Motivaciones **intrapersonales**:

- Reducción de emociones negativas:
 - vacío
 - ansiedad
 - ...

Motivaciones **interpersonales**:

- Evitación
- Búsqueda de:
 - afecto
 - aceptación
 - aprobación



Señales de ALARMA

Comportamiento distante.



Notar que lleva ropa inadecuada al clima para tapar algunas partes del cuerpo.



Encontrar escondidas cuchillas, objetos punzantes, ...



Presencia de cortes, cicatrices, ...





¿Y qué hacemos?
¿Cuál es el tratamiento?

Luego ...



El suicidio en la adolescencia

CONCEPTOS CLAVE

1. Ideación suicida:

- pensamientos más o menos frecuentes en los que está presente la idea de quitarse la vida.

2. Intento de suicidio:

- intento de terminar con su propia que no llega a consumarse.
- Existen una amplia variedad de circunstancias que determinan la **gravedad del intento de suicidio**: desde conductas con previsión de rescate y con un marcado acento por intentar captar la atención del entorno, hasta intentos de autolisis en los que sólo una intervención externa logra detenerlo (**Suicidio Frustrado**).
- **Todo intento de suicidio debe considerarse como un factor de riesgo para un suicidio posterior.**

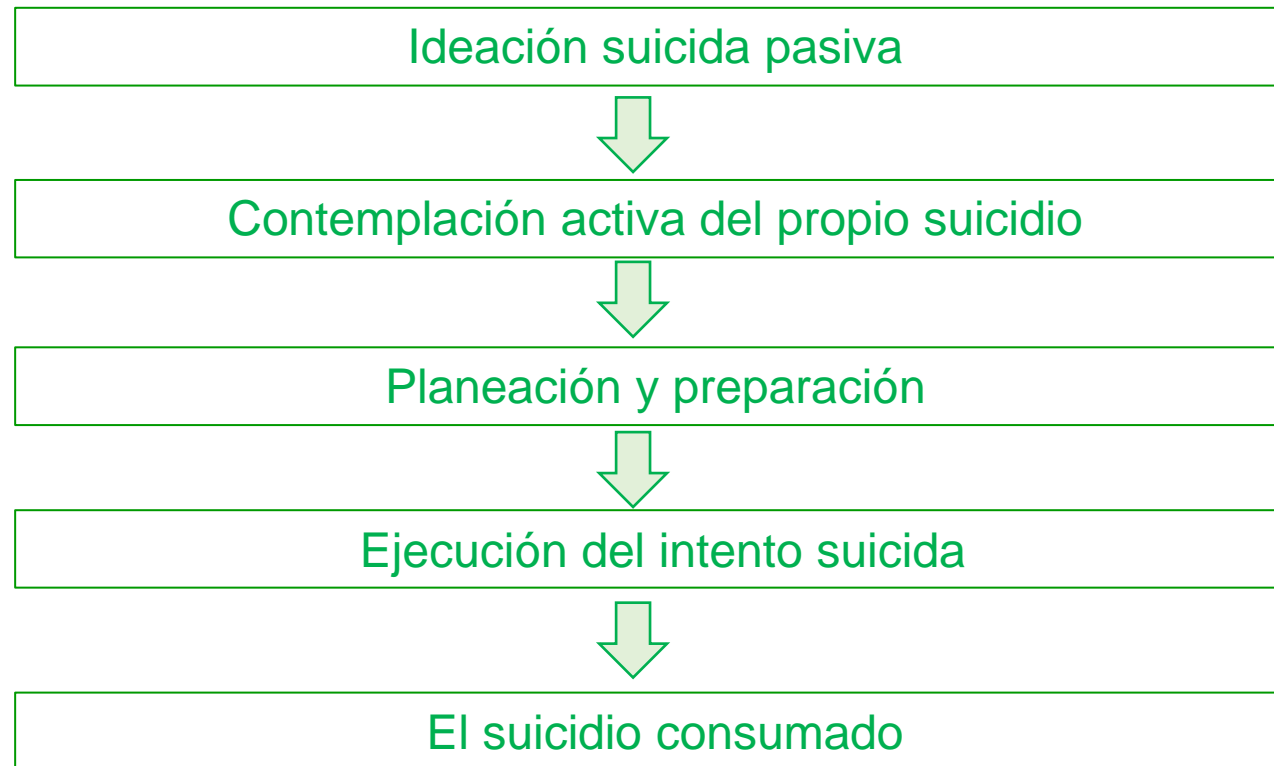
3. Suicidio:

- El suicidio consumado se define por dos características básicas:
 - La letalidad: el resultado es la muerte del individuo.
 - La intencionalidad.

4. Conducta parasuicida:

- conductas autolesivas pero sin intencionalidad clara de producirse la muerte.

- El **suicidio** puede entenderse como un **proceso** con una serie de **Etapas** ⁽¹⁾ (que no necesariamente tienen que ser secuenciales):

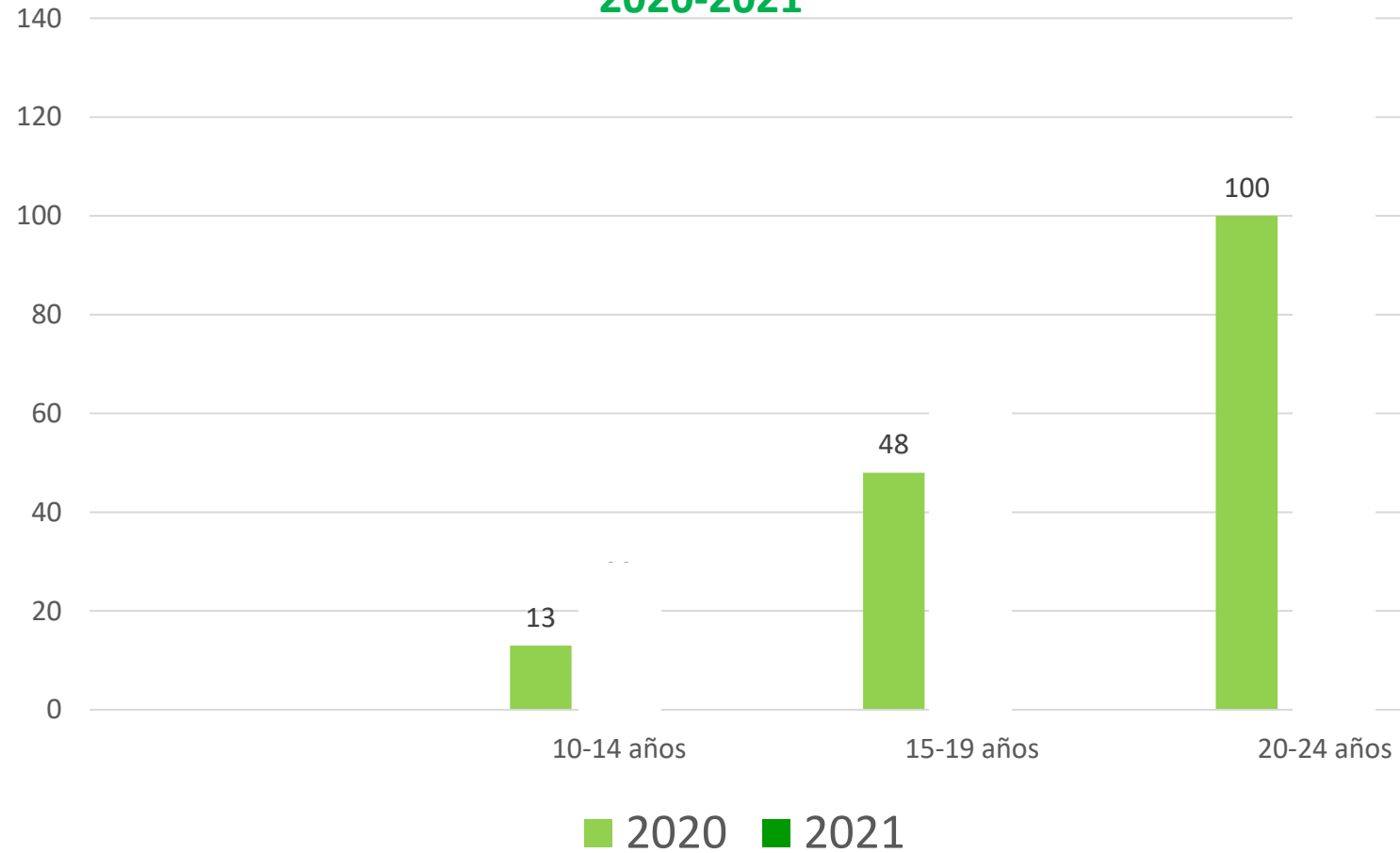


**¿Son frecuentes las ideas
y las conductas suicidas?**

- Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo, cerca de 800.000 personas al año ⁽¹⁾.
- De ellos, en 2.021 hubo 4.003 en España, más de diez cada día ⁽²⁾.

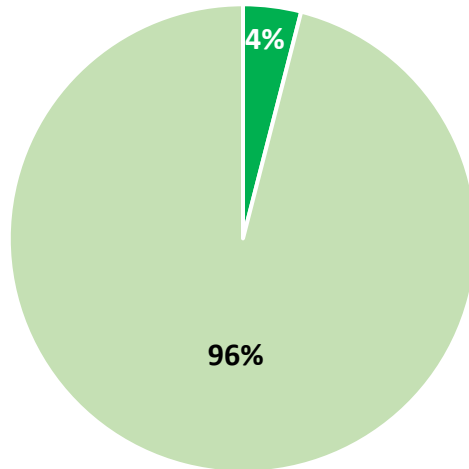
Causas de muerte más frecuentes por grupos de edad en España (2.021)		
CAUSA DE MUERTE ⁽²⁾	EDADES	
	1-14 años	15-39 años
TUMORES	1ª	2ª
SUICIDIO	2ª	1ª

Número de suicidios en España entre los 10 y 24 años 2020-2021

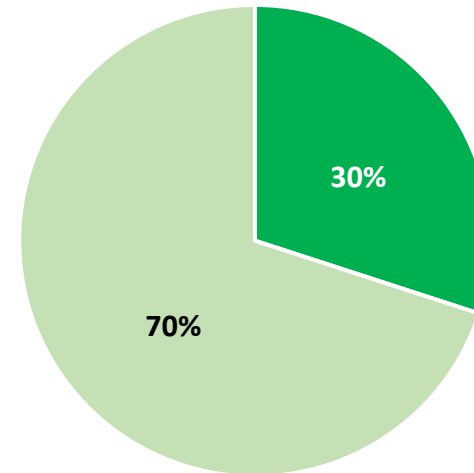


Prevalencia vital de ideación suicida y de intentos de suicidio en población adolescente en España

Intentos de suicidio



Ideación suicida



1. Fonseca-Pedrero, E. et al (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
2. Fonseca-Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de Suicidio. Papeles del Psicólogo, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>.

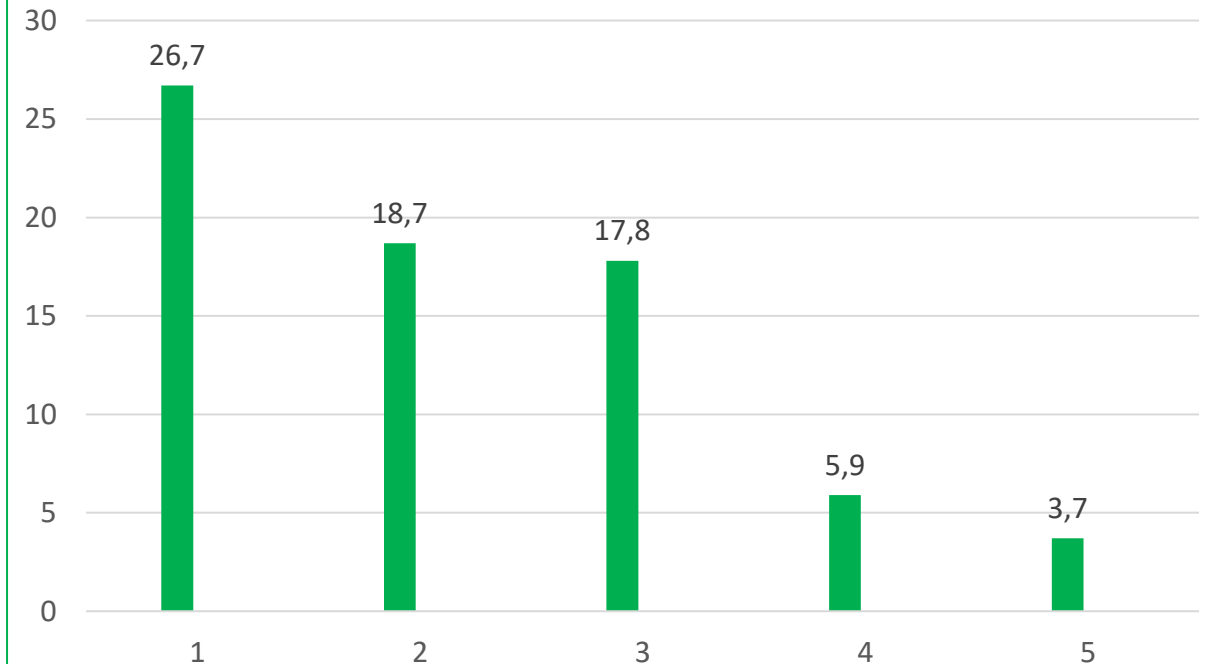
Prevalencia de la conducta suicida en adolescentes españoles

Versión española de la escala Paykel de conducta suicida (1).

Versión española de la escala Paykel de conducta suicida (1).

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte.
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

Prevalencia (%) de la conducta suicida en adolescentes españoles (1) (n = 3454)



- (1) Fonseca-Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- (2) Díez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34.

Factores de Riesgo y Factores de Protección de la conducta suicida en la adolescencia.

Factores de Riesgo

I. Internos:

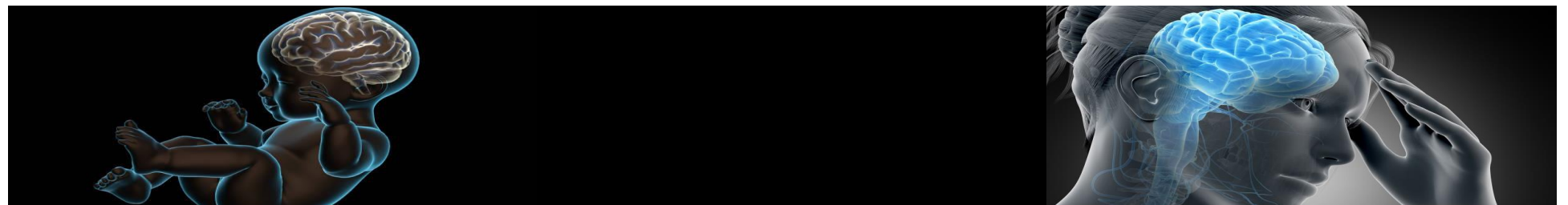
- Trastornos afectivos, ideación y/o intentos de suicidio, abuso de alcohol o sustancias.
- Falta de habilidades para resolver problemas,
- Afrontamiento ineficaz de las dificultades,
- Abuso del tiempo dedicado a TIC,
- Problemas de salud,
- Estilos de vida poco saludables (alimentación, sueño).

II. Externos:

- **Familiares:** AF de trastornos mentales, conflictos familiares, dificultades económicas, ...
- **Sociales:** factores económicos, grupo de apoyo de iguales, escolares (absentismo, acoso).

Factores de Protección

- Reformulación de una vida con sentido (incluyendo la espiritualidad)
- Hábitos de vida saludables: alimentación, sueño, deporte, ...
- Buena comunicación familiar, relaciones cariñosas, adecuada supervisión de los adolescentes.
- Actividades de ocio, uso racional de las TIC, amistades, lectura, cine, ...



PREGUNTAS CLAVE PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO DE LA IDEACIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA

1. Deseo de estar muerto/a.	→	¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?
2. Pensamientos activos de suicidio no específicos.	→	¿Has pensado realmente en quitarte la vida?
3. Ideas activas de suicidio con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar.	→	¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?
4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico.	→	¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?
5. Ideas activas de suicidio con intención y plan específico. Planificación y temporalización de la conducta suicida.	→	¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?

(1) Protocolo de colaboración interinstitucional 'Prevención y actuación ante conductas suicidas', Gobierno de Navarra, julio 2014. Adaptada por la Asesoría de Convivencia del Departamento de Educación a partir de las escalas: „Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), de Posner, K., Brent, D., Lucas, C. et al. (2012). „Escala de riesgo de suicidio en niños y adolescentes de la Universidad de la Habana, de Aguilera, M., Cala, A., Walkquer, M. Muñiz, S. y López, JC.

ALGUNOS MITOS

Hablar del suicidio incita a ello.

La gente que habla sobre el suicidio no lo lleva a cabo.

Tras una tentativa de suicidio y el paciente empieza a mejorar, se puede considerar que ya no hay riesgo.

PARA RECORDAR

El principal factor de riesgo de suicidio es un intento de suicidio previo

TELÉFONO de la ESPERANZA	717 003 717	24H/365 DÍAS
LÍNEA DE ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA. M ^o SANIDAD.	024	24H/365 DÍAS
FUNDACIÓN ANAR (AYUDA A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIESGO)	900 20 20 10	24H/365 DÍAS



¿Y qué hacemos?
¿Cuál es el tratamiento?

¡Ahora sí!






La gran mayoría de los adolescentes que acuden a nuestras consultas lo hacen obligados o presionados por sus padres.

Es bastante probable que:

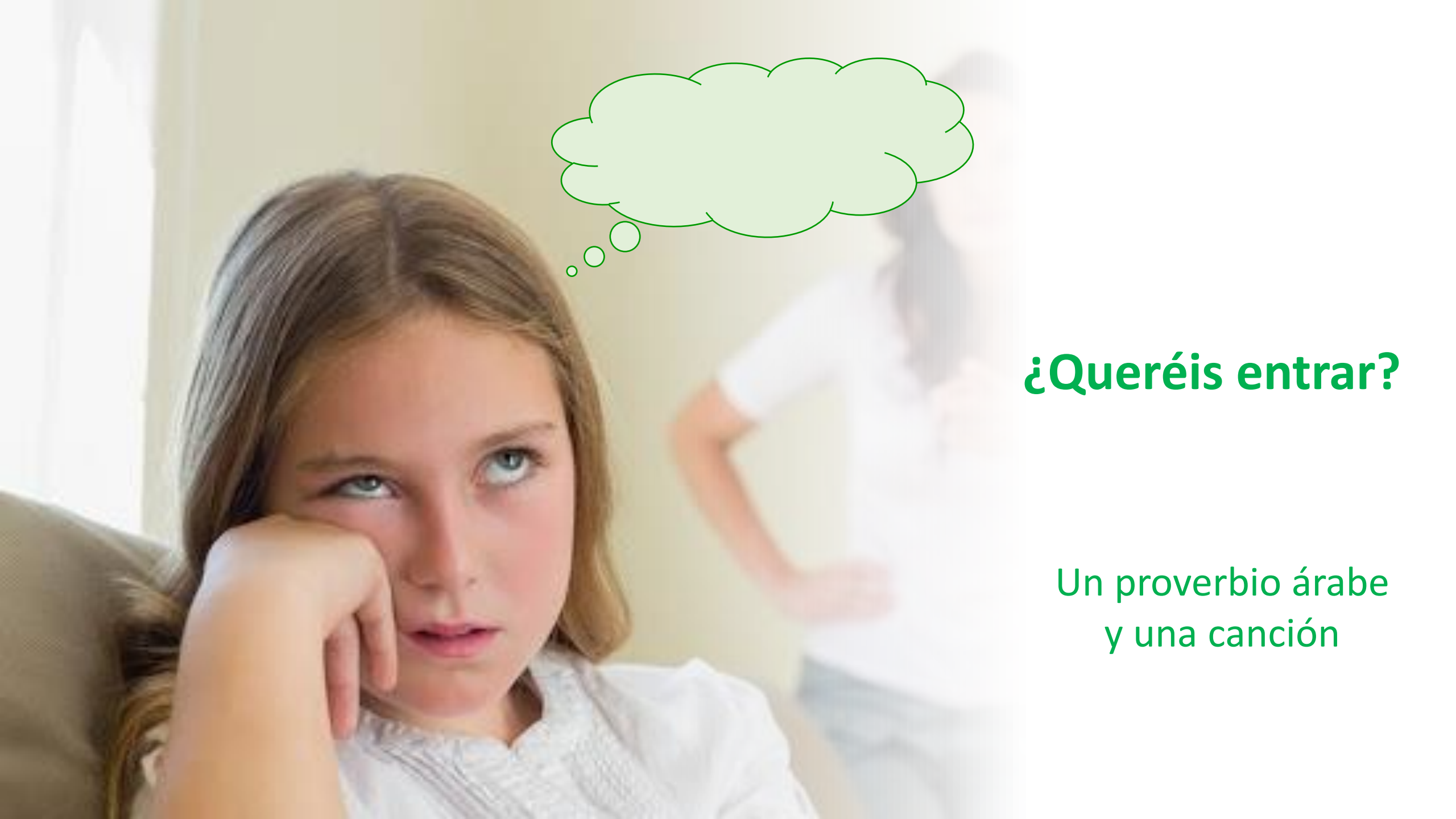
- colaboren poco en la consulta.
- nieguen el problema.
- minimicen el problema.
- normalicen el problema.

Cada vez más, vivimos en un mundo:

- Digital.
- Visual.
- Abierto al mundo.
- Aislado en lo personal.



Los adolescentes, cómo nosotros,
tienen su mundo interno con sus
miedos y sus deseos, sus fantasmas y
sus monstruos, ...



¿Queréis entrar?

Un proverbio árabe
y una canción



"Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación".

Hay que hablar con ellos,
a solas,
mirarles a los ojos,
dedicarles tiempo,
garantizar la confidencialidad,
...

“Quién fuera el batiscafo
de tu abismo”

Silvio Rodríguez: “Quién fuera”





Gracias por su atención