

Suicidio y psiquiatría

Recomendaciones preventivas
y de manejo del comportamiento suicida



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Suicidio y psiquiatría

Recomendaciones preventivas
y de manejo del comportamiento suicida

Julio Bobes García, José Giner Ubago,
Jerónimo Saiz Ruiz

(Editores)



Madrid, 2011

© De la introducción y los artículos: Los autores

© De la edición:

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Arturo Soria 311, 1.º B
28033, Madrid (España)
Tel.: 913 834 145
fepsm@fepsm.org
www.fepsm.org

Editorial Triacastela
Guzmán el Bueno 27, 1.º dcha.
28015, Madrid (España)
Tel.: 915 441 266
editorial@triacastela.com
www.triacastela.com

ISBN: 978-84-95840-59-2
Depósito Legal: M. 11.216-2011

Impresión: Gráficas Efca, S.A.

Sumario

INTRODUCCIÓN	9
1. MAGNITUD E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LA CONDUCTA SUCIDA	17
1.1. Epidemiología de la ideación suicida	19
1.2. El suicidio en Europa	22
1.3. Suicidio en España	24
Referencias	36
2. PATRÓN DE ACTUACIÓN DE LOS PSIQUIATRAS EN ESPAÑA ANTE LA PRESENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE CONDUCTA SUCIDA	39
2.1. Introducción	41
2.2. Material y métodos	42
2.3. Resultados	44
2.4. Discusión	51
2.5. Conclusión	55
Referencias	56
3. FACTORES DE RIESGO	59
3.1. Factores de riesgo inmodificables	61
3.2. Factores de riesgo modificables	71
3.3. Factores protectores	78
3.4. En resumen	79
Referencias	81

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	95
4.1. Recomendaciones CIE-10 para la evaluación del paciente suicida	99
4.2. Evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas .	100
4.3. Conclusiones	116
Referencias	118
5. INTERVENCIÓN PREVENTIVO-EDUCATIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD	123
5.1. Modelos de prevención del comportamiento suicida	126
5.2. Programas educativos dirigidos a profesionales de atención primaria	131
5.3. Decálogo para tener presente en la puesta en marcha de un programa educativo	138
Referencias	140
6. INTERVENCIONES SOBRE POBLACIONES DE RIESGO	143
6.1. Modelos de intervención en la conducta suicida	146
6.2. Evaluación del riesgo suicida	149
6.3. Tratamientos biológicos del suicidio	153
6.4. Psicoterapia del suicidio	155
Referencias	159
7. PROTOCOLOS PREVENTIVOS GENÉRICOS Y ESPECÍFICOS	163
7.1. Marco general	165
7.2. Iniciativas de prevención del suicidio a nivel mundial	168
7.3. Iniciativas existentes a nivel europeo	172
7.4. Programas existentes en España	174
7.5. Evidencias sobre la efectividad de las intervenciones existentes	176
Referencias	181
Anexo 1. Programa de Intervención Intensiva (PII).....	183
DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS Y DE MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA	187

Introducción

Julio Bobes García
Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

José Giner Ubago
Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Jerónimo Saiz Ruiz
Sociedad Española de Psiquiatría

Introducción

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y 44 años. En los países miembros de la Unión Europea se calcula que mueren cerca de 60.000 personas al año por este motivo (European Commission, 2008). Concretamente, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) referentes al año 2008 sitúan al suicidio en España como la primera causa no natural de defunción, con 3.421 personas fallecidas (INE, 2010). Estas cifras colocan al suicidio, en los países industrializados, como una de las principales causas de carga producida por enfermedad cuando se tienen presentes los DALYs (*disability adjusted life year* o años de vida ajustados por discapacidad) (WHO, 2008).

Las cifras expuestas sólo representarían la punta de un iceberg, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces superior, aunque la carencia de estadísticas nacionales e internacionales adecuadas impide un conocimiento exacto de la magnitud real del problema. Hay que tener presente que el cómputo de los intentos de suicidio entraña numerosas dificulta-

des metodológicas, ya que hablamos de un grupo muy heterogéneo de pacientes en relación a aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida y, por otra parte, la utilización de diferentes definiciones de lo que constituye una tentativa suicida también contribuye a la heterogeneidad (Mittendorfer-Rutz y Schmidtke, 2009). Así, numerosos autores señalan una tendencia a la infranotificación en la mayoría de los países, España incluida (Bobes et al., 2004).

Dada la magnitud y gravedad de este problema el European Pact for Mental Health and Well-being (European Commission, 2008) establece cinco áreas de actuación prioritaria entre las que se incluye la prevención del comportamiento suicida. De igual modo, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su Línea Estratégica 1 (promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental), incluye como uno de los objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Existen numerosas guías clínicas en las que se abordan los estándares del tratamiento hospitalario de los pacientes con comportamiento suicida, si bien, ninguna de ellas está universalmente aceptada (Miret et al., 2010). No obstante, dichas guías permiten el establecimiento de unos indicadores mínimos de calidad que deberían contener los informes de alta hospitalaria, entre los que se incluyen los principales factores de riesgo suicida detectados hasta la fecha.

En este sentido, y a pesar de que la historia de tentativa suicida previa es el marcador de riesgo suicida más replicado tanto de futuras tentativas como de posterior suicidio consumado (Oquendo et al., 2006), en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de correcta evaluación tanto de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimando el riesgo de suicidio real de los pacientes (Oquendo et al., 2008). Esto se ve aún más favorecido por el hecho

de que, aún cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, el paciente recibe un diagnóstico (en España, una categoría CIE-10) que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo (Oquendo et al., 2008).

Por tanto, desde un punto de vista preventivo, para tratar de evitar la repetición de las tentativas de suicidio es fundamental realizar una correcta evaluación de las personas que acuden a los servicios de salud tras haber realizado un intento suicida (Kapur et al., 2008), lo que contribuiría, de igual modo, a la prescripción de un tratamiento más adecuado (Miret et al., 2010). Los servicios de urgencia hospitalarios son el lugar donde suelen acudir a recibir la asistencia médica necesaria las personas que realizan una tentativa suicida. En este sentido, existen claras evidencias de que en dichos servicios no siempre se realiza una adecuada evaluación psicosocial de los pacientes (Baraff et al., 2006). Concretamente, un estudio observacional llevado a cabo en cuatro hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, pone de manifiesto que los informes clínicos de las personas que han acudido a dichos hospitales tras realizar una tentativa suicida son incompletos, ya que sólo el 53,3% de dichos informes incluirían al menos seis de los siete indicadores de calidad estudiados e incluso el 5% de los pacientes estudiados recibieron el alta médica sin una valoración psiquiátrica (Miret et al., 2010).

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría tiene previsto para la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la recomendación de la necesidad de evaluar, como eje independiente, la presencia (o no) de riesgo autolítico (APA, 2010).

Con el fin de subsanar, al menos en parte, los aspectos expuestos previamente, recientemente se ha generado un Consenso sobre Suicidabilidad y Riesgo de Suicidio (Meyer et al., 2010), cuyo objetivo fundamental es facilitar el manejo de estos comportamientos y su prevención. No obstante, consideramos que la adaptación de los protocolos de actuación en función de las características y posibilidades de cada sistema sanitario es un factor fundamental para que éstos funcionen. Por dicho motivo consideramos que la creación del

presente protocolo de recomendaciones preventivas y de manejo de comportamientos suicidas será de gran ayuda para el clínico y contribuirá, sin duda, a su excelencia clínica y desarrollo profesional continuado, mejorando, por otra parte, la asistencia de nuestros pacientes.

En conclusión, la creación de protocolos que sirvan de guía para la toma de decisiones y manejo del paciente suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, son un paso fundamental para poder establecer redes centinelas que sirvan de observatorio permanente de los comportamientos suicidas y se erigen como un elemento fundamental a la hora de prevenir futuros comportamientos suicidas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org>.
- Baraff, L. J.; Janowicz, N.; Asarnow, J. R. (2006): "Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care", *Ann Emerg Med*, 48: 452-8.
- Bobes, J.; Sáiz, P. A.; García-Portilla, M. P. et al. (2004): "Suicidal behaviour in Asturias (Spain)" en: Schmidtke, A.; Bille-Brahe, U., De Leo, D.; Kerkhof, A.D. (eds.): *Suicidal behaviour in Europe, Germany*, Hogrefe & Huber, pp. 241-7.
- European Commission (2008): *European Pact for Mental Health and Well-being*.
- Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>. 2010.
- Kapur, N.; Murphy, E.; Cooper, J. et al. (2008): "Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project", *J Affect Disord*, 106: 285-93.
- Meyer, R. E.; Salzman, C.; Youngstrom, E. A. et al. (2010): "Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement", *J Clin Psychiatry*, 71: e1-e21.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): *Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miret, M.; Nuevo, R.; Morant, C. et al. (2010): "Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse", *Rev Psiquiatr salud Ment (Barc.)*, 2010; 3: 13-8.
- Mittendorfer, E.; Schmidtke, A. (2009): "Suicide attempts in Europe" en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention*, Oxford, Oxford University Press, pp. 123-6.
- Oquendo, M. A.; Currier, D.; Mann, J. J. (2006): "Prospective studies of

suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?”, *Acta Psychiatr Scand*, 114: 151-8.

Oquendo, M.; Baca-García, E.; Mann, J. J. et al. (2008): “Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis”, *Am J Psychiatry*, 165: 1383-4.

World Health Organization (2004): *The global burden of disease*. Actualizado, Ginebra, WHO, 2008.

1

Magnitud e impacto epidemiológico y social de
la conducta suicida

José Luis Ayuso Mateos
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de la Princesa
Universidad Autónoma de Madrid
CIBERSAM, Madrid

En este apartado se analizan los datos disponibles en la actualidad sobre epidemiología de la conducta suicida. En primer lugar se analizarán datos sobre epidemiología de la ideación suicida, pasando posteriormente a analizar datos sobre mortalidad por suicidio, estimaciones de años de vida perdidos (AVP), y los datos disponibles sobre intentos de suicidio. Se parte de datos europeos, para seguir con datos a nivel nacional y terminar con datos específicos de la Comunidad de Madrid.

1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (Diekstra y Garnefski, 1995; Goldney et al., 1989). La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de en-

frentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo.

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados (Kessler et al., 2005). Los datos sobre prevalencia de ideación suicida son muy variables. Entre los diferentes estudios realizados desde los años 70, se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% (Kessler et al., 1999; Weissman et al., 1999). Asimismo, dependiendo del entorno concreto del estudio, la prevalencia en 12 meses varía entre el 2,3% y el 8,7% (Crosby et al., 1999; Goldney et al., 2000; Paykel et al., 1974; Schwab et al., 1972; Vandivort y Locke, 1979) y la prevalencia vital puede variar entre el 2,6% en Chennai —India— y el 25,4% en Durban —Sudáfrica— (Bertolote et al., 2005). En los estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue del 2,8% y 3,3%, respectivamente (Kessler et al., 1999; Kessler et al., 2005). Kessler y colaboradores (2005) estimaron una tasa de aproximadamente 3.000 por 100.000 personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada 100.000 personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia aportó datos sobre la prevalencia de ideación suicida en función del sexo en dos momentos: 1978 y 1984. En 1978, el 2,8% de los hombres y el 6,8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los 12 meses previos; en el segundo estudio las tasas subieron hasta 5,9% y 14,9%, respectivamente (Madianos et al., 1993).

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% de las personas (Goldney et al., 1989), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de ellas (Skoog et al., 1996).

En un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) se investigó con el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en el inicio del estudio y en un seguimiento a los 12 meses. Se en-

Tabla 1.1. Ideación, planes, e intentos en diversos países (Bertolote et al., 2005)

Países	Pensamientos de suicidio	Planes de suicidio	Intentos de suicidio	At. médica tras 1 ^{er} intento
Brasil	18,6%	5,2%	3,1%	38%
India	2,6%	2,0%	1,6%	88%
Sri Lanka	7,3%	1,5%	2,1%	56%
Sudáfrica	25,4%	15,6%	3,4%	47%
Vietnam	8,9%	1,1%	0,4%	22%
Irán	14,1%	6,7%	4,2%	48%
Estonia	12,4%	5,4%	3,6%	39%
China	18,5%	7,4%	2,4%	75%
Australia	11,0%	10,6%	4,2%	----
Suecia	---	15,5%	4,0%	55%

contró una incidencia global del 3,8%, 3,1% para las mujeres y 4,6% para los hombres.

Los datos del *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS) (Bertolote et al., 2005), sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía en función del lugar en el que se evalúe. Los datos de comparación de ideación suicida, planes específicos, e intentos en diez países diferentes se presentan de manera resumida en la tabla 1.1.

Dos estudios recientes realizados simultáneamente en varios países europeos, entre ellos España, han aportado datos sobre la incidencia de ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculados a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio (Bernal et al., 2007; Casey et al., 2006). El primero de ellos, el *European Study on the Epidemio-*

logy of Mental Disorders (ESEMED), un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española), encontró una prevalencia vital del 4,4% para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7,8% y para los intentos de suicidio de 1,8% (Bernal et al., 2007).

Como parte de la red de investigación en trastornos afectivos: Outcome for Depression International Network (ODIN) se analizaron las puntuaciones en el ítem 9 del BDI (Beck et al., 1961), que incluye cuatro categorías de respuesta desde «no tengo pensamientos de suicidio» a «me suicidaría si tuviera oportunidad de hacerlo», en una muestra aleatoria de 7.710 personas de cinco países europeos. La muestra española estuvo compuesta por 1.245 personas y las respuestas al cuestionario indicaron que el 2,3% tenía algún grado de ideación suicida, una tasa relativamente baja comparada con las del resto de países europeos incluidos en el estudio (7,4% en Noruega y Gales, 9,8% en Finlandia y 14,6% en Irlanda) (Casey et al., 2006).

1.2. EL SUICIDIO EN EUROPA

Se estima que en la región Euro-A¹ de la OMS (a la que pertenece España) se produjeron 54.280 muertes por suicidio en el año 2000, lo que supone el 1,3% de todas las muertes estimadas en la región para el año 2000. En la tabla 1.2 se indican las tasas de mortalidad y de años de vida perdidos por suicidio en la región Euro-A. Como se puede observar, los mayores porcentajes se produjeron en los grupos de edad 15-44 años y mayores de 60 (World Health Organization, 2002c).

¹ Euro-A: Región de la OMS formada por los siguientes países: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza.

Tabla 1.2. Muertes y AVP por suicidio en la región Euro-A de la OMS. Año 2000

Mortalidad por suicidio				
Edad	Hombres	% Total hombres	Mujeres	% Total mujeres
0-4	0	0,0	0	0,0
5-14	111	0,3	51	0,4
15-44	17.291	42,9	4.616	33,0
45-59	10.037	24,9	3.564	25,5
> 60	12,846	31,9	5,765	41,2
Total	40.824	100,0	13.995	100,0
AVP por Suicidio (por mil, r = 0,03, k = 1)				
Edad	Hombres	% Total hombres	Mujeres	% Total mujeres
0-4	0	0,0	0	0,0
5-14	4	0,6	2	0,9
15-44	480	66,8	128	57,3
45-59	160	22,3	58	26,1
> 60	75	10,4	35	15,7
Total	718	100,0	224	100,0

El suicidio es una de las principales causas de muerte en Europa entre las personas jóvenes y de mediana edad, especialmente en los hombres, como resultado del descenso de la mortalidad por accidentes. En muchos países de Europa el suicidio es la segunda causa de muerte tras los accidentes en el grupo de edad de 15-34 años (World Health Organization, 2002b).

1.3. SUICIDIO EN ESPAÑA

Para obtener datos de mortalidad y años de vida perdidos en España y en la Comunidad de Madrid se extrajeron los datos de mortalidad y población procedentes del Instituto Nacional de Estadística para los años 2000 y 2006. Se extrajeron aquellas muertes con código CIE-10 correspondientes a muerte por suicidio. Para el cálculo de los Años de Vida Perdidos (AVP) se utilizó la tabla de vida Oeste-26 modificada de Princeton y se aplicó la tasa de descuento ($r = 0,03$) y ponderación por edades ($k = 1$). Los cálculos se realizaron con el programa informático GesMor (Pereira et al., 2002).

En España se produjeron 3.416 muertes por suicidio en el año 2000 —2.591 (76%) en hombres y 825 (24%) en mujeres—. La tasa cruda de mortalidad por suicidio fue de 13 por 100.000 en hombres y de 4 por 100.000 en mujeres, lo que constituye respectivamente el 1,4% y el 0,5% de la tasa de mortalidad total. Tanto en hombres como en mujeres, el mayor número de muertes se produjo en los grupos de edad entre 15-44 años y en mayores de 60 años. Estas muertes produjeron 55.414 AVP, que suponen el 2,5% del total de años de vida perdidos por todas las causas en la población española en el año 2000. En la tabla 1.3 se muestra la distribución de la mortalidad y AVP por sexo y grupo de edad para el año 2000.

En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, según consta en el certificado de defunción, entre los hombres el más frecuente fue el ahorcamiento (40% del total de muertes), seguido por saltar desde altura (28% del total), mientras que entre las mujeres saltar desde altura fue el más utilizado (59% del total), seguido del ahorcamiento (14%) (Instituto Nacional de Estadística, 2000).

El suicidio supone el 3,1% del total de AVP en hombres y el 1,5% en mujeres; por grupos de edad, el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de 15-29 años en ambos grupos, en los que el suicidio supone el 10,7% del total de AVP en hombres y el 6,7% del total en mujeres. En todas las edades, el suicidio es la novena causa de AVP en hombres y ocupa el lugar 21 en las mujeres. Sin

*Tabla 1.3. Muertes y AVP por suicidio en España.
Año 2000*

Mortalidad por 100.000 habitantes	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	135	113	0	0	0,0	0,0
5-14	19	13	0	0	1,5	1,1
15-29	88	29	9	2	10,8	6,8
30-44	187	75	12	3	6,7	4,6
45-59	568	223	14	5	2,4	2,1
60-69	1.691	678	19	7	1,1	1,0
> 70	6.515	5.012	37	9	0,6	0,2
Total	956	827	13	4	1,4	0,5
AVP (r = 0,03 k = 1)	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	39.595	31.783	0	0	0,0	0,0
5-14	14.944	9.880	224	112	1,5	1,1
15-29	139.132	44.679	14.906	3.011	10,7	6,7
30-44	214.598	85.787	14.616	4.041	6,8	4,7
45-59	301.012	125.727	7.559	2.754	2,5	2,2
60-69	279.612	135.780	3.147	1.405	1,1	1,0
> 70	397.057	403.077	2.539	1.100	0,6	0,3
Total	1.385.950	836.713	14.424	100,0	3,1	1,5

*Tabla 1.4. Mortalidad y AVP por suicidio en España.
Año 2006*

Mortalidad por 100.000 habitantes	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	105	84	0	0	0,0	0,0
5-14	15	9	0	0	0,6	1,6
15-29	61	21	6	2	10,6	7,6
30-44	135	63	12	3	8,5	4,9
45-59	514	208	13	4	2,5	2,1
60-69	1.399	548	16	5	1,1	0,8
> 70	5.876	4.579	30	6	0,5	0,1
Total	879	784	11	3	1,3	0,4
AVP (r = 0,03 k = 1)	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	39.543	29.713	0	0	0,0	0,0
5-14	11.774	6.962	75	112	0,6	1,6
15-29	94.503	31.134	9.926	2.359	10,5	7,6
30-44	188.122	83.545	16.563	4.244	8,8	5,1
45-59	322.521	138.278	8.708	3.003	2,7	2,2
60-69	242.495	112.166	2.827	986	1,2	0,9
> 70	413.566	409.280	2.501	890	0,6	0,2
Total	1.312.524	811.077	40.599	11.593	3,1	1,4

embargo, en el grupo de 15-44 años, el suicidio es la tercera causa de AVP en hombres, tras los accidentes de circulación y el SIDA; en mujeres, ocupa el cuarto lugar tras los accidentes de circulación, el cáncer de mama y el SIDA. En comparación con los datos de la región Euro-A, el suicidio causa una menor proporción de AVP en España que en el conjunto de la región de referencia. En la tabla 1.4 se pueden ver estos mismos datos para el año 2006, siendo mínimas las variaciones en las tasas.

La tabla 1.5 presenta las tasas de muertes por suicidio en España, separando la población española de aquella de otra nacionalidad diferente de la española.

El total de muertes registradas en España en ciudadanos de otra nacionalidad diferente a la española fue de 9.902, por tanto los 249 suicidios registrados suponen el 2,5% del total de muertes en este co-

Tabla 1.5. Proporción de muertes por suicidio de extranjeros en España. Año 2006

Edad	Total		Española		Extranjera			
	H.	M.	H.	M.	H.	% Total	M.	% Total
< 15	2	3	1	3	1	5,0	0	0,0
15-29	303	71	252	58	51	16,8	13	18,3
30-44	665	168	587	147	78	11,7	21	12,5
45-59	546	182	504	174	42	7,7	8	4,4
60-69	310	99	294	96	16	5,2	3	3,0
> 70	686	211	676	205	10	1,5	6	2,8
Total	2.512	734	2.314	683	198	7,9	51	6,9

*Tabla 1.6. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes.
Año 2008*

	Españoles	Extranjeros
Hombres	12,10	7,99
Mujeres	3,42	2,39

lectivo. Como se puede observar en la tabla 1.6, la tasa bruta de mortalidad por suicidio en esta población es menor que en la nacional.

Suicidio en la Comunidad de Madrid (CAM)

La tasa de mortalidad por suicidio en Madrid es más baja que en el conjunto de España, disminuyendo la proporción de AVP por suicidio respecto al total. En la tabla 1.7 se pueden observar las tasas de mortalidad y años de vida perdidos por suicidio en comparación con las demás causas para el año 2000.

Como se puede ver en la tabla 1.8, en los datos de mortalidad en la Comunidad de Madrid para el año 2006 se aprecia un ligero descenso de la tasa de mortalidad por suicidio, al igual que en la mortalidad general, manteniéndose la proporción de AVP por suicidio respecto del total que había en el año 2000.

Para obtener los datos de altas hospitalarias por acto suicida en los hospitales de la Comunidad de Madrid se utilizaron los datos anonimizados de altas por alguna causa psiquiátrica, clasificados con criterios CIE-9-MC (World Health Organization, 1998) procedentes de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del año 2005.

En 2005 se registraron en el CMBD de la Comunidad de Madrid 793 casos de intento de suicidio que requirieron ingreso, 314 (40%) se dieron en hombres y 479 (60%) en mujeres. La tasa bruta total fue de 13,3 casos por 100.000 habitantes, 10,9/100.000 en hombres y 15,6/100.000 en mujeres. La media de edad fue de 42,3 años (desviación típica, DT = 16,27) en hombres y de 38,6 años (DT = 18,34) en mujeres. En la tabla 1.9 se muestra la distribución del número de in-

*Tabla 1.7. Mortalidad y AVP por suicidio en la CAM.
Año 2000*

Mortalidad por 100.000 habitantes	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	124	107	0	0	0,0	0,0
5-14	14	8	0	1	2,7	10,0
15-29	62	25	6	1	9,8	4,5
30-44	168	73	8	1	4,9	1,7
45-59	493	206	8	2	1,6	1,2
60-69	1.597	644	9	2	0,6	0,3
> 70	6.397	4.580	14	5	0,2	0,1
Total	783	675	7	2	0,9	0,3
AVP (r = 0,03, k = 1)	Todas las causas		Suicidio		Proporcion (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	5.000	4.089	0	0	0,0	0,0
5-14	1.379	749	37	75	2,7	10,0
15-29	13.052	5.122	1.276	230	9,8	4,5
30-44	25.469	11.366	1.277	215	5,0	1,9
45-59	33.883	16.264	577	204	1,7	1,3
60-69	29.962	15.411	178	48	0,6	0,3
> 70	40.152	41.306	102	56	0,3	0,1
Total	148.897	94.306	3.446	826	2,3	0,9

*Tabla 1.8. Mortalidad y AVP por suicidio en la CAM.
Año 2006*

Mortalidad por 100.000 habitantes	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	97	66	0	0	0,0	0,0
5-14	8	9	0	0	0,0	4,2
15-29	46	14	5	1	10,0	4,7
30-44	117	54	7	2	6,1	3,2
45-59	459	192	8	2	1,7	0,8
60-69	1.234	488	5	3	0,4	0,5
> 70	5.488	4.206	11	4	0,2	0,1
Total	697	633	6	2	0,8	0,3
AVP ($r = 0,03$, $k = 1$)	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	5.256	3.395	0	0	0,0	0,0
5-14	857	898	0	37	0,0	4,2
15-29	9.511	2.889	951	133	10,0	4,6
30-44	22.867	10.497	1.435	336	6,3	3,2
45-59	37.408	18.081	658	158	1,8	0,9
60-69	26.313	13.080	109	70	0,4	0,5
> 70	41.813	43.435	104	64	0,2	0,1
Total	144.026	92.275	3.258	798	2,3	0,9

Tabla 1.9. Altas por acto suicida en la CAM. Año 2005

	Hombres	% Total hombres	Mujeres	% Total Mujeres
10-14	5	2,0	35	7,0
15-29	68	22,0	140	29,0
30-44	140	45,0	147	31,0
45-59	53	17,0	97	20,0
60-69	21	7,0	22	5,0
> 70	27	9,0	38	8,0
Total	314	100,0	479	100,0

tentos de suicidio por grupo de edad y sexo. Como se puede observar, el mayor porcentaje de intentos de suicidio se dio en adultos jóvenes, aunque habría que destacar el importante porcentaje en mujeres menores de 19 años (15,9%).

La tabla 1.10 describe la derivación al alta tras el ingreso. Del total de ingresos por intentos de suicidio, sólo 2,4% resultaron en *exitus* y el mayor porcentaje (88%) fueron altas a domicilio. La mediana de estancia fue de 6 días.

Tabla 1.10. Circunstancias de alta en la CAM. Año 2005

Circunstancia de alta	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	698	88,0
Traslado a otro hospital	44	5,5
Traslado a centro sociosanitario	11	1,4
Alta voluntaria	19	2,4
Fuga	2	0,3
<i>Exitus</i>	19	2,4
Total	793	100,0

Tabla 1.11. Diagnóstico de personas por intento de suicidio en la CAM. Año 2005

Diagnóstico principal (CIE-9-MC)	Casos	% del total
Psicosis (295-298)	40	32,5
Trastornos neuróticos (300)	15	12,2
Trastornos de la personalidad (301)	29	2,6
Abuso sustancias (303 y 305)	12	9,8
Trastornos adaptativos y otros trastornos depresivos	26	21,1
Otros	1	0,8
Total	123	100

En cuanto a antecedentes de patología mental, en 654 casos (82,5%) constaba uno o más diagnósticos de patología mental como diagnóstico principal (123 casos, 15,5%) o secundario (531 casos, 67%). La distribución de grupos diagnósticos entre los que tenían como diagnóstico principal alguna patología mental, puede verse en la tabla 1.11.

El 50% de los que presentaron algún diagnóstico de patología mental tenían sólo uno, ya fuese principal o secundario; el otro 50% tenía dos o más diagnósticos. Entre los diagnósticos secundarios, los que aparecieron en mayor proporción fueron los relacionados con el abuso de sustancias (35%) seguidos de los trastornos adaptativos y otros trastornos depresivos (18%); le siguieron los trastornos de la personalidad con el 16,6%, y las psicosis con el 11,2%; por último los trastornos neuróticos se presentan en el 10% y los trastornos de la alimentación en el 4,3% (para la correcta interpretación de estas cifras, hay que tener en cuenta que una persona puede tener dos o más diagnósticos secundarios).

En la tabla 1.12 se puede ver la frecuencia de los métodos empleados para el intento de suicidio y sus diferencias entre hombres y mu-

Tabla 1.12. Método empleado en el intento de suicidio en la CAM. Año 2005

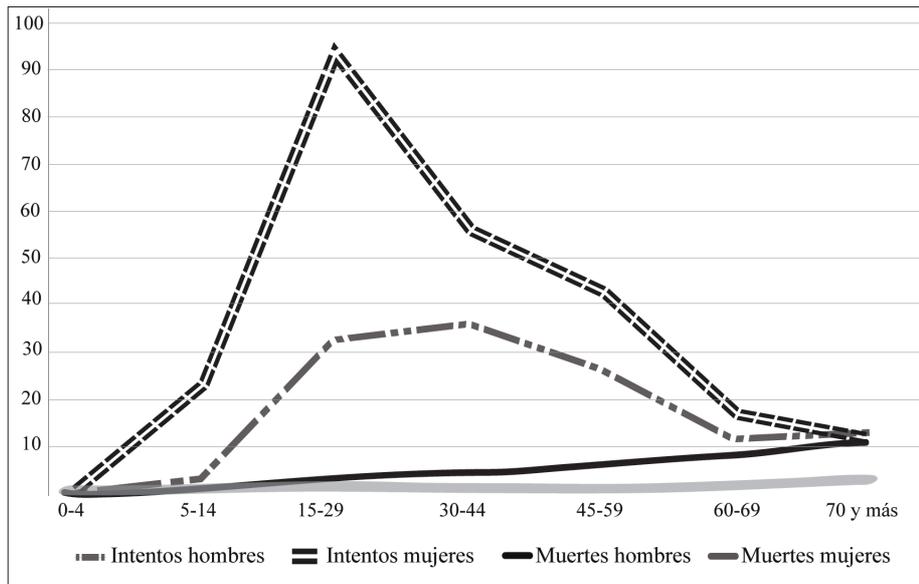
Método	Hombres	Mujeres	Total
Ingestión de tóxicos y medicamentos	212	378	590
Gas doméstico	4	0	4
Otro gas	3	5	8
Ahorcamiento	5	5	10
Arma de fuego	7	1	8
Instrumento cortante	41	43	84
Saltar desde altura	21	25	46
Otros	19	16	35
Efectos tardíos de lesión autoinfligida	2	6	8
Total	314	479	793

jeres, siendo el método más frecuente la ingestión de medicamentos y otros tóxicos.

En la Comunidad de Madrid, tanto las tasas como la importancia relativa del suicidio respecto al total de la mortalidad, es menor que en el conjunto de la población española. En el análisis de las altas hospitalarias se confirma también la patología que hay detrás de los intentos de suicidio; en primer lugar aparecen las psicosis, seguidas de los trastornos de personalidad, generalmente con comorbilidad con abuso de sustancias, lo cual refleja los pacientes de riesgo en los que debería incidir la prevención. Por tanto, son necesarios estudios sobre la población atendida en urgencias por intentos de suicidio para mejorar la información de la que se dispone.

En el estudio Vigilancia Epidemiológica de la Intoxicación Aguda (VEIA 2000) (Caballero Vallés et al., 2004), se halló una proporción de ingresos del 4% sobre las intoxicaciones agudas voluntarias atendidas en urgencias. Tomando como referencia los intentos de suici-

Figura 1.1. Suicidios consumados e intentos por 100.000 habitantes en la CAM. 2008



dio por intoxicaciones tanto por medicamentos como por gases, en el año 2005 requirieron ingreso 602 casos en total. Por tanto, la cifra de intentos global que sería atendida en urgencias sería de 15.050 intentos de suicidio por intoxicación en toda la Comunidad de Madrid. Si se asume que el resto de intentos —por las características de la autoagresión— ingresaron en su mayoría, la cifra global sería de 15.241, lo que supone una tasa bruta de 255 intentos de suicidio por 100.000 habitantes.

La Figura 1.10 recoge los datos del estudio por nosotros realizado sobre la conducta suicida realizada en cuatro hospitales de la CAM durante el año 2008. Se presentan los datos de incidencia de mortalidad por suicidio en distintos rasgos de edad separados por género y los datos de intentos de suicidio.

Los datos expuestos confirman el patrón que se refleja en la bibliografía: mayor número de suicidios consumados en hombres pero

mayor número de intentos entre las mujeres. Así mismo se refleja una mucho mayor incidencia de mortalidad por suicidio en edades superiores a los 65 años y un pico en la incidencia de intentos entre los 15 y 29 años.

REFERENCIAS

- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M. et al. (1961): "An inventory for measuring depression", *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-71.
- Bernal, M.; Haro, J. M.; Bernert, S. et al. (2007): "Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study", *J Affect Disord*, 101: 27-34.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A.; De Leo, D. et al. (2005): "Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey", *Psychol Med*, 35: 1457-65.
- Caballero, P. J.; Dorado, S.; Jerez, B. et al. (2004): "Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000", *An Med Interna*, 21: 62-8.
- Casey, P. R.; Dunn, G.; Kelly, B. D. et al. (2006): "Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study", *Br J Psychiatry*, 189: 410-5.
- Crosby, A. E.; Cheltenham, M. P.; Sacks, J. J. (1999): "Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994", *Suicide Life Threat Behav*, 29: 131-40.
- Diekstra, R. F.; Garnefski, N. (1995): "On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective", *Suicide Life Threat Behav*, 25: 36-57.
- Goldney, R. D.; Wilson, D.; Dal Grande, E. et al. (2000): "Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events", *Aust NZ J Psychiatry*, 34: 98-106.
- Goldney, R. D.; Winefield, A. H.; Tiggemann, M. et al. (1989): "Suicidal ideation in a young adult population", *Acta Psychiatr Scand*, 79: 481-9.
- Instituto Nacional de Estadística (2000): *Defunciones por causas (lista detallada), sexo y edad*. Disponible en <http://www.ine.es>.
- Kessler, R. C.; Berglund, P.; Borges, G. et al. (2005): "Trends in suicide

- ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003”, *JAMA*, 293: 2487-95.
- Kessler, R. C.; Borges, G.; Walters, E. E. (1999): “Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey”, *Arch Gen Psychiatry*, 56: 617-26.
- Madianos, M. G.; Madianou-Gefou, D.; Stefanis, C. N. (1993): “Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece”, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 243: 171-8.
- Paykel, E. S.; Myers, J. K.; Lindenthal, J. J. et al. (1974): “Suicidal feelings in the general population: a prevalence study”, *Br J Psychiatry*, 124: 460-9.
- Pereira, J.; Cañón, J.; Álvarez, E. et al. (2002): GesMor. Programa para el cálculo de Años de Vida Saludables Perdidos. [Computer software]. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, Fundación Mexicana para la salud (FUNSALUD).
- Schwab, J. J.; Warheit, G. J.; Holzer, C. E. III (1972): “Suicidal ideation and behavior in a general population”, *Dis Nerv Syst*, 33: 745-8.
- Skoog, I.; Aevansson, O.; Beskow, J. et al. (1996): “Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds”, *Am J Psychiatry*, 153: 1015-20.
- Vandivort, D. S.; Locke, B. Z. (1979): “Suicide ideation: its relation to depression, suicide and suicide attempt”, *Suicide Life Threat Behav*, 9: 205-18.
- Weissman, M. M.; Bland, R. C.; Canino, G. J. et al. (1999): “Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries”, *Psychol Med*, 29: 9-17.
- World Health Organization (1998): *International Classification of Diseases (ICD 9)*, World Health Organization.
- World Health Organization (2000b): *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (2002c). *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*, Ginebra, World Health Organization.

**Patrón de actuación de los psiquiatras en España
ante la presencia de pacientes con riesgo de
conducta suicida**

Fernando Rico-Villademoros Gamoneda
Instituto de Neurociencias, CIBM, Universidad de Granada
COCIENTE S.L., Madrid

Teresa Hernando Martín
COCIENTE S.L., Madrid

Jerónimo Saiz Ruiz
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Universidad de Alcalá, IRYCIS
CIBERSAM, Madrid

José Giner Ubago
Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario “Virgen Macarena”, Sevilla

Julio Bobes García
Área de Psiquiatría, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo
CIBERSAM Oviedo

2.1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública importante, cuya epidemiología es difícil de estudiar dado que muchos casos no llegan a identificarse. A pesar de ello las cifras disponibles son elevadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la tasa anual de mortalidad por suicidio global es 16 por cada 100.000 personas (OMS-SUPRE). Según los datos facilitados por la OMS, hasta el año 2005 el incremento de la tasa de suicidio durante los 45 años previos fue de un 60% en el mundo, y de un 45% en España (OMS-SUPRE). El estudio EUROSAVE (Chishti, 2002) realizado en 15 países de la Unión Europea estimó una tasa anual de mortalidad por suicidio en España de 6,2 (IC 95% 6,0-6,4) por cada 100.000 personas. Aunque la tasa de mortalidad anual en España no era de las más elevadas de Europa, resulta llamativo que fue, junto con Irlanda, el único país europeo en el cual se observó una tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio (Chishti, 2002). La epidemiología del suicidio comporta no sólo datos acerca de la mortalidad, sino también de prevalencia de ideación e intento de suicidio. En un estudio realizado recientemente en población general española se observó que la prevalencia de ideación e intento de suicidio fue de 4,4% y 1,5% respectivamente (Gabilondo, 2007).

Los factores de riesgo y de protección de suicidio han sido ampliamente descritos en la literatura y se agrupan fundamentalmente en tres categorías: sociodemográficos, comorbilidad y biológicos (Hawton, 2009; Fawcett, 2009; Nock, 2009; Borges, 2010; Nock, 2008; Rehkopf, 2006). La etiología multifactorial del riesgo de suicidio dificulta la identificación del mismo. Por otro lado, la evidencia disponible acerca de los tratamientos eficaces para su prevención es limitada, puesto que procede en gran medida de los datos de seguridad de los ensayos clínicos (Meyer, 2010). Se han desarrollado diversas iniciativas que pretenden facilitar la identificación y manejo de los pacientes con conducta suicida (Baca-García, 2004), las más recientes son las guías elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría en 2003 (APA, 2003). No obstante, existen pocos trabajos acerca de la implementación en nuestro medio de las estrategias recomendadas en la literatura o de cómo la evidencia disponible modula el patrón de actuación de los psiquiatras ante la conducta suicida.

Dada la escasa información de cuál es la actitud de los psiquiatras en nuestro medio con respecto al manejo del riesgo de suicidio, y teniendo en cuenta la importancia que ello podría suponer a la hora de valorar posibles guías de actuación, planteamos esta encuesta. El objetivo de la misma fue describir cuándo y cómo realizan los psiquiatras españoles la valoración del riesgo suicida y qué tipo de intervenciones son las más habituales.

2.2. MATERIAL Y MÉTODOS

Población en estudio

Se incluyeron un total de 406 psiquiatras españoles. Los datos se recogieron entre los meses de junio y julio de 2010.

Instrumento de medida

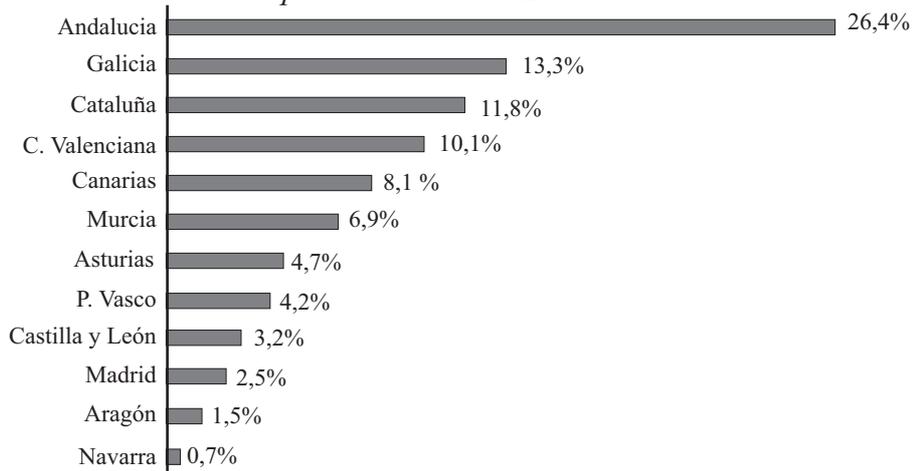
Para describir la actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida, elaboramos una

encuesta que dividimos en cuatro bloques. En el primero de ellos, se recogían datos demográficos de los participantes que incluían —además de edad, sexo y localidad— el tipo de centro donde trabajaban y los años de ejercicio de la psiquiatría. En el segundo bloque se preguntaba a los participantes cuándo realizaban la valoración del riesgo suicida y con qué frecuencia; en el tercero cómo realizaban esta valoración, y, finalmente; en el cuarto se incluían cuestiones acerca de la intervención ante el riesgo suicida. Estos tres últimos bloques incluían preguntas tipo Likert sobre el grado de acuerdo o frecuencia, con respuestas graduadas desde 1 («nada» o «nunca», según el tipo de pregunta) a 5 («mucho» o «siempre», según el tipo de pregunta). En el bloque de intervención se preguntaba, además, acerca de los tratamientos de elección para prevenir el riesgo de suicidio en función de los trastornos psiquiátricos (la encuesta está disponible para aquellos interesados que la soliciten). Los ítems incluidos de los tres últimos bloques acerca de la valoración e intervención de pacientes con riesgo de suicidio, se basaron en la evidencia disponible, las guías publicadas acerca de la evaluación tratamiento de la conducta suicida (fundamentalmente las guías de la APA 2003), así como en la experiencia propia de los autores.

Métodos estadísticos

Se trata de un estudio fundamentalmente descriptivo y por tanto para su análisis se estimó la media, desviación estándar, mediana, máximo y mínimo para las variables continuas, y número y porcentaje, para las variables categóricas. Además se realizaron análisis bivariantes para comparar las respuestas de los psiquiatras que trabajaban en centros en los cuales disponían de protocolos actuación (de evaluación o de intervención) ante el riesgo suicida con aquellos que no disponían de ellos. Se compararon también las respuestas de aquellos que trabajan en un centro monográfico con aquellos que trabajan en cualquier otro tipo de centro. Para estos análisis bivariantes se utilizó el test chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas y tablas de 2x2, con corrección de Yates para tamaños muestrales pequeños y

Figura 2.1. Distribución de los participantes por Comunidades Autónomas

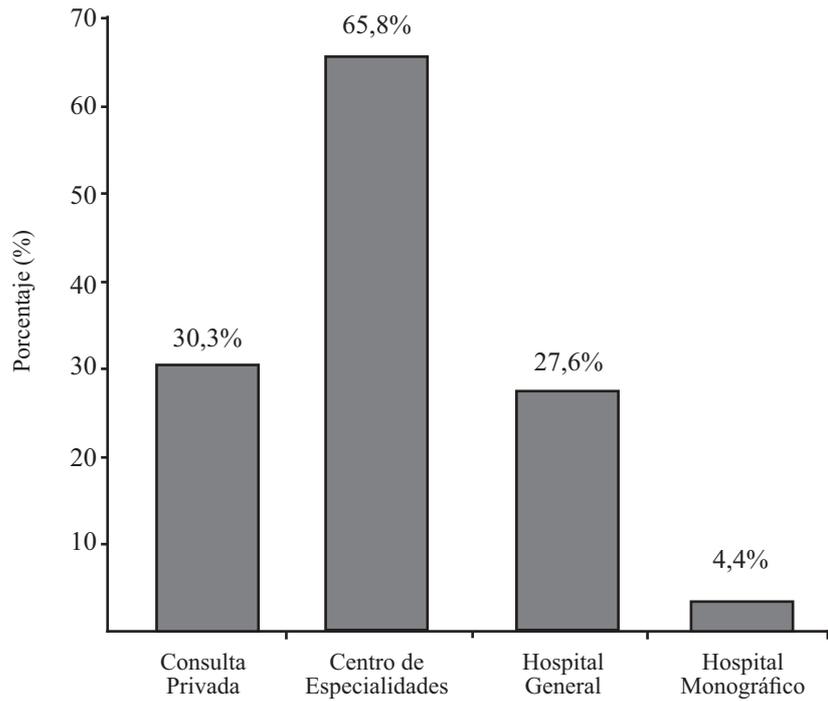


pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney para variables continuas. Para estos análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Además se calcularon las diferencias de proporciones e intervalos de confianza al 95% considerando distribución normal y utilizando el paquete estadístico Statgraphics 5.1.

2.3. RESULTADOS

De los 406 participantes que enviaron la encuesta, 27 no completaron los datos demográficos, el resto se distribuyen en las 12 Comunidades Autónomas que se representan en la figura 2.1. La participación más elevada fue en Andalucía (26,6%), seguida de Galicia, Cataluña y la Comunidad Valenciana (13,2%, 11,4%, 9,8%, respectivamente).

La edad media de los encuestados fue de 46,3 años (DE 9,5), el 57,5% hombres y el 42,5% mujeres. En cuanto a los años de experiencia, la media de años ejerciendo psiquiatría fue 17,8 (DE 9,7). Dos terceras partes de los encuestados trabajaban en Centros de Especialidades y solo un 4% en un Hospital Monográfico (figura 2.2).

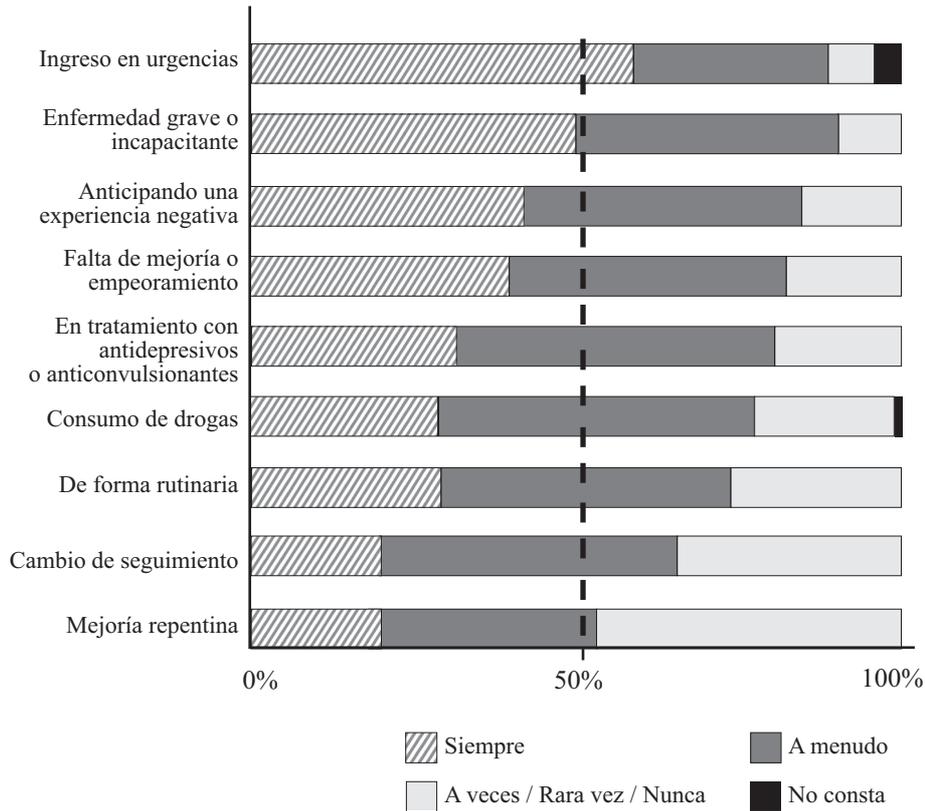
Figura 2.2. Tipos de centro

Protocolo de actuación

El 67% de los participantes confirmaron hacer constar en la historia clínica de los pacientes la valoración del riesgo de conducta suicida, un 9,6% disponía de protocolo específico en el centro para la valoración del riesgo suicida y un 14,8% de protocolo específico para la intervención ante el riesgo de conducta suicida.

Cuándo realizan la evaluación del riesgo suicida y su seguimiento
En la figura 2.3 se recogen las respuestas de los encuestados acerca de cuándo realizan la valoración del riesgo suicida. En general, más de la mitad de los encuestados confirmaron realizar la evaluación del riesgo suicidio «a menudo» o «siempre» ante las situaciones de ries-

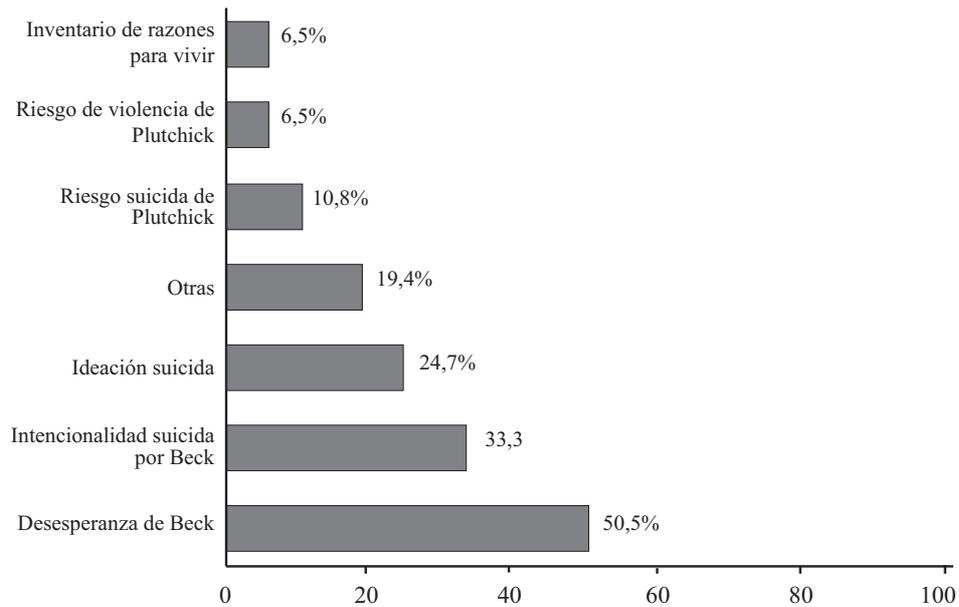
Figura 2.3. ¿Cuándo realiza la evaluación?



go indicadas en la encuesta, con excepción de la «mejoría repentina» ante la cual sólo un 16,5% confirmó realizar «siempre» la valoración del riesgo y un 36% «a menudo». La mayoría de los participantes ven a los pacientes con riesgo de suicidio semanalmente o cada 15 días (53% y 35,7%, respectivamente).

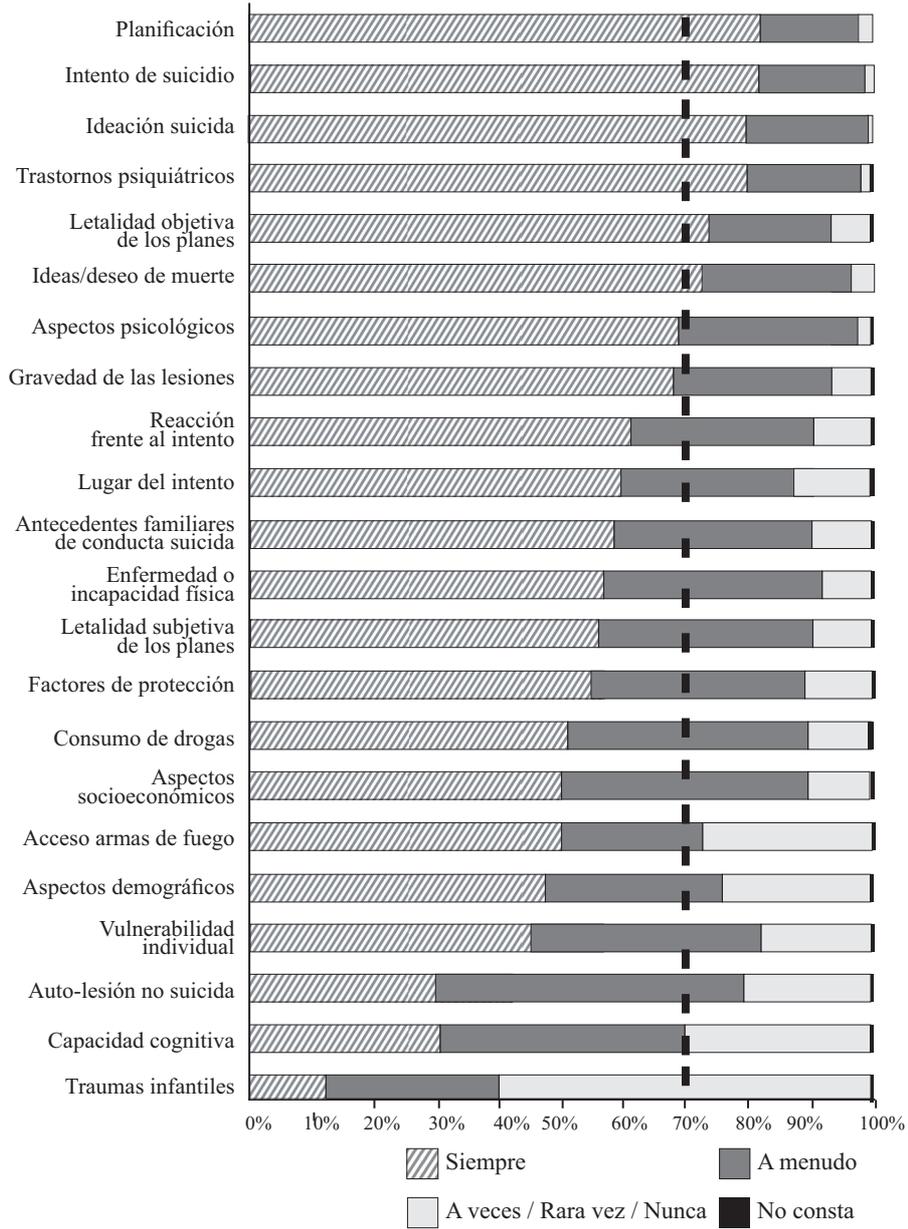
Cómo realizan la evaluación del riesgo suicida

Las preguntas directas son el método más habitual utilizado para evaluar el riesgo suicida durante la entrevista con el paciente, un método que el 52% de los participantes señaló utilizar «mucho» y el 40%

Figura 2.4. Escalas validadas

«bastante». Con respecto a las preguntas indirectas, el 71% señaló utilizarlas con frecuencia («mucho» o «bastante»). Por el contrario, las escalas de evaluación y cuestionarios estructurados son utilizadas con frecuencia («mucho» o «bastante» por sólo un 10%). Los centros que disponen de protocolo formal de actuación para la evaluación e intervención del riesgo de suicidio, utilizan este tipo de herramientas con una frecuencia algo mayor que los centros en los cuales no se dispone de protocolo de actuación (15,7% vs 8,0%, $p < 0,05$). Las escalas más frecuentemente empleadas entre aquellos que las utilizan en alguna ocasión ($n = 93$, 23%) se presentan en la figura 2.4. Los factores de riesgo incluidos en la valoración del riesgo suicida se representan en la figura 2.5. Factores de riesgo como la planificación, intento de suicidio, ideación suicida, trastornos psiquiátricos, letalidad objetiva de los planes e ideas de muerte, son incluidas en la valoración del riesgo «siempre» por más de un 70% de los encuesta-

Figura 2.5. Factores de riesgo



dos. Los aspectos psicológicos, la gravedad de las lesiones, reacción frente al intento, lugar del intento, antecedentes familiares de conducta suicida, enfermedad o incapacidad física, letalidad subjetiva de los planes, factores de protección, consumo de drogas, aspectos socioeconómicos o acceso a armas de fuego, se consideran «siempre» en la evaluación por un 50-70% de los participantes. Otros, como traumas infantiles, capacidad cognitiva, auto-lesión no suicida, vulnerabilidad individual o aspectos demográficos, son considerados «siempre» por menos de la mitad de los participantes.

Intervención ante el riesgo de suicidio

En cuanto a las medidas más frecuentes a tomar ante un paciente con riesgo de suicidio, se tienen «siempre» en cuenta: prescribir tratamiento farmacológico por el 73% de los encuestados, incrementar la frecuencia de visitas por el 61%, y mantener una entrevista con el entorno por el 55% (figura 2.6). El incremento de la frecuencia de visitas fue significativamente mayor en los centros monográficos en

Figura 2.6. Tipo de intervención

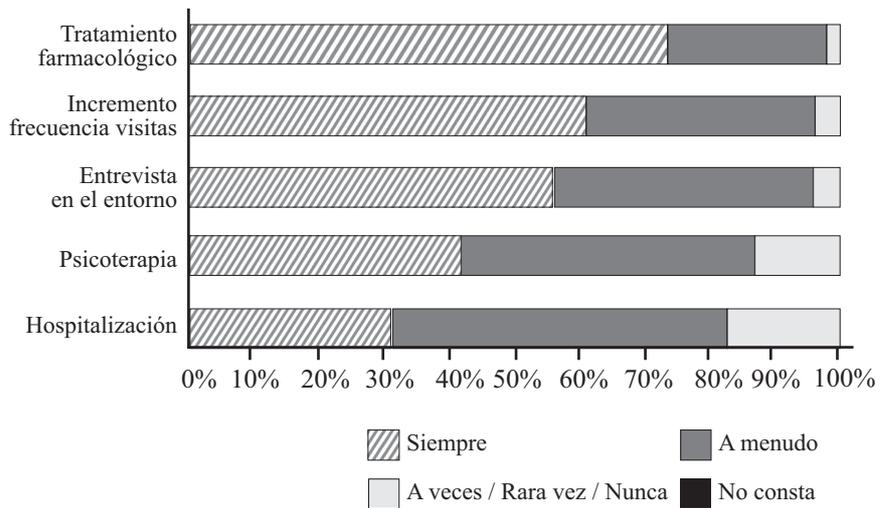
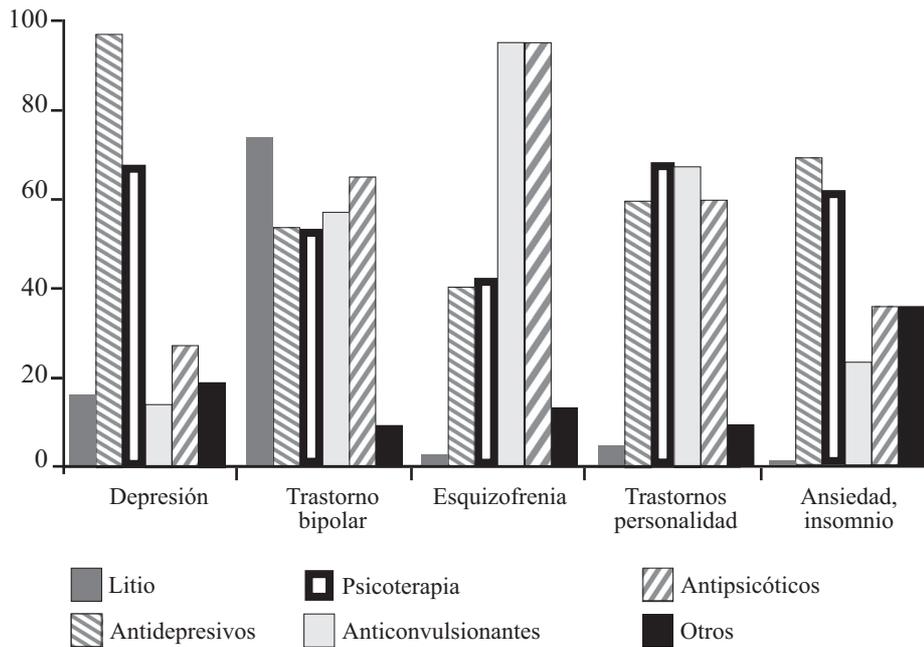


Figura 2.7. Tratamiento de elección



comparación con el resto de centros (88,9% vs 59,7%, $p = 0,013$). Aunque existen varios tratamientos de elección según la patología de base para prevenir el suicidio, los señalados con más frecuencia por los encuestados fueron los siguientes (figura 2.7): los antidepresivos en pacientes con depresión (97,3%), el litio en pacientes con trastorno bipolar (73,6%), los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia (95,6%) y los antidepresivos en pacientes con ansiedad/insomnio/agitación (74,6%). En los pacientes con trastornos de personalidad no hubo una opción terapéutica que destacara sobre otras. También la psicoterapia es una opción terapéutica señalada como frecuentemente utilizada por más del 60% de los encuestados en los trastornos de la personalidad, depresión y trastornos de ansiedad/insomnio. Los psiquiatras que trabajan en centros que disponen de protocolos de actuación para el riesgo de suicidio recomiendan la psicoterapia para

pacientes con ansiedad, insomnio o agitación, con una frecuencia significativamente mayor que aquellos que no disponen de protocolo de actuación ($p = 0,007$). Sólo un 9,6% de los encuestados confirmó informar a los pacientes sobre la posible ideación suicida asociada a la medicación psicotrópica. La duración del tratamiento para prevenir el riesgo suicida es menor de tres meses de acuerdo al 7,4% de los encuestados, entre 3-6 meses de acuerdo al 22,2%, entre los 6-12 meses para el 39,7%, y superior a un año para el 27,3%.

2.4. DISCUSIÓN

En líneas generales, la actuación de los encuestados ante la conducta de riesgo de suicidio es muy variable, no existiendo para la mayoría de los aspectos investigados en esta encuesta un patrón de actuación que pudiéramos denominar estándar. A esta falta de patrón de actuación estándar puede contribuir la ausencia de protocolos de evaluación y de intervención en la mayoría de los centros, dado que solamente un 10% y un 15%, respectivamente, de los encuestados comunican disponer de ellos. Por otra parte, el carácter genérico de las preguntas de esta encuesta puede haber contribuido también a la heterogeneidad. Como en muchos otros aspectos de la psiquiatría o la medicina en general, no existe un solo tipo de paciente con riesgo de suicidio, por lo que la actuación para muchos aspectos (por ejemplo, la hospitalización) se debe adaptar a la situación concreta de cada paciente. No obstante, aún reconociendo esta limitación, hay algunos aspectos generales evaluados en esta encuesta para los que sería deseable una actuación estándar. Así, por ejemplo, el registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio debería realizarse en todos los pacientes, y de acuerdo a esta encuesta solo lo realizan el 67% de los encuestados.

Una de las dificultades para la identificación del riesgo de suicidio es determinar cuándo se debe realizar (Fawcett, 2009). Las ocasiones en las cuales la evaluación del riesgo podría estar clínicamente indicada, según las guías de la APA (APA, 2003), se recogieron

en esta encuesta. Los resultados obtenidos no muestran un elevado grado de seguimiento de estas recomendaciones. La evaluación del riesgo parece realizarse siempre o casi siempre ante factores de riesgo muy tangibles o inmediatos como el ingreso en urgencias, la presencia de una enfermedad grave o la anticipación de una experiencia negativa. Sin embargo, ante la presencia de factores de riesgo bien conocidos, como el consumo de drogas, cerca de una cuarta parte de los encuestados solo realiza la evaluación del riesgo ocasionalmente. Con respecto a la frecuencia de visitas, una vez identificado el riesgo de suicidio, sí parece existir un mayor acuerdo entre los encuestados, siendo semanal o quinquenal en la mayoría de las ocasiones.

La entrevista realizada a la hora de evaluar el riesgo de suicidio no está protocolizada en la mayor parte de las ocasiones, y el uso de cuestionarios estructurados y escalas validadas es escaso, a pesar de las recomendaciones de algunos autores que consideran que se deben utilizar como parte de la entrevista estructurada (Bisconer, 2007). Al comparar los centros con protocolo de actuación con aquellos que no disponían de él, no se detectaron diferencias relevantes, con excepción de la utilización de cuestionarios estructurados y escalas, que, como era previsible, fue más frecuente en centros con protocolo de actuación (datos no mostrados). No obstante, las guías clínicas de la APA (APA, 2003) no recomiendan su utilización en la práctica clínica dado que han sido desarrolladas y validadas para su uso en investigación clínica, y por tanto su aplicabilidad en la práctica clínica es limitada (Meyer, 2010). De hecho, en un estudio unicéntrico realizado en España, las variables clínicas comunicadas por los pacientes fueron más determinantes a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y decidir la hospitalización de los pacientes que la puntuación global de instrumentos de evaluación, como la escala de intencionalidad suicida de Beck (Baca-García, 2004). A pesar de esta limitada aplicabilidad y valor predictivo, las escalas pueden ayudar a sistematizar la identificación y registro de factores de riesgo, y pueden facilitar el seguimiento de la evolución del riesgo de suicidio.

Un punto clave de la valoración de la conducta suicida, es la identificación del riesgo de suicidio. Basándose en la evidencia disponible en la literatura, las guías de la APA (APA, 2003) recogen los factores de riesgo y protección más relevantes que recomiendan tener en cuenta para identificar la conducta suicida. Muchos de estos factores fueron representados en los ítems de la encuesta. Si bien es cierto que los factores de riesgo que mayor puntuación obtuvieron en la encuesta coinciden con factores de elevado riesgo descritos en la literatura, como trastornos psiquiátricos y antecedentes previos de conducta suicida —ideación, planificación e intento— (Nock, 2009; Borges, 2010; Guías de la APA; Hawton, 2009; Gabilondo, 2009), hubo muchos que no fueron valorados de forma sistemática por los encuestados y algunos de ellos, incluso, no recibieron puntuaciones muy elevadas. Este es el caso de factores como: traumas infantiles, capacidad cognitiva, auto-lesión suicida o vulnerabilidad individual. En este sentido, en la encuesta se preguntaba «en qué medida incluye en su valoración de riesgo de suicidio los siguientes factores» y se daban cinco opciones de respuesta —«siempre», «a menudo», «a veces», «rara vez» o «nunca»—. Es posible que algunos de los participantes hayan considerado que algunos factores aumentan el riesgo de una parte de la población, pero no los consideren suficientemente específicos como para aplicarlos siempre de forma sistemática, tal y como apuntan algunos autores (Hawton, 2009). Esto podría explicar el hecho de que factores de riesgo ampliamente descritos en la literatura, como los aspectos socioeconómicos (Rehkopf, 2006), que incluían aspectos tan relevantes como el soporte social, no hayan recibido una puntuación muy elevada en la encuesta (sólo un 50% de los encuestados lo tenían «siempre» en cuenta). No obstante, a diferencia de nuestros resultados, en un estudio realizado en España recientemente, en el cual se evaluó el porcentaje en que los informes médicos de pacientes atendidos por intento de suicidio documentan determinados indicadores de riesgo, el apoyo social se documentaba en aproximadamente un 80% de los casos (Miret, 2010). Para el resto de indicadores se obtuvieron resultados similares a los de nuestra

encuesta, con excepción del intento previo de suicidio, que en nuestro caso fue valorado «siempre» por un 81% de psiquiatras, frente al 56% obtenido en el estudio de Miret y colaboradores (Miret, 2010). En otro estudio realizado en España se evaluaron los factores que los psiquiatras de guardia en servicio de urgencias valoran a la hora de decidir el ingreso hospitalario por riesgo inminente de suicidio (Baca-García, 2004). Los resultados demostraron que la hospitalización estaba fundamentalmente asociada a factores comunicados por el paciente, como la intención de repetir el intento o el uso de métodos letales. Otros, como la perspectiva de futuro después del intento o el alivio de que éste no hubiera sido efectivo, resultaron asociados al alta hospitalaria (Baca-García, 2004).

Con respecto a la intervención, el patrón de prescripción de los tratamientos farmacológicos observado en la encuesta parece representar las estrategias habituales de tratamiento para los diferentes trastornos psiquiátricos. Al revisar la literatura es difícil determinar la eficacia de los diferentes tratamientos disponibles para la prevención del suicidio, dado que en la mayoría de ensayos clínicos se excluyen pacientes con conducta suicida, y ésta se estudia como un efecto adverso comunicado espontáneamente que no siempre responde a la misma definición. En este contexto, recientemente se ha redactado un consenso de expertos que abogan por la inclusión de este tipo de pacientes en los ensayos clínicos, de forma que se pueda construir evidencia acerca de la eficacia de los tratamientos en la prevención del riesgo suicida, mas allá de la evaluación del mismo como una variable secundaria de seguridad (Meyer, 2010). De los tratamientos incluidos en la encuesta, el litio (Cipriano, 2005) y antipsicóticos como la clozapina han demostrado reducir el riesgo de suicidio (APA, 2003). Los antidepresivos y anticonvulsivantes han levantado cierta polémica durante los últimos años a raíz del posible aumento de conducta suicida a la que podrían estar asociados, no obstante la evidencia disponible es contradictoria y en ningún caso concluyente (Meyer, 2010; Moller, 2006). En relación a los antidepresivos hay que señalar que a largo plazo reducen el riesgo de

suicidio (Simon, 2006; Søndergård, 2006; Grunebaum, 2004). Con respecto a los anticonvulsivantes, el aumento del riesgo de conducta suicida como efecto secundario al tratamiento con anticonvulsivantes parece limitarse sólo a pacientes con epilepsia (Pompili, 2010). En nuestra encuesta son pocos los encuestados que informan habitualmente a los pacientes acerca de la posible ideación suicida originada como efecto secundario de esta medicación, lo que puede reflejar una mayor creencia en los efectos positivos de estos fármacos sobre la conducta suicida.

Además del carácter general de la encuesta, nuestro estudio adolece de otras limitaciones. El cuestionario utilizado fue una herramienta *ad-hoc* y su objetivo fundamentalmente exploratorio. Por otra parte, aunque la muestra de psiquiatras encuestados fue amplia, el muestreo de participantes fue de conveniencia y, por tanto, no puede considerarse plenamente representativo de los psiquiatras en España. A ello hay que añadir la limitada representación de algunas Comunidades Autónomas que limita la generalización de resultados

2.5. CONCLUSIÓN

El suicidio es la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos. Aunque no se pueden prevenir todos los suicidios, una correcta evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio puede dar lugar a una reducción del riesgo en muchos pacientes y, en términos absolutos, a una reducción del número de fallecimientos por suicidio entre los pacientes atendidos en psiquiatría. Los resultados obtenidos en esta encuesta sugieren que existen algunas áreas de mejora en nuestro medio a este respecto, en especial en lo que se refiere a la evaluación. Es deseable el desarrollo de futuras iniciativas para ayudar a los profesionales de la salud a prevenir el riesgo de suicidio y a mejorar el manejo de pacientes con conducta suicida.

REFERENCIAS

- APA (2003): "Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors", *Am J Psychiatry*, 160 (11 Suppl): 1-60.
- Baca-García, E.; Diaz-Sastre, C.; Resa, E. G. et al. (2004): "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt", *Psychiatr Serv*, 55(7): 792-7.
- Bisconer, S. W.; Douglas, M. G. (2007): "Assessment of Suicide Risk in a Psychiatric Hospital", *Professional Psychology: research and practice*, 38(2): 143-9.
- Borges, G.; Nock, M. K.; Haro Abad, J. M. et al. (2010): "Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys", *J Clin Psychiatry*, 71(12): 1617-28. (Epub 24 agosto 2010).
- Cipriani, A.; Pretty, H.; Hawton, K. et al. (2005): "Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials", *Am J Psychiatry*, 162(10): 1805-19.
- Chishti, P.; Stone, D. H.; Corcoran, P. et al. (2003). "Suicide mortality in the European Union", *Eur J Public Health*, 213(2): 108-14.
- Fawcett, J.A.; Baldessarini R. J.; Coryell, W. H. et al. (2009): "Definition and management of suicidality in psychiatric patients", *J Clin Psychiatry*, 70(10): e38.
- Gabilondo, A.; Alonso J.; Pinto-Meza, A. et al. (2007): "Prevalence and risk factors for suicide ideation.; plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study", *Medicina clínica*, 129(13): 494-500.
- Grunebaum, M.F.; Ellis, S. P.; Li, S. et al. (2004): "Antidepressants and suicide risk in the United States 1985-1999", *J Clin Psychiatry*, 65(11): 1456-62.
- Hawton, K.; van Heeringen, K. (2009): "Suicide", *Lancet*, 373(9672): 1372-81

- Meyer, R.E.; Salzman, C.; Youngstrom, E. A. et al. (2010): "Suicidality and risk of suicide-definition.; drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement", *J Clin Psychiatry*, 71(8): e1-e21.
- Miret, M.; Nuevo, R.; Morant, C. et al. (2010): "Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse", *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 3(1):13-8
- Möller, H. J. (2006): "Is there evidence for negative effects of antidepressants on suicidality in depressive patients? A systematic review", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(8):476-96.
- Nock, M. K.; Borges, G.; Bromet, E. J. et al. (2008): "Suicide and suicidal behavior", *Epidemiol Rev*, 30: 133-54. (Epub 24 julio 2008).
- Nock, M. K.; Hwang, I.; Sampson, N. et al. (2009): "Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *PLoS Medicine*, 6(8): e1000123.
- Organización Mundial de la Salud: Suicide prevention (SUPRE). http://who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Pompili, M.; Tatarelli, R.; Girardi, P. et al. (2010): "Suicide risk during anticonvulsant treatment", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 19(5): 525-8.
- Rehkopf, D. H.; Buka, S. L. (2006): "The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review", *Psychol Med*, 36 (2): 145-57.
- Simon, G. E.; Savarino, J.; Operskalski, B. et al. (2006): "Suicide risk during antidepressant treatment", *Am J Psychiatry*, 163(1): 41-47.
- Søndergård, L.; Kvist, K.; Andersen, P. K. (2006): "Do antidepressants prevent suicide?", *Int Clin Psychopharmacol*, 21(4): 211-218.

Factores de riesgo

Lucas Giner Jiménez
Profesor Ayudante
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Sevilla

Víctor Pérez Solá
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB
CIBERSAM

Los Factores de Riesgo (FR) de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos, los inmodificables y los modificables. Los FR inmodificables no están relacionados ni con la situación clínica del sujeto ni con su situación vital, sino que se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y aunque algunos sufren modificaciones — como la edad, el estado civil o las creencias religiosas—, su cambio es ajeno al clínico. Por otro lado, los FR modificables son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales. Es necesario conocer bien ambos factores de riesgo para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.

3.1. FACTORES DE RIESGO INMODIFICABLES

3.1.1. Heredabilidad

Desde hace tiempo se sabe que el suicidio está presente en algunas familias con mayor frecuencia que en otras, y que esta transmisión no es meramente explicable por la presencia de enfermedad psiquiátrica, ya que los familiares con enfermedad mental no tienen mayor riesgo de suicidio que los que libres de enfermedad (Brent y

Mann, 2005; Mann, 2003). Un meta-análisis de 21 estudios familiares comprobó que los familiares de primer grado de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de realizar conducta suicidas, a pesar de no presentar patología psiquiátrica (Baldessarini y Hennen, 2004). Kim y colaboradores (2005) estimaron el riesgo ajustado por patología en 10 veces mayor para suicidio e intentos de suicidio. Otro estudio familiar describió que los familiares de primer grado de sujetos que se habían suicidado (195 esquizofrénicos y 315 bipolares), tenían una tasa de suicidio ocho veces superior a la de los controles (Tsuang, 1983). Las poblaciones con una alta tasa de endogamia, como la comunidad de *amish* de Estados Unidos, son una población ideal para este tipo de estudios. Un trabajo, ya clásico, investigó la transmisión de los trastornos afectivos y de los suicidios en un periodo de 100 años (1880-1980). Los resultados indicaban que, además de detectar una transmisión de los trastornos afectivos, un 75% de los 26 suicidios que ocurrieron en esta población, se restringían a cuatro familias (Egeland y Sussex, 1985).

Otra forma de estudiar la transmisión familiar del suicidio o de las conductas suicidas es mediante estudios de hermanos gemelos y de adopción. Entre los primeros, se ha demostrado una concordancia en las tasas de suicidio más altas en los gemelos homocigóticos que las encontradas en los heterocigóticos (Roy, 1993; Roy et al., 1995; Statham et al., 1998), las cifras varían entre 6 y 175 (Baldessarini y Hennen, 2004; Roy et al., 1991). En cuanto a los estudios de sujetos adoptados, confirman la importancia de la dotación genética, ya que los familiares biológicos de los adoptados muertos por suicidio tienen una tasa de suicidio entre cuatro y seis veces mayor que los familiares biológicos de otros sujetos adoptados (Brent y Mann, 2005; Wender et al., 1986). Así mismo, la tasa de intentos de suicidio es más elevada en los familiares biológicos de los adoptados suicidados. La presencia de antecedentes familiares de conducta suicida en la familia biológica se asocia con la conducta suicida en el sujeto incluso tras ajustar la presencia de enfermedad mental, lo que indica que la transmisión es independiente de la enfermedad psiquiátrica

(Brent y Mann, 2005). La importancia de la genética en el suicidio y los intentos de suicidio es muy importante, distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética, el 57% restante estaría influenciado por factores ambientales (Roy, 1993; Roy et al., 1995).

En conjunto, parece que los factores genéticos juegan un papel importante en la vulnerabilidad o predisposición hacia la conducta suicida. De modo que la herencia de la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad (Brent y Mann, 2005). Según numerosos estudios, parece que la asociación familiar es mayor según la severidad de la conducta suicida, así es menor en ideación suicida, mayor en intentos de suicidio y mucho mayor en suicidio consumado (Baldessarini y Hennen, 2004; Brent et al., 1996; Wender et al., 1986).

3.1.2. Sexo

Existen diferencias según el sexo en la etiología, el nivel de riesgo, la naturaleza de la conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento (Hawton, 2000). En la mayoría de los países, a excepción de China y algún otro país asiático, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres (Zhang et al., 2010). En contraste, por lo general, la tasa de intentos de suicidio suele ser mayor en mujeres que en hombres (Schmidtke et al., 1996).

La prevalencia de enfermedad mental en hombres y mujeres en suicidios consumados e intentos de suicidio es alta. Los estudios realizados mediante autopsia psicológica demuestran que los trastornos afectivos predominan en los suicidios en ambos sexos, con comorbilidad de trastornos de la personalidad en el 40-50% de los casos (Foster et al., 1997; Henriksson et al., 1993). Existen diferencias por sexos en el tipo de enfermedad mental; así, los varones presentan una mayor prevalencia de trastornos relacionados con tóxicos, trastornos de personalidad y trastornos de la edad infan-

til, mientras que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo la depresión (Arsenault-Lapierre et al., 2004). En cuanto a los intentos de suicidio, además de factores comunes como la enfermedad mental, hay factores —como nivel económico bajo o fumar— que se asocian más a los intentos en varones, mientras que en el caso de las mujeres se asocian a factores como un peor concepto de salud percibida o un peor nivel educacional (Zhang et al., 2005).

Respecto a la maternidad, se han identificado factores protectores como tener un hijo pequeño (Qin y Mortensen, 2003) o estar embarazada (Marzuk et al., 1997). De hecho, es la maternidad o la paternidad dentro del matrimonio, más que el matrimonio en sí, lo que protege (Qin et al., 2000). Por otro lado, la muerte de un hijo se asocia con mayor riesgo de suicidio materno (Qin y Mortensen, 2003). Una excepción a este efecto protector de la maternidad es la depresión posparto, en la que existe un aumento del riesgo de suicidio (Appleby et al., 1998).

3.1.3. Edad

La tasa de suicidio aumenta con la edad (Shah, 2010). Al ir envejeciendo, tanto la salud física como la psíquica empiezan a mermar, se van experimentando pérdidas interpersonales y se entra en un grupo social menos activo y rentable. Con la edad, también cambia el tipo de conducta suicida, así el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con la edad (Conwell y Duberstein, 2001).

3.1.3.1. *Adolescentes y adultos jóvenes*

El suicidio está entre las primeras causas de muerte entre los jóvenes y adolescentes (Instituto Nacional de Estadística, 2010), con cifras de años potenciales de vida perdidos muy elevadas (Doessel et al., 2009). Entre los factores de riesgo más importantes en estas edades de la vida también está la enfermedad mental. Tanto en suicidio consumado como en intentos de suicidio la comorbilidad psiquiátrica más frecuente son los trastornos afectivos, seguidos por

el consumo de sustancias y trastornos de la conducta (Beautrais, 2000). En jóvenes fallecidos por suicidio parece que la comorbilidad es la norma, con una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 43% al 70% (Beautrais, 2000; Shafii et al., 1988), y una mayor gravedad en los intentos cuanto mayor es el número de diagnósticos (Beautrais, 1996).

Cabe señalar la influencia de la psicopatología de los padres en la conducta suicida de los jóvenes. Así, las tasas de suicidio y de intentos de suicidio se incrementan entre los jóvenes con antecedentes familiares de patología psiquiátrica (Brent et al., 1994b; Mittendorfer-Rutz et al., 2008). Se calcula que cerca de la mitad de los intentos de suicidio se pueden atribuir a psicopatología familiar (Mittendorfer-Rutz et al., 2008). Por otro lado, los antecedentes de conducta suicida en los padres también se han relacionado con un aumento de riesgo de suicidio y de intento de suicidio (Brent et al., 1994b; Gould et al., 1996; Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Pfeffer et al., 1994).

En cuanto a las dimensiones psicológicas, se ha relacionado un mayor riesgo de suicidio en jóvenes con baja autoestima, desesperanza, introversión, neuroticismo, impulsividad, imprudencia, agresividad y violencia impulsiva (Beautrais et al., 1999; Brent et al., 1994b; McGirr et al., 2008).

Otra variable que ha sido estudiada en la conducta suicida entre los jóvenes ha sido la orientación sexual. Son numerosos los autores que han señalado un mayor riesgo de intento de suicidio en jóvenes con orientación sexual homosexual o bisexual (D'Augelli et al., 2005; Meyer et al., 2008). Sin embargo, esta asociación no se ha visto en el suicidio consumado (Rich et al., 1988; Shaffer et al., 1995).

La presencia de intentos de suicidio entre los antecedentes personales también ha sido relacionado con un mayor riesgo de conducta suicida. Así, entre los menores de 14 años, los antecedentes de intento de suicidio entre los suicidios consumados estaban presentes en aproximadamente un tercio de los casos (Dervic et al., 2008), y los estudios por autopsia psicológica indican cifras similares en los adolescentes y jóvenes (Gould et al., 1996).

La mayoría de los estudios que han examinado las asociaciones entre las medidas de la desventaja social y el suicidio o intento de suicidio han mostrado un aumento del riesgo entre las personas desfavorecidas socialmente. El riesgo de suicidio parece ser del doble para los sujetos jóvenes con niveles socioeconómicos bajos (Agerbo et al., 2002), cinco veces mayor para aquellos que han abandonado la escuela, y cerca de ocho veces mayor para aquellos sin estudios universitarios (Gould et al., 1996).

Entre el 70% y el 97% de los suicidios de adolescentes presentan un acontecimiento vital estresante previo (Rich et al., 1991; Shaffer, 1974). Las características de estos acontecimientos vitales señalan como más frecuentes las pérdidas, los conflictos interpersonales, y los problemas de disciplina o legales, presentes tanto en suicidios (Brent et al., 1993; Brent et al., 1988; Shafiq et al., 1988) como en intentos de suicidio (Donald et al., 2001). Hay que incluir aquí el efecto Werther —o el hecho de que, tras un suicidio dado, se producen un mayor número de suicidios (Phillips, 1974)— que se ha observado que es de dos a cuatro veces mayor en la población entre 15 y 19 años (Gould et al., 1989).

La separación de los padres parece aumentar el riesgo de suicidio (Agerbo et al. 2002; Brent et al. 1994b; Gould et al., 1998) e intento de suicidio (Beautrais, 2000; Beautrais et al., 1996). En cambio, la muerte de uno de ellos no parece influir (Tennant, 1988). Además, hay mayor tasa de intentos de suicidio en jóvenes con problemas de convivencia entre los padres (Beautrais et al., 1996), o con disputas sobre la custodia de los hijos (Beautrais et al., 1996).

Diversos trabajos han confirmado la asociación entre intento de suicidio en niños y el maltrato físico o los abusos sexuales (Beautrais, 2000; Beautrais et al., 1996; Joiner Jr. et al., 2007; McGowan et al., 2009). El riesgo va aumentando con la gravedad del abuso (Ferguson et al., 1996). Parece que el estrés continuado puede tener un papel en la epigenética del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (McGowan et al., 2009) y en la capacidad de resolución de problemas (Esposito y Clum, 2002).

3.1.3.2. *En edad geriátrica*

Entre los ancianos conviene recordar las diferencias existentes por sexo. Los hombres mayores suelen morir con mayor frecuencia en su primer intento de suicidio (Conwell y Duberstein, 2001). Entre los factores de riesgo del varón anciano destaca una mayor afectación de la viudedad y la jubilación. Así mismo, un segundo factor de riesgo conocido es la presencia de enfermedad psiquiátrica, principalmente los episodios depresivos, considerados el factor de riesgo más importante en ancianos (Turvey et al., 2002), ya que están presentes entre el 50% y el 87% de los suicidios en esta población (Conwell y Brent, 1995; Conwell y Duberstein, 2001).

Al igual que ocurre en el resto de las edades, el consumo de sustancias también se ha relacionado con el suicidio en sujetos mayores, principalmente en hombres. A diferencia de los jóvenes, se relaciona casi exclusivamente con el abuso y dependencia de alcohol. Cerca de la mitad de los suicidios consumados en mayores pueden tener un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol (Blow et al., 2004).

La enfermedad somática o incapacitante —sobre todo si es funcionalmente invalidante, crónica, dolorosa o grave— parece desempeñar un papel fundamental en el suicidio de los mayores. Además, el riesgo de suicidio aumenta más de cinco veces en pacientes con dolor (Juurlink et al., 2004), déficit visual (Waern et al., 2002), cáncer (Waern et al., 2002) o enfermedad neurológica (Waern et al., 2002). La pérdida de autonomía en actividades de la vida diaria también se relaciona con un mayor riesgo de conducta suicida (Alexopoulos et al., 1999). Además, el riesgo aumenta según se incrementa la comorbilidad (Harris y Barraclough, 1997) y dado que la pluripatología es una realidad en el anciano, es lógico que el riesgo también sea mayor en este grupo. La pluripatología se asocia, a su vez, con la polimedicación, existiendo algunas medicaciones comunes —el enalapril, la simvastatina, la prednisona o la indometacina (American Psychiatric Association, 2002)— que se asocian con la aparición de episodios depresivos. Además, una cuarta parte de los pacientes con enferme-

dad somática padecen depresión (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Por todo ello, la depresión sería un mediador entre la enfermedad somática y el suicidio (Ratcliffe et al., 2008).

El aislamiento social en los ancianos se mezcla con la situación de viudedad, que es un factor de riesgo en varones. La asociación entre el aislamiento y la conducta suicida es clara; las personas que se suicidan tienden a vivir solas (Heikkinen et al., 1995b) y aquellos que tienen menos amigos o parientes en quien confiar tienen un mayor riesgo de suicidio (Turvey et al., 2002). La depresión sería un factor de confusión en esta asociación, ya que favorece el aislamiento y también incrementa el riesgo de suicidio.

3.1.4. Estado civil

Aunque antiguos, numerosos trabajos defienden el matrimonio como factor protector frente al suicidio (Masocco et al., 2010; Popoli et al., 1989). La presencia de pareja, como indica el papel protector del matrimonio (Kposowa, 2000; Wyder et al., 2009) y el incremento del riesgo con la viudedad (Erlangsen et al., 2004) o el divorcio (Wyder et al., 2009), parece afectar más a los varones. Para los viudos, el riesgo de suicidio se calcula que se incrementa 15 veces (Erlangsen et al., 2004). Esto puede ser debido a que los varones necesitan más tiempo para la elaboración del duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio —con sensación de desconexión de la sociedad si no existe la esposa—, y expresan menos los sentimientos, incluidos los de duelo y la incapacidad de llevar adelante la casa (Duberstein et al., 1998; Erlangsen et al., 2004). El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación, y permanece elevado hasta los cinco años tras la pérdida (Duberstein et al., 1998).

Además del sexo, el momento de la pérdida también puede ser un factor diferencial de riesgo de suicidio; así, Kreitman divide a los viudos en dos grupos, aquellos que se quedan viudos en la primera mitad de su vida, con un riesgo de suicidio incrementado (17 veces mayor en hombres) y los que enviudan en la segunda mitad, con me-

nor riesgo. La separación matrimonial tiene un riesgo cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil (Wyder et al., 2009). Sin embargo, no está tan clara la asociación entre suicidio y permanecer soltero (Kposowa, 2000; Popoli et al., 1989).

3.1.5. Situación laboral y económica

Hay un gran número de estudios que se centran en la profesión como factor de riesgo de suicidio, destacando el incremento de riesgo que tienen las profesiones relacionadas con la salud (Agerbo et al., 2007).

Más importante que la ocupación es la falta de ella o el desempleo. El desempleo se ha relacionado con las tasas de suicidio desde hace mucho tiempo (Durkheim, 1982; Platt, 1984). Estos datos se han ido confirmando por sucesivos estudios, tanto en intentos (Brown et al., 2000; Fu et al., 2002) como en suicidios consumados (Chang et al., 2010; Heikkinen et al., 1997; Wong et al., 2008). Distintos tipos de estudios indican un riesgo entre dos y cinco veces mayor para el desempleo, y ligeramente mayor en los varones (Wong et al., 2008). Estar desempleado parece ser un factor de riesgo más importante en algunos grupos, como son los menores de 35-45 años (Biddle et al., 2008; Heikkinen et al., 1995a; Kposowa, 2001), aquellos que han perdido el trabajo recientemente (Kposowa, 2001), los consumidores de alcohol (Murphy et al., 1992), y los pacientes con trastornos de la personalidad (Heikkinen et al., 1997). Además, hay factores añadidos a la pérdida de trabajo que se relacionan con el suicidio, como son los problemas financieros y de pareja (Heikkinen et al., 1995a; Wong et al., 2008). Por otra parte, los factores psicológicos y psicopatológicos pueden contribuir a las dificultades para conseguir y mantener el trabajo (Fu et al., 2002). También es posible que la aparición de consumo de alcohol (Pirkola et al., 2000) o de episodios depresivos (Meltzer et al., 2009) tras la pérdida del trabajo precipiten la conducta suicida.

3.1.6. Creencias religiosas

La disposición al suicidio como opción en la vida se ve influenciada por las creencias religiosas y la importancia que éstas tengan en

la vida (American Psychiatric Association, 2003). En general, las personas con fuertes convicciones religiosas (Hovey, 1999) que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable o que usan la religión como mecanismo de dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio (Dervic et al., 2006). Se acepta que las tasas de suicidio son mayores en los protestantes, seguidos por judíos, católicos y, en último lugar, islamistas (Lester, 2006; Tsuang et al., 1992). No obstante, hay que tomar con precaución estos datos debido al sesgo que se puede producir por la propia presión cultural y religiosa de aquellos países en los que se condena judicial y/o religiosamente el suicidio (Kelleher et al., 1998).

3.1.7. Apoyo social

La integración social supuso la piedra angular de la teoría social del suicidio (Durkheim, 1982). Se ha relacionado el apoyo social con la conducta suicida en cuanto que la presencia de una red social adecuada supone un factor protector (Turvey et al., 2002), y el aislamiento social confiere mayor riesgo de conducta suicida en todas las edades (Heikkinen et al., 1995b; Pompili et al., 2008; Wong et al., 2008). Sin embargo, parece que el aislamiento influye más en el suicidio que en las tentativas de suicidio, probablemente porque el grado de aislamiento en el suicidio consumado es mayor (Adam, 1990). El aislamiento puede estar relacionado con dificultades en la comunicación interpersonal y con la falta de pareja, ambos factores relacionados con riesgo de suicidio (Wong et al., 2008).

3.1.8. Conducta suicida previa

Múltiples estudios coinciden en señalar el antecedente de intentos autolíticos en la historia previa del paciente como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado (Cooper et al., 2005; Hawton et al., 2003; Owens et al., 2002; Zahl y Hawton, 2004). Las personas que han acometido ya

alguna tentativa en el pasado tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio (Harris y Barraclough, 1997). Otros autores, sin embargo, advierten de la limitada sensibilidad de este factor, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados se perpetran en su primer intento, especialmente entre los hombres —62% vs 38% entre mujeres, (Isometsa, 2001)—. El 82% de los que realizaron tentativas previamente y que, al fin, consumaron el suicidio, habían cambiado el método por otro más letal (Isometsa, 2001).

Neeleman y colaboradores (2001), en una revisión sistemática de 14 cohortes que sumaban 21.385 sujetos, estimaron que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen casi 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general. Basándonos en varios estudios prospectivos, podemos afirmar que entre un uno y un seis por ciento de los pacientes que ingresan por un intento de autolisis fallecen por suicidio en el año posterior, siendo este riesgo más elevado en pacientes de mayor edad o con tentativas de repetición (Cavanagh et al., 1999; Silverman, 2006; Suokas et al., 2001).

3.2. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

3.2.1. Trastorno mental

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental (Harris y Barraclough, 1997). Esta asociación queda bien contrastada en los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios que confirman la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos en al menos un 90% de los suicidios (Isometsa, 2001), con un mayor riesgo suicida cuanto mayor es el número de diagnósticos (Beautrais et al., 1996). En el metaanálisis publicado por Arsénault-Lapierre y colaboradores (2004), que incluía 27 estudios con una población total de 3.275 suicidas, el 87,3% de los pacientes tenía un diagnóstico previo de enfermedad mental. En otro estudio epidemiológico (Fleischmann et al., 2005), basado en una muestra de 894 jóvenes entre 10 y 30 años que habían consumado el suicidio, el 88,6% presentaba al menos un diagnóstico de trastorno mental, siendo los trastornos

Tabla 3.1. Riesgo suicida en trastornos específicos (APA, 2003).

Condición	RR	% Año	% Vida
Antecedentes de conducta suicida	38,40	0,549	27,50
Trastornos de alimentación	23,10		
Trastorno bipolar	21,70	0,310	15,50
Depresión mayor	20,40	0,292	14,60
Conductas adictivas mixtas	19,20	0,275	14,70
Distimia	12,10	0,173	8,60
Trastorno obsesivo-compulsivo	11,50	0,143	8,20
Trastorno por angustia	10,00	0,160	7,20
Esquizofrenia	8,45	0,121	6,00
Trastorno de la personalidad	7,08	0,101	5,10
Abuso del alcohol	5,86	0,084	4,20
Cáncer	1,80	0,026	1,30
Población general	1,00	0,014	0,72

afectivos los más frecuentes (42,1%) seguidos del abuso de sustancias (40,8%). En la tabla 3.1 se señala el riesgo de suicidio estimado para los trastornos mentales en la Guía de la APA publicada en 2003. Cabe señalar también que el riesgo de suicidio es mayor en las fases tempranas de la enfermedad (Harris y Barraclough, 1997), y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico (Hawton et al., 2009; King et al., 2001).

3.2.2. Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos, con el trastorno depresivo mayor a la cabeza, son los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida (Angst y Stassen, 1999). Tal y como se constata en el meta-análisis de Harris y Barraclough (1997), la depresión mayor aumenta

20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12 (Coryell y Young, 2005; Hawton et al., 2005b). El riesgo es especialmente alto al inicio o al final del episodio depresivo ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción (Coryell y Young, 2005; Hawton et al., 2005b).

Clásicamente, a la luz de los trabajos de Guze y Robins (1970), se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente se han cuestionado estas proporciones por considerarlas excesivas. El metaanálisis de Bostwick y Pankratz (2000), basado en 41 estudios y una población total de 31.159 sujetos, estima que la prevalencia de suicidio en pacientes con trastornos afectivos que han sido hospitalizados por conducta suicida es del 8,6%, comparado con el 4% de los pacientes con trastornos afectivos hospitalizados por otras causas. Según el mismo trabajo, el riesgo de muerte por suicidio al incluir pacientes ingresados y ambulatorios se estima en el 2,2%.

3.2.3. Esquizofrenia

Se ha descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10% de pacientes que sufren este trastorno (Hawton et al., 2005a). En el estudio de Harris y Barraclough (1997), los pacientes esquizofrénicos mostraban un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que la población general. La revisión publicada por Palmer y colaboradores (2005), en la que se incluían 61 estudios con un total de 48.176 sujetos, arrojaba una prevalencia de suicidio entre estos enfermos del 4,9%.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, raza blanca, sufrir depresión, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. Existen también factores específicamente asociados a la esquizofrenia, entre los que destacan: ser joven, haber sufrido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos, asociar deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad o la baja adherencia al tratamiento (Hawton et al., 2005a). De hecho la relación

entre el uso de neurolépticos y la conducta suicida ha sido motivo de controversia. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podían aumentar el riesgo de suicidio debido a sus efectos secundarios, como la acatisia o rigidez. Sin embargo, trabajos como el de Jonhson y colaboradores (1983) o los realizados con los antipsicóticos atípicos (Palmer et al., 2005), con menos efectos secundarios, demuestran que pueden reducir el riesgo de suicidio. Dentro de los antipsicóticos, Clozapina destaca por encima del resto, puesto que origina una disminución del riesgo de suicidio de hasta el 85% entre estos pacientes (Meltzer et al., 2003), siendo el único fármaco en la actualidad con indicación en el tratamiento de la conducta suicida asociada a la esquizofrenia.

3.2.4. Trastorno de ansiedad

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social, realizan un intento de autolisis a lo largo de su vida y, si este trastorno se asocia a depresión, aumenta la probabilidad de suicidio consumado (Khan et al., 2002; Warshaw et al., 2000). De acuerdo con la revisión de Harris y Barraclough (1997), el riesgo de suicidio aumenta entre 6 y 10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de pánico). No obstante, conviene destacar que otros estudios no han detectado un aumento significativo del riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad que no asocian sintomatología depresiva (Beautrais et al., 1996).

3.2.5. Abuso de sustancias

El trastorno por uso de sustancias y, en especial, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se relaciona con frecuencia con el suicidio, tanto como factor de riesgo de base, como precipitante en última instancia de la conducta suicida. Hasta un 15% de los pacientes que sufren alcoholismo se suicidan, y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios (Conner y Duberstein, 2004). La revisión de Harris y Barraclough (1997) estima el incre-

mento del riesgo de suicidio en seis veces por encima de la población general. Suelen ser hombres de raza blanca, mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, aislados socialmente y con problemas económicos y/o laborales. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad o trastornos del control de impulsos que pueden aumentar más aún el riesgo (Cherpitel et al., 2004; Gorwood, 2001).

Por otra parte, el consumo de otras drogas (opioides, cocaína, cannabis, sedantes, etc.) y, en especial, la dependencia conjunta de múltiples sustancias se ha asociado a un riesgo de suicidio hasta 20 veces superior (Harris y Barraclough, 1997).

El trastorno depresivo y las conductas adictivas constituyen una combinación especialmente fatídica (Wilcox et al., 2004). Los síntomas depresivos pueden ser debidos a un trastorno afectivo comórbido, pero también pueden ser el resultado de los efectos tóxicos directos del alcohol, la alteración hepática y la malnutrición, así como de síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales.

Otro problema habitual en los pacientes consumidores de drogas es la baja adherencia al seguimiento y el escaso cumplimiento terapéutico. Si a esto se le suma la elevada tasa de trastornos psiquiátricos concomitantes, especialmente afectivos, que pueden sufrir sin recibir el tratamiento adecuado, la probabilidad de la conducta suicida aumenta exponencialmente (Conner y Duberstein, 2004).

3.2.6. Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (Duberstein y Conwell, 1997; Pompili et al., 2005b).

Isometsä (2001) afirma que la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan cumplen también criterios para trastornos del eje I (DSM-IV) como depresión, abuso de sustancias o ambos, y esta asociación es aún más frecuente en los trastornos de personalidad del cluster B. En la revisión de Harris y Barraclough (1997), los trastornos de personalidad aumentan hasta seis veces el riesgo de suicidio.

Brezo y colaboradores (2006), por su parte, revisaron 90 estudios previos con una muestra final que englobaba a más de 20.000 sujetos, en la que se exploraron los rasgos de personalidad asociados a la conducta suicida. La desesperanza, el neuroticismo y la extraversión fueron los rasgos más claramente relacionados y otros, como la agresividad, impulsividad, irritabilidad, hostilidad o ansiedad, mostraron asociaciones menos concluyentes.

3.2.7. Otros trastornos mentales

Se han descrito otros trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo de suicidio. Los pacientes con un trastorno por déficit de atención presentan una mayor probabilidad de suicidio consumado, especialmente si se trata de varones con depresión o trastornos de conducta asociados (James et al., 2004). Los trastornos de la conducta alimentaria presentan también mayores índices de conducta suicida (Pompili et al., 2006), sobre todo entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosa con sintomatología depresiva y/o abuso de sustancias comórbidos. Sufrir un trastorno adaptativo también puede incrementar el riesgo de suicidio. En la revisión de Harris y Barraclough (1997), el aumento del riesgo de suicidio en estos pacientes es 14 veces superior al de la población general. Entre los acontecimientos vitales que pueden precederlo destacan procesos relacionados con la edad —como el momento en el que los hijos contraen matrimonio o abandonan el hogar, la jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias...—, problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia (Conner et al., 2001).

3.2.8. Salud física

Las enfermedades somáticas son también un conocido factor de riesgo para la conducta suicida, especialmente cuando se acompañan de discapacidad o dolor crónico o intenso (Harris y Barraclough, 1994; Stenager y Stenager, 2000). Se ha reportado un mayor riesgo de la conducta suicida en pacientes con cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de la médula espinal o lupus, entre otras. De acuerdo con estos estudios, la aparición de sintomatología depresiva comórbida parece ser un factor determinante en la asociación con la conducta suicida entre este tipo de pacientes (Pompili et al., 2005a; Tang y Crane, 2006).

3.2.9. Dimensiones psicológicas

La impulsividad y agresividad son las dimensiones más relacionadas con la conducta suicida en la mayoría de los modelos propuestos (Conner et al., 2003; Mann et al., 1999) y así, pese a que estos conceptos no están bien definidos en la nosología psiquiátrica, en la actualidad se acepta que, ya sea como rasgos de la personalidad o como sintomatología del Eje I, son factores claves en el riesgo de suicidio. Esta relación se ha confirmado en numerosos estudios tanto en tentativas de suicidio como en suicidios consumados (Joiner et al., 2005; Zouk et al., 2006). Las tasas de suicidio y homicidio o violencia están claramente asociadas (Conner et al., 2001) y así, los pacientes que fallecen por suicidio presentan agresividad y conducta violenta con más frecuencia que los sujetos que fallecen por otras causas como los accidentes de tráfico. Esta asociación parece ser más importante en pacientes jóvenes o adolescentes, así como en población penal (Brent et al., 1994a; Conner et al., 2003). Los autores concluyen insistiendo en la importancia de la exploración de los rasgos de personalidad para una correcta evaluación del riesgo suicida.

Otras dimensiones patológicas asociadas a la conducta suicida han sido la agresividad de forma independiente a la impulsividad, la

desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la capacidad de resolución de problemas. La agresividad, que no siempre se correlaciona con la impulsividad (Herpertz et al., 1995), se ha asociado con suicidios violentos (Berglund y Ojehagen, 1998), en varones jóvenes (Prigerson y Slimack, 1999), con intentos de suicidio en población general (Doihara et al., 2008) y en población psiquiátrica (Mann et al., 1999). La desesperanza, definida como reducción en las expectativas de éxito (Melges y Bowlby, 1969), se ha relacionado con la conducta suicida en patología psiquiátrica (Kamath et al., 2007), especialmente en la esquizofrenia (Hawton et al., 2005a), y somáticas (Pompili et al., 2007). De forma favorecedora de desesperanza (Neuringer, 1967) se encuentran la rigidez cognitiva, el pensamiento dicotómico y el déficit de resolución de problemas, que de forma independiente se ha asociado a la conducta suicida (Perrah y Wichman, 1987; Rotheram-Borus et al., 1990; Wilson et al., 1995).

3.3. FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores del riesgo de suicidio más comúnmente aceptados (Center for Disease Control and Prevention, 2010; Suicide Prevention Resource Center, 2010) podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. Así, entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida. Además, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas favorecen la decisión de no suicidarse. Otras variables relacionadas con la protección son el cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desapruében el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia.

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los demás,

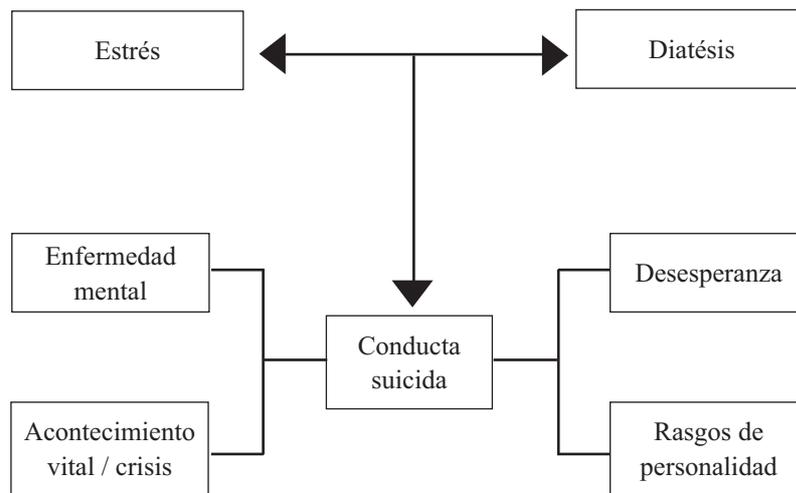
la participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales.

3.4. EN RESUMEN

Además de factores de riesgo no modificables —como los antecedentes familiares y personales de conducta suicida, el sexo y la edad del paciente—, hay variables sociodemográficas difícilmente modificables que han de tenerse en cuenta como el estado civil, la situación laboral, las creencias religiosas y el apoyo social. Sabemos que casi la totalidad de las personas que consuman un suicidio, y un porcentaje elevado de las que realizan un intento o tienen pensamientos autolíticos sufren algún tipo de trastorno mental asociado, se acepta que la idea y/o la conducta suicida supone una entidad propia. La presencia de un trastorno psiquiátrico es un fuerte predictor de conducta suicida, pero, incluso entre los grupos de enfermedades con mayor riesgo asociado, sólo una minoría de las personas con esos diagnósticos cometerá el suicidio.

Aunque el riesgo autolítico guarda relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y colaboradores (1999 y 2003) proponen un modelo de diátesis-estrés más amplio, útil para comprender el riesgo de conducta suicida (figura 3.1). El modelo consta de dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de las características de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). La combinación de ambas dimensiones sería más importante para determinar el riesgo de conducta suicida que la mera acumulación de factores de riesgo. Esto subraya la importancia de una correcta evaluación de los pacientes con riesgo suicida en la que se tenga presentes tanto los FR poblacionales como los factores de riesgo relacionados con la enfermedad mental o la discapacidad.

*Figura 7.1. Modelo Estrés – Diátesis para la conducta suicida
(Adaptado de Mann, 2003)*



REFERENCIAS

- Adam, K. S. (1990): "Environmental, Psychosocial, and Psychoanalytic Aspects of Suicidal Behavior", en: Blumenthal, S. J.; Kupfer, D. J. (eds.): *Suicide Over the Life Cycle. Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, Washington, American Psychiatric Press, pp. 39-96.
- Agerbo, E.; Gunnell, D.; Bonde, J. P. et al. (2007): "Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences", *Psychol Med*, 37(8): 1131-40.
- Agerbo, E.; Nordentoft, M.; Mortensen, P. B. (2002): "Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study", *BMJ*, 325(7355): 74.
- Alexopoulos, G. S.; Bruce, M. L.; Hull, J. et al. (1999): "Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression", *Arch Gen Psychiatry*, 56(11): 1048-53.
- American Psychiatric Association (2003): *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*, Arlington, American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002): *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*, Washington, D. C., American Psychiatric Association.
- Angst, J.; Angst, F.; Stassen, H. H. (1999): "Suicide risk in patients with major depressive disorder", *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 2):57-62.
- Appleby, L.; Mortensen, P. B.; Faragher, E. B. (1998): "Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission", *Br J Psychiatry*, 173: 209-11.
- Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C. D.; Turecki, G. (2004): "Psychiatric diagnoses in 3275 suicide: a meta-analysis", *BMC Psychiatry*, 4: 37.
- Baldessarini, R. J.; Hennen, J. (2004): "Genetics of suicide: an overview", *Harv Rev Psychiatry*, 12(1): 1-13.
- Beautrais, A. L. (2000): "Risk factors for suicide and attempted suicide among young people", *Aust N Z J Psychiatry*, 34(3): 420-36.

- Beautrais, A. L. (1996): *Serious suicide attempts in young people: a case control study*, University of Otago.
- Beautrais, A. L.; Joyce, P. R.; Mulder, R. T. (1996): "Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(9): 1174-82.
- Beautrais, A. L.; Joyce, P. R.; Mulder, R. T. (1999): "Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people", *Suicide Life Threat Behav* 29(1): 37-47.
- Beautrais, A. L.; Joyce, P. R.; Mulder, R. T et al. (1996): "Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study", *Am J Psychiatry* 153(8): 1009-14.
- Berglund, M.; Ojehagen, A. (1998): "The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior", *Alcohol Clin Exp Res*, 22(7 Suppl): 333S-345S.
- Biddle, L.; Brock, A.; Brookes, S. T. et al. (2008): "Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study", *BMJ*, 336(7643): 539-42.
- Blow, F. C.; Brockmann, L. M.; Barry, K. L. (2004): "Role of alcohol in late-life suicide", *Alcohol Clin Exp Res*, 28(5 Suppl): 48S-56S.
- Bostwick, J. M.; Pankratz, V. S. (2000): "Affective disorders and suicide risk: a reexamination", *Am J Psychiatry*, 157(12):1925-32.
- Brent, D. A.; Bridge, J.; Johnson, B. A. et al. (1996): "Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims", *Arch Gen Psychiatry*, 53(12): 1145-52.
- Brent, D. A.; Johnson, B. A.; Perper, J. et al. (1994a): "Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(8): 1080-6.
- Brent, D. A.; Mann, J. J. (2005): "Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior", *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133C(1): 13-24.
- Brent, D. A.; Perper, J. A.; Goldstein, C. E. et al. (1988): "Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients", *Arch Gen Psychiatry*, 45(6): 581-8.

- Brent, D. A.; Perper, J. A.; Moritz, G. et al. (1993): "Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study", *Suicide Life Threat Behav*, 23(3): 179-87.
- Brent, D. A.; Perper, J. A.; Moritz, G. et al. (1994b): "Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study", *Acta Psychiatr Scand*, 89(1): 52-8.
- Brezo, J.; Paris, J.; Turecki, G. (2006): "Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3): 180-206.
- Brown, G. K.; Beck, A. T.; Steer, R. A. et al. (2000): "Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study", *J Consult Clin Psychol*, 68(3): 371-7.
- Cavanagh, J. T.; Owens, D. G.; Johnstone, E. C. (1999) "Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34(12): 645-50.
- Center for Disease Control and Prevention (2010): "Risk and Protective Factors". Disponible en <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/suicide/Suicide-risk-p-factors.htm>. Consultado en octubre de 2010.
- Chang, S. S.; Sterne, J. A.; Huang, W. C. et al. (2010): "Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959-2007: a time-series analysis", *Public Health*, 124(1): 49-54.
- Cherpitel, C. J.; Borges, G. L.; Wilcox, H. C. (2004): "Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature", *Alcohol Clin Exp Res*, 28(5 Suppl): 18S-28S.
- Conner, K. R.; Conwell, Y.; Duberstein, P. R. (2001): "The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior", *Acta Psychiatr Scand*, 104(6): 452-7.
- Conner, K. R.; Duberstein, P. R. (2004): "Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration", *Alcohol Clin Exp Res*, 28(5 Suppl): 6S-17S.
- Conner, K. R.; Duberstein, P. R.; Conwell, Y. et al. (2003): "Reactive aggression and suicide: Theory and evidence", *Aggres Violent Behav*,

- 8(4): 413-32.
- Conwell, Y.; Brent, D. (1995): "Suicide and aging. I: Patterns of psychiatric diagnosis", *Int Psychogeriatr*, 7(29): 149-64.
- Conwell, Y.; Duberstein, P. R. (2001): "Suicide in elders", *Ann N Y Acad Sci*, 932: 132-47.
- Cooper, J.; Kapur, N.; Webb, R. et al. (2005): "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study", *Am J Psychiatry*, 162(2): 297-303.
- Coryell, W.; Young, E. A. (2005): "Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder", *J Clin Psychiatry*, 66(4): 412-7.
- D'Augelli, A. R.; Grossman, A. H.; Salter, N. P. et al. (2005): "Predicting the suicide attempts of lesbian, gay and bisexual youth", *Suicide Life Threat Behav*, 35(6): 646-60.
- Dervic, K.; Brent, D. A.; Oquendo, M. A. (2008): "Completed suicide in childhood", *Psychiatr Clin North Am*, 31(2): 271-91.
- Dervic, K.; Oquendo, M. A.; Currier, D. et al. (2006): "Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology?", *J Clin Psychiatry*, 67(4): 620-5.
- Doessel, D. P.; Williams, R. F.; Whiteford, H. (2009): "Policy-appropriate measurement of suicide: headcount vs. potential years of life lost, Australia, 1907-2005", *Arch Suicide Res*, 13(1): 87-99.
- Doihara, C.; Kawanishi, C.; Yamada, T. et al. (2008): "Trait aggression in suicide attempters: a pilot study", *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(3): 352-4.
- Donald, M.; Dower, J.; Lucke, J. et al. (2001): "Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behaviour among a community sample of young people aged 15-24 years", *Aust NZ J Public Health*, 25(5): 426-32.
- Duberstein, P. R.; Conwell, Y. (1997): "Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review", *Clin Psychol Sci Pract*, 4: 359-76.
- Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Cox, C. (1998): "Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects", *Am J Geriatr Psychiatry*, 6(4):328-34.
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*, Madrid, Akal Universitaria.

- Egeland, J. A.; Sussex, J. N. (1985): "Suicide and family loading for affective disorders", *JAMA*, 254(7): 915-8.
- Erlangsen, A.; Jeune, B.; Bille-Brahe, U. et al. (2004): "Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study", *Age Ageing*, 33(4): 378-83.
- Esposito, C. L.; Clum, G. A. (2002): "Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: applications to a delinquent population", *J Trauma Stress*, 15(2): 137-46.
- Fergusson, D. M.; Horwood, L. J.; Lynskey, M. T. (1996): "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(10): 1365-74.
- Fleischmann, A.; Bertolote, J. M.; Belfer, M. (2005): "Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence", *Am J Orthopsychiatry*, 75(4): 676-83.
- Foster, T.; Gillespie, K.; McClelland, R. (1997): "Mental disorders and suicide in Northern Ireland", *Br J Psychiatry*, 170: 447-52.
- Fu, Q.; Heath, A. C.; Bucholz, K. K. et al. (2002): "A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men", *Psychol Med*, 32(1): 11-24.
- Gorwood, P. (2001): "Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence", *Eur Psychiatry*, 16(7): 410-7.
- Gould, M. S.; Fisher, P.; Parides, M. et al. (1996): "Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide", *Arch Gen Psychiatry*, 53(12): 1155-62.
- Gould, M. S.; Shaffer, D.; Fisher, P. et al. (1998): "Separation/divorce and child and adolescent completed suicide", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(2): 155-62.
- Gould, M. S.; Wallenstein, S.; Davidson, L. (1989): "Suicide clusters: a critical review", *Suicide Life Threat Behav*, 19(1): 17-29.
- Guze, S. B.; Robins, E. (1970): "Suicide and primary affective disorders", *Br J Psychiatry*, 117(539): 437-8.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. 1997, "Suicide as an outcome for mental

- disorders. A meta-analysis”, *Br J Psychiatry*, 170: 205-28.
- Harris, E. C.; Barraclough, B. M. (1994): “Suicide as an outcome for medical disorders”, *Medicine (Baltimore)*, 73(6): 281-96
- Hawton, K. (2000): “Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour”, *Br J Psychiatry*, 177: 484-5.
- Hawton, K.; Sutton, L.; Haw, C. et al. (2005a): “Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors”, *Br J Psychiatry*, 187, pp. 9-20.
- Hawton, K.; Sutton, L.; Haw, C. et al. (2005b): “Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors”, *J Clin Psychiatry*, 66(6): 693-704.
- Hawton, K.; van Heeringen, K. (2009): “Suicide”, *Lancet*, 373(9672): 1372-81.
- Hawton, K.; Zahl, D.; Weatherall, R. (2003): “Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital”, *Br J Psychiatry*, 182: 537-42.
- Heikkinen, M. E.; Henriksson, M. M.; Isometsa, E. T. et al. (1997): “Recent life events and suicide in personality disorders”, *J Nerv Ment Dis*, 185(6): 373-81.
- Heikkinen, M. E.; Isometsa, E. T.; Aro, H. M. et al. (1995a): “Age-related variation in recent life events preceding suicide”, *J Nerv Ment Dis*, 183(5): 325-31.
- Heikkinen, M. E.; Isometsa, E. T.; Marttunen, M. J. et al. (1995b): “Social factors in suicide”, *Br J Psychiatry*, 167(6): 747-53.
- Henriksson, M. M.; Aro, H. M.; Marttunen, M. J. et al. (1993): “Mental disorders and comorbidity in suicide”, *Am J Psychiatry*, 150(6): 935-40.
- Herpertz, S.; Steinmeyer, S. M.; Marx, D. et al. (1995): “The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behavior”, *Pharmacopsychiatry*, 28(Suppl 2): 64-72.
- Hovey, J. D. (1999): “Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants”, *Psychol Rep*, 85(1): 171-7.
- Instituto Nacional de Estadística (2010): “Estadística del Suicidio en España”. Disponible en <http://www.ine.es>. Consultado en marzo de 2010.
- Isometsa, E. T. (2001): “Psychological autopsy studies-a review”, *Eur*

- Psychiatry*, 16(7): 379-85.
- James, A.; Lai, F. H.; Dahl, C. (2004): "Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations", *Acta Psychiatr Scand*, 110(6): 408-15.
- Johnson, D. A.; Pasterski, G.; Ludlow, J. M. et al. (1983): "The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences", *Acta Psychiatr Scand*, 67(5): 339-52.
- Joiner, T. E.; Bernert, R. A.; Jack, D. C. (2005): "The bidimensional structure of suicidal symptoms in Nepal", *Arch Suicide Res*, 9(4): 345-51.
- Joiner, T. E.; Jr., Sachs-Ericsson, N. J.; Wingate, L. R. et al. (2007): "Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship", *Behav Res Ther*, 45(3): 539-47.
- Juurlink, D. N.; Herrmann, N.; Szalai, J. P. et al. (2004): "Medical illness and the risk of suicide in the elderly", *Arch Intern Med*, 164(11): 1179-84.
- Kamath, P.; Reddy, Y. C.; Kandavel, T. (2007): "Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder", *J Clin Psychiatry*, 68(11): 1741-50.
- Kelleher, M. J.; Chambers, D.; Corcoran, P. et al. (1998): "Religious sanctions and rates of suicide worldwide", *Crisis*, 19(2): 78-86.
- Khan, A.; Leventhal, R. M.; Khan, S. et al. (2002): "Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database", *J Affect Disord*, 68(2-3): 183-90.
- Kim, C. D.; Seguin, M.; Therrien, N. et al. (2005): "Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population", *Am J Psychiatry*, 162(5): 1017-9.
- King, E. A.; Baldwin, D. S.; Sinclair, J. M. et al. (2001): "The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides", *Br J Psychiatry*, 178: 531-6.
- Kposowa, A. J. (2001): "Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study", *Psychol Med*, 31(1): 127-38.
- Kposowa, A. J. (2000): "Marital status and suicide in the National Longitu-

- dinal Mortality Study”, *J Epidemiol Community Health*, 54(4): 254-61.
- Lester, D. (2006): “Suicide and islam”, *Arch Suicide Res*, 10(1): 77-97.
- Mann, J. J. (2003): “Neurobiology of suicidal behaviour”, *Nat Rev Neurosci*, 4(10): 819-28.
- Mann, J. J.; Waternaux, C.; Haas, G. L. et al. (1999): “Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients”, *Am J Psychiatry*, 156(2): 181-9.
- Marzuk, P. M.; Tardiff, K.; Leon, A. C. et al. (1997): “Lower risk of suicide during pregnancy”, *Am J Psychiatry*, 154(1): 122-3.
- Masocco, M.; Pompili, M.; Vanacore, N. et al. (2010): “Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin”, *Psychiatr Q*, 81(1): 57-71.
- McGirr, A.; Renaud, J.; Bureau, A. et al. (2008): “Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide”, *Psychol Med*, 38(3): 407-17.
- McGowan, P. O.; Sasaki, A.; D’Alessio, A. C. et al. (2009): “Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse”, *Nat Neurosci*, 12(3): 342-8.
- Melges, F. T.; Bowlby, J. (1969): “Types of hopelessness in psychopathological process”, *Arch Gen Psychiatry*, 20(6): 690-9.
- Meltzer, H.; Bebbington, P.; Brugha, T. et al. (2009): “Job insecurity, socioeconomic circumstances and depression”, *Psychol Med*, 40(8): 1401-7.
- Meltzer, H. Y.; Alphas, L.; Green, A. I. et al. (2003): “Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)”, *Arch Gen Psychiatry*, 60(1): 82-91.
- Meyer, I. H.; Dietrich, J.; Schwartz, S. (2008): “Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations”, *Am J Public Health*, 98(6): 1004-6.
- Mittendorfer-Rutz, E.; Rasmussen, F.; Wasserman, D. (2008): “Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study”, *Soc Psychiatr Epidemiol*, 43(1): 28-36.
- Murphy, G. E.; Wetzel, R. D.; Robins, E. et al. (1992): “Multiple risk factors predict suicide in alcoholism”, *Arch Gen Psychiatry*, 49(6): 459-63.

- Neeleman, J. (2001): “[Suicidality]”, *Ned Tijdschr Geneeskd*, 145(11): 515-20.
- Neuringer, C. (1967): “The cognitive organization of meaning in suicidal individuals”, *J Gen Psychol*, 76: 91-100.
- Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. (2002): “Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review”, *Br J Psychiatry*, 181: 193-9.
- Palmer, B. A.; Pankratz, V. S.; Bostwick, J. M. (2005): “The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination”, *Arch Gen Psychiatry*, 62(3): 247-53.
- Perrah, M.; Wichman, H. (1987): “Cognitive rigidity in suicide attempters”, *Suicide Life Threat Behav*, 17(3): 251-5.
- Pfeffer, C. R.; Normandin, L.; Kakuma, T. (1994): “Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(8): 1087-97.
- Phillips, D. P. (1974): “The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect”, *Am Sociol Rev*, 39(3): 340-54.
- Pirkola, S. P.; Isometsa, E. T.; Heikkinen, M. E. et al. (2000): “Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population”, *Alcohol Alcohol*, 35(1): 70-5.
- Platt, S. (1984): “Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature”, *Soc Sci Med*, 19(2): 93-115.
- Pompili, M.; Girardi, P.; Ruberto, A. et al. (2005b): “Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis”, *Nord J Psychiatry*, 59(5): 319-24.
- Pompili, M.; Girardi, P.; Ruberto, A. et al. (2005a): “Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts”, *Epilepsy Behav*, 7(2): 305-10.
- Pompili, M.; Girardi, P.; Tatarelli, G. et al. (2006): “Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern”, *Eat Behav*, 7(4): 384-94.
- Pompili, M.; Innamorati, M.; Masotti, V. et al. (2008): “Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a north Italy area (1994-2004)”, *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(9): 727-35.
- Pompili, M.; Vanacore, N.; Macone, S. et al. (2007): “Depression, ho-

- pelessness and suicide risk among patients suffering from epilepsy”, *Ann Ist Super Sanita*, 43(4): 425-9.
- Popoli, G.; Sobelman, S.; Kanarek, N. F. (1989): “Suicide in the State of Maryland, 1970-80”, *Public Health Rep*, 104(3): 298-301.
- Prigerson, H. G.; Slimack, M. J. (1999): “Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults”, *J Nerv Ment Dis*, 187(1): 23-31.
- Qin, P.; Agerbo, E.; Westergard-Nielsen, N. et al. (2000): “Gender differences in risk factors for suicide in Denmark”, *Br J Psychiatry*, 177: 546-50.
- Qin, P.; Mortensen, P. B. (2003): “The impact of parental status on the risk of completed suicide”, *Arch Gen Psychiatry*, 60(8): 797-802.
- Ratcliffe, G. E.; Enns, M. W.; Belik, S. L. et al. (2008): “Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective”, *Clin J Pain*, 24(3): 204-10.
- Rich, C. L.; Fowler, R. C.; Fogarty, L. A. et al. (1988): “San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors”, *Arch Gen Psychiatry*, 45(6): 589-92.
- Rich, C. L.; Warstadt, G. M.; Nemiroff, R. A. et al. (1991): “Suicide, stressors, and the life cycle”, *Am J Psychiatry*, 148(4): 524-7.
- Rotheram-Borus, M. J.; Trautman, P. D.; Dopkins, S. C. et al. (1990): “Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters”, *J Consult Clin Psychol*, 58(5): 554-61.
- Roy, A. (1993): “Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders”, *Psychiatr Q*, 64(4): 345-58.
- Roy, A.; Segal, N. L.; Centerwall, B. S. et al. (1991): “Suicide in twins”, *Arch Gen Psychiatry*, 48(1): 29-32.
- Roy, A.; Segal, N. L.; Sarchiapone, M. (1995): “Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims”, *Am J Psychiatry*, 152(7): 1075-6.
- Schmidtke, A.; Bille-Brahe, U.; DeLeo, D. et al. (1996): “Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide”, *Acta Psychiatr Scand*, 93(5): 327-38.

- Shaffer, D. (1974): "Suicide in childhood and early adolescence", *J Child Psychol Psychiatry*, 15(4): 275-91.
- Shaffer, D.; Fisher, P.; Hicks, R. H. et al. (1995): "Sexual orientation in adolescents who commit suicide", *Suicide Life Threat Behav*, 25(Suppl): 64-71.
- Shafii, M.; Steltz-Lenarsky, J.; Derrick, A. M. et al. (1988): "Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents", *J Affect Disord*, 15(3): 227-33.
- Shah, A. (2010): "Are elderly dependency ratios associated with general population suicide rates?", *Int J Soc Psychiatry*, (epub antes de imprimir).
- Silverman, M. M. (2006): "The language of suicidology", *Suicide Life Threat Behav*, 36(5): 519-32.
- Statham, D. J.; Heath, A. C.; Madden, P. A. et al. (1998): "Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study", *Psychol Med*, 28(4): 839-55.
- Stenager, E. N.; Stenager, E. (2000): "Physical illness and suicidal behaviour" en: Hawton, K.; van Heeringen, K. (eds.): *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester, John Wiley & Sons, pp. 405-20.
- Suicide Prevention Resource Center (2010): "Risk and Protective Factors for Suicide". Disponible en <http://www.sprc.org/library/srisk.pdf>. Consultado en octubre 2010.
- Suokas, J.; Suominen, K.; Isometsa, E. et al. (2001): "Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study", *Acta Psychiatr Scand*, 104(2): 117-21.
- Tang, N. K.; Crane, C. (2006): "Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links", *Psychol Med*, vol. 36(5): 575-86.
- Tennant, C. (1988): "Parental loss in childhood. Its effect in adult life", *Arch Gen.Psychiatry*, 45(11): 1045-50.
- Tsuang, M. T. (1983): "Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives, and controls", *J Clin Psychiatry*, 44(11): 396-400.
- Tsuang, M. T.; Simpson, J. C.; Fleming, J. A. (1992): "Epidemiology of suicide", *Int Rev Psychiatry*, 4: 117-29.
- Turvey, C. L.; Conwell, Y.; Jones, M. P. et al. (2002): "Risk factors for

- late-life suicide: a prospective, community-based study”, *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(4): 398-406.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999): *Mental Health: A Report of the Surgeon General-Executive Summary*, Rockville, MD.
- Waern, M.; Rubenowitz, E.; Runeson, B. et al. (2002): “Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study”, *BMJ*, 324(7350): 1355.
- Warshaw, M. G.; Dolan, R. T.; Keller, M. B. (2000): “Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program”, *Am J Psychiatry*, 157(11): 1876-8.
- Wender, P. H.; Kety, S. S.; Rosenthal, D. et al. (1986): “Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders”, *Arch Gen Psychiatry*, 43(10): 923-9.
- Wilcox, H. C.; Conner, K. R.; Caine, E. D. (2004): “Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies”, *Drug Alcohol Depend*, 76(Suppl): S11-S19.
- Wilson, K. G.; Stelzer, J., Bergman, J. N. et al. (1995): “Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts”, *Suicide Life Threat Behav*, 25(2): 241-52.
- Wong, P. W.; Chan, W. S.; Chen, E. Y. et al. (2008): “Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong”, *BMC Public Health*, 8(1): 147.
- Wyder, M.; Ward, P.; De, L. D. (2009): “Separation as a suicide risk factor”, *J Affect Disord*, 116(3): 208-13.
- Zahl, D. L.; Hawton, K. (2004): “Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11.583 patients”, *Br J Psychiatry*, 185: 70-5.
- Zhang, J.; McKeown, R. E.; Hussey, J. R. et al. (2005): “Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Ann Epidemiol*, 15(2): 167-74.
- Zhang, J.; Xiao, S.; Zhou, L. (2010): “Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study”, *Am J Psychiatry*, 167(7): 731-3.

Zouk, H.; Tousignant, M.; Seguin, M. et al. (2006): "Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions", *J Affect Disord*, vol. 92(2-3): 195-204.

Instrumentos de evaluación

Pilar Alejandra Sáiz Martínez

M^a Paz García-Portilla González

Julio Bobes García

Área Psiquiatría, Universidad de Oviedo
CIBERSAM

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico (American Psychiatric Association, 2003). En el creciente ambiente legalista en el que se desarrolla la práctica cotidiana, cada vez se presta mayor atención a la potencial responsabilidad derivada de una evaluación del riesgo suicida insuficiente o incorrecta. Uno de los problemas más frecuentes consiste en no documentar adecuadamente nuestros juicios y observaciones clínicas (Bongar et al., 1993). Siendo necesario señalar que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana (Bech y Awata, 2009). No obstante, también es necesario poner de manifiesto que en la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se recomienda la necesidad de evaluar, como eje independiente, la presencia (o no) de riesgo autolítico (APA, <http://www.dsm5.org>).

Este apartado de la guía pretende ser un marco de referencia general para ayudar al clínico a solventar este problema. Sin embargo, cabe señalar que algunas de las escalas que aquí se describen aún no han sido adaptadas al español, aunque existen versiones disponibles en nuestro idioma. Por otra parte, es necesario reseñar que

Tabla 4.1. Escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas.

<p>Escalas no específicas de suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> • MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) • Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) • Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
<p>Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) • Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS) • International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT) • Escala SAD PERSONS • Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) • Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) • Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
<p>Escalas de evaluación de los actos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) • Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
<p>Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Desesperanza (HS) • Inventario de razones para vivir (RFL) • Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) • Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) • Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) • Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

existen múltiples instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de aspectos directa o indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas. En este capítulo se han elegido aquellos que pueden ser de más ayuda desde el punto de vista clínico, o aquellos que han demostrado ser más útiles en investigación. No obstante, para una revisión más exhaustiva de instrumentos de evaluación de utilidad en el ámbito de los comportamientos suicidas,

en particular, y de los trastornos mentales y del comportamiento, en general, se remite al lector a la siguiente referencia: García-Portilla et al. (2008).

Con el fin de facilitar el manejo de este capítulo de la guía las escalas se han agrupado en cuatro apartados diferentes (ver tabla 4.1).

4.1. RECOMENDACIONES CIE-10 PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA

La Organización Mundial de la Salud, a través de su edición de la clasificación CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria (CIE-10-AP, 1996), realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida.

Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato

- Ideación suicida (esporádica versus persistente).
- Determinación (el suicidio es una posibilidad o una decisión firme).
- Plan suicida (nivel de elaboración: a mayor elaboración de un plan suicida mayor riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
- Soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).
- Consumo de alcohol u otras sustancias (la limitación de la capacidad de autocontrol del individuo puede favorecer comportamientos suicidas).
- Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).

Evaluación del paciente con un intento suicida reciente

- Peligrosidad del método elegido.
- Grado de convicción sobre eficacia del método elegido.
- Posibilidad de ser descubierto.
- Grado de alivio al ser salvado.
- Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir).

- Grado de planificación.
- Existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

4.2. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

4.2.1. Escalas no específicas de suicidio

En este apartado se incluirán escalas que no son específicas para la evaluación del riesgo suicida, pero que contienen ítems específicos que pueden resultar de utilidad al clínico para dicha evaluación.

4.2.1.1. *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). (Sheehan et al., 1997)*

Descripción de la escala

- La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.
- Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno de ellos correspondiente a una categoría diagnóstica.
- El módulo C corresponde a la evaluación del riesgo de suicidio actual. Consta de seis preguntas de respuesta dicotómica («Sí»/«No»); cinco hacen referencia al «último mes» y la última hace referencia a «toda la vida». Cada respuesta positiva a una pregunta lleva anclada una puntuación.
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe validación española de esta escala (Ferrando, 2000).

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones parciales de cada ítem y que puede oscilar entre 0 y 33.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - Riesgo leve: 1-5 puntos.

- Riesgo moderado: 6-9 puntos.
- Riesgo alto: ≥ 10 puntos.

4.2.1.2. *Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS). (Hamilton, 1960)*

Descripción de la escala

- La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- El ítem 3 explora el riesgo suicida en el momento actual. Su puntuación oscila entre 0 (riesgo de suicidio ausente) y 4 (presencia de tentativas suicidas previas; tentativa sería puntúa 4).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe validación española de esta escala (Bobes et al., 2003).

Corrección e interpretación de los resultados

- No existe una corrección específica de este ítem (su puntuación pasaría a integrarse en la puntuación global de la escala). No obstante, cabe señalar, como referencia:
 - Ausente: 0 puntos.
 - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida: 1 punto.
 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir: 2 puntos.
 - Ideas de suicidio o amenazas: 3 puntos.
 - Intentos de suicidio previos: 4 puntos.

4.2.1.3. *Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS). (Montgomery y Asberg, 1979)*

Descripción de la escala

- La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- El ítem 10 explora el riesgo suicida en el momento actual y su puntuación oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares.
- Es un instrumento heteroaplicado.

- Existe validación española de esta escala (Lobo et al., 2002).

Corrección e interpretación de los resultados

- No existe una corrección específica del ítem de suicidio. Su puntuación pasaría a integrarse en la puntuación global de la escala. No obstante, cabe señalar, como referencia, los criterios operativos de las puntuaciones pares:
 - Se alegra de vivir. Toma la vida como viene (0).
 - Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces (2).
 - Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención (4).
 - Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio (6).

4.2.2. Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida

4.2.2.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation, SSI*) (Beck et al., 1979)

Descripción de la escala

- La SSI es una escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas.
- Mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta en la evaluación, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de *frenos* (disuasores).
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Los diferentes ítems están distribuidos en 4 apartados:
 - Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
 - Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
 - Características del intento planeado (ítems 12 a 15).

- Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.

4.2.2.2. Escala de Ideación Suicida de Paykel (*Paykel Suicide Scale, PSS*) (Paykel et al., 1974)

Descripción de la escala

- La PSS es una escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas de modo gradual.
- Se trata de una escala que consta de 5 ítems con respuesta dicotómica («Sí», 1 punto/«No», 0 puntos).
- Los ítems están ordenados de modo jerárquico (de menor a mayor gravedad del pensamiento suicida).
- Pueden utilizarse diferentes marcos temporales siendo los más utilizados las últimas dos semanas, los últimos seis meses, o el último año.
- Es un instrumento autoaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- No se obtiene una puntuación global, sino que, tal como está diseñada, se asume que puntuaciones positivas en uno de los ítems llevan implícitas la respuesta afirmativa a los ítems previos.
- Los puntos de corte propuestos son los siguientes:
 - Sin ideación suicida: 0 puntos.
 - Pensamientos de muerte: puntuación positiva en los ítems 1 o 2.
 - Ideación suicida: puntuación positiva en los ítems 3, 4 y/o 5.

4.2.2.3. *International Suicide Prevention Trial (InterSePT) Scale for Suicidal Thinking (ISST)*. (Lindenmayer et al., 2003)

Descripción de la escala

- La ISST es un instrumento semiestructurado diseñado para la evaluación de la gravedad de los pensamientos suicidas actuales en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
- Consta de 12 ítems que evalúan aspectos relacionados con la ideación suicida durante los últimos siete días: deseo de morir, razones para vivir frente a morir, deseo activo de realizar una tentativa suicida, deseo suicida pasivo, frecuencia de la ideación suicida, actitud hacia la ideación/deseo suicida, grado de auto-control, factores disuasorios, razones para contemplar la tentativa, método/planificación, expectativas, ilusiones/alucinaciones de autoagresión.
- Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 2 puntos.
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Se obtiene una puntuación global con la suma de todos los ítems. A mayor puntuación mayor gravedad de la ideación suicida.
- No existen puntos de corte propuestos pero se ha señalado que puntuaciones ≥ 6 puntos tienen una especificidad en torno al 99% (Ayer et al., 2008).

4.2.2.4. *Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale)*. (Patterson et al., 1983)

Descripción de la escala

- La SAD PERSONS es una escala diseñada para evaluar riesgo de comportamiento suicida en base a factores de riesgo clínicos y sociodemográficos (sexo, edad, depresión, tentativas previas, abuso de alcohol, pérdida de pensamiento racional, apoyo social, plan suicida, pareja, enfermedad física).
- Consta de 10 ítems con opción dicotómica de respuesta («Sí», 1 punto/«No», 0 puntos).

- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Se obtiene una puntuación global con la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.
- En función de la puntuación obtenida se indica cual sería la actuación más adecuada para cada caso.
- Los puntos de corte propuestos son los siguientes:
 - Riesgo bajo: 0–2 puntos.
 - Riesgo moderado: 3–4 puntos (realizar seguimiento frecuente).
 - Riesgo alto: 5–6 puntos (considerar hospitalización).
 - Riesgo muy alto: 7–8 puntos (necesidad de hospitalización).

4.2.2.5. Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (Posner et al., 2007)

Descripción de la escala

- La C-SSRS es un instrumento semiestructurado para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamientos suicidas.
- Consta de dos partes diferenciadas:
 - a) Ideación suicida
 - Presencia de ideación suicida: Se evalúa mediante dos preguntas iniciales de *screening* («Deseo de estar muerto» y «Pensamientos activos de suicidio no específicos»), de respuesta dicotómica («Sí»/«No»). Si ambas respuestas son negativas se pasa a la sección de «Conducta Suicida». Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, se plantean otras tres preguntas de respuesta dicotómica («Ideación activa sin plan y sin intención de actuar», «Ideación activa con alguna intención de actuar pero sin plan» y «Ideación activa con intención y plan»).

- Intensidad de la ideación suicida: se evalúa mediante cinco ítems, dos de los cuales (frecuencia y duración) tienen cinco opciones de respuesta (cuya puntuación oscila entre 1 y 5); otros tres (capacidad de control, elementos disuasorios y razones para ideación) tienen seis opciones de respuesta (con puntuaciones entre 0 y 5). A mayor puntuación mayor intensidad de la ideación.
 - b) Conducta suicida: Se evalúan los comportamientos suicidas mediante cinco ítems de respuesta dicotómica («Sí»/«No»). Existen dos ítems adicionales que sólo deben de rellenarse si han existido tentativas suicidas (se valora la tentativa más reciente, la más letal y la inicial) y hacen referencia a letalidad médica real —que se puntúa en una escala que oscila entre 0 (ninguna lesión física o lesiones físicas muy pequeñas) y 5 (muerte)— y a la letalidad potencial (sólo debe de rellenarse si la letalidad real es 0). La puntuación de la letalidad potencial oscila entre 0 (conducta con poca probabilidad de lesiones) y 2 (conducta con probabilidad de muerte a pesar de disponer de asistencia médica).
 - Es un instrumento heteroaplicado.
 - No existe validación española de esta escala.
- Corrección e interpretación de los resultados
- No existe una puntuación global en la escala, ni puntos de corte definidos.
 - Permite realizar una clasificación de las personas en relación a su «estado suicida» en los siguientes grupos:
 - a) Sin comportamiento suicida.
 - b) Ideación suicida.
 - Deseo de morir.
 - Ideación suicida activa inespecífica.
 - Ideación activa sin plan y sin intención de actuar.
 - Ideación activa con alguna intención de actuar pero sin plan.
 - Ideación activa con intención y plan.
 - c) Tentativa suicida activa.
 - Tentativa interrumpida.

- Tentativa abortada.
 - Comportamientos / acciones preparatorias.
- d) Tentativa suicida real.
- e) Suicidio consumado.

4.2.2.6. *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)*
(Plutchik et al., 1989)

Descripción de la escala

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población española (Rubio et al., 1998).

Corrección e interpretación de los resultados

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.
- En la versión española (Rubio et al., 1998), los autores proponen un punto de corte de 6.

4.2.2.7. *Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impresión for Severity of Suicidality, CGI-SS)* (Lindenmayer et al., 2003)

Descripción de la escala

- La CGI-SS se deriva de la escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Guy, 1976) y consta de dos subescalas que evalúan respectivamente:

a) La gravedad del cuadro clínico. Consiste en un único ítem que valora la gravedad del riesgo suicida utilizando una escala tipo Likert de 5 valores (1, no suicida; 2, ligeramente suicida; 3, moderadamente suicida; 4, gravemente suicida y 5, tentativa suicida).

b) La mejoría del riesgo suicida debido a las intervenciones terapéuticas. Un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 7 valores que van desde 1 (mejoría muy marcada) hasta 7 (empeoramiento muy marcado).

- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del riesgo suicida y sobre el cambio experimentado por el paciente respecto al estado basal.

4.2.3. Escalas de evaluación de los actos suicidas

4.2.3.1. *Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS) (Beck et al., 1974a)*

Descripción de la escala

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
 - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).

- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
- Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los cinco últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.
- Existen dos propuestas de subescalas para valorar la impulsividad del acto suicida:
 - a) Propuesta de Brown y colaboradores (1991): suma de los ítems 6 (preparación activa) y 15 (grado de premeditación). Puntos de corte propuestos:
 - 0: impulsivo.
 - 1–2: intermedio.
 - 3–4: planeado.
 - b) Propuesta de Díaz y colaboradores (2003): suma de los ítems 1 (aislamiento), 2 (medición del tiempo), 3 (precauciones), 5 (actos finales), 6 (preparación activa), 7 (nota suicida), 8 (comunicación verbal) y 15 (grado de premeditación). Puntos de corte propuestos:
 - 0–5: impulsivo
 - ≥ 6 : planeado

4.2.3.2. Gravedad Médica de la Tentativa (*Medical Damage Scale, MDS*) (Beck et al., 1975)

Descripción de la escala

- La MDS es una escala diseñada para medir la gravedad médica del acto suicida.
- Consta de un solo ítem que tiene 9 opciones de respuesta y cuyas puntuaciones oscilan de 0 (totalmente alerta/consciente – ninguna o mínimas consecuencias) a 8 (muerte)

- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- A mayor puntuación, mayor gravedad médica de las consecuencias del acto suicida.
- Se ha propuesto un punto de corte de ≥ 4 para definir a los pacientes con elevada gravedad (Wasserman et al., 2007).

4.2.4. Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio

4.2.4.1. Escala de Desesperanza de Beck (*Hopelessness Scale, HS*) (Beck et al., 1974b)

Descripción de la escala

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza constituyen un predictor útil de posible comportamiento suicida.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes:
 - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
 - Factor motivacional (pérdida de motivación).

- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
 - La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
 - La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
 - La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total, se recomiendan los siguientes puntos de corte:
 - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
 - 0-3: ninguno o mínimo.
 - 4-8: leve.
 - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
 - 9-14: moderado.
 - 15-20: alto.

4.2.4.2. *Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL) (Linehan et al., 2001)*

Descripción de la escala

- El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse (razones para vivir).
- Consta de 48 ítems que se agrupan en siete subescalas diferentes:
 - Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44 y 45).
 - Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48).
 - Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28).
 - Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38 y 46).
 - Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43).

- Objeciones morales (4 ítems: 5, 23, 27 y 34).
- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1 = Sin ninguna importancia, 2 = De muy poca importancia, 3 = De poca importancia, 4 = De alguna importancia, 5 = De mucha importancia, 6 = De suma importancia).
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana (Oquendo et al., 2000).

Corrección e interpretación de los resultados

- Desde un punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem. No existe punto de corte propuesto; a mayor puntuación, menor probabilidad de presencia de conductas suicidas.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
 - Supervivencia y afrontamiento: 4,94
 - Responsabilidad con la familia: 4,17
 - Preocupación por los hijos: 4,02
 - Miedo al suicidio: 2,13
 - Miedo a la desaprobación social: 2,44
 - Objeciones morales: 3,22

4.2.4.3. Escala de Impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*) (Patton et al., 1995)

Descripción de la escala

- La BIS-11 es un instrumento diseñado para evaluar la impulsividad.
- Consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas de impulsividad:
 - Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
 - Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
 - Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

- Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de frecuencia de 4 grados, desde raramente o nunca, hasta siempre o casi siempre. A la hora de corregir, es necesario tener presente que algunos de los ítems están formulados en sentido inverso.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana (Oquendo et al., 2001a).

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una puntuación total (suma de las puntuaciones en las 3 subescalas) y puntuaciones en las 3 subescalas (suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems que las constituyen):
 - Excepto en los ítems formulados en sentido inverso (ver en el siguiente punto), la respuesta raramente o nunca vale 1; ocasionalmente, 2, a menudo; 3 y siempre o casi siempre, 4.
 - En los ítems formulados en sentido inverso: 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30, la puntuación es la contraria; raramente o nunca, 4 y siempre o casi siempre, 1.
- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia la puntuación total. No existe punto de corte propuesto.
- En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución. En el estudio con la versión hispana (Oquendo et al, 2001a) las puntuaciones medianas fueron:
 - Subescala cognitiva: 9,5.
 - Subescala motora: 9,5.
 - Subescala impulsividad no planificada: 14,0.
 - Puntuación total: 32,5.

4.2.4.4. *Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) (Buss y Durkee, 1957)*

Descripción de la escala

- El BDHI es un instrumento diseñado para evaluar los distintos aspectos de la hostilidad y los sentimientos de culpabilidad asociados.
- Consta de 75 ítems que se agrupan en siete subescalas de hostilidad y una subescala de culpabilidad:

- Violencia (10 ítems: 1F, 9, 17F, 25, 33, 41, 49, 57, 65 y 70).
- Hostilidad indirecta (9 ítems: 2, 10F, 18, 26, 34F, 42, 50F, 58 y 75).
- Irritabilidad (11 ítems: 4, 11, 20, 27F, 35, 44, 52, 60, 66F, 71F y 73).
- Negativismo (5 ítems: 3, 12, 19, 28 y 36).
- Resentimiento (8 ítems: 5, 13, 21F, 29, 37, 45, 53 y 61).
- Recelos (10 ítems: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 67F y 72F).
- Hostilidad verbal (13 ítems: 7, 15, 23, 31, 39F, 43, 47, 51, 55F, 59, 63F, 68 y 74F).
- Culpabilidad (9 ítems: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64 y 69).
- Los ítems son de respuesta dicotómica «Verdadero»/«Falso», estando algunos de ellos formulados en sentido inverso (marcados con una F en el listado anterior).
- Se trata de un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana (Oquendo et al., 2001b).

Corrección e interpretación de los resultados

- Proporciona una puntuación total (suma de las puntuaciones en las ocho subescalas) y puntuaciones en cada una de las ocho subescalas (suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems que las componen).
 - Excepto en los 15 ítems marcados con una «F» (1, 10, 17, 21, 27, 34, 39, 50, 55, 63, 66, 67, 71, 72 y 74) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas 0.
 - En los ítems marcados con la «F» el valor de las respuestas es a la inversa; las respuestas falsas valen 1 punto y las verdaderas 0.
- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia la puntuación total. A mayor puntuación mayor hostilidad o culpabilidad.
- Los puntos de corte propuestos por Moreno y colaboradores (1993) y confirmados en la versión hispana (Oquendo et al., 2001b) para las diferentes subescalas y para la puntuación total son los siguientes:
 - Violencia: 3.

- Hostilidad indirecta: 6.
- Irritabilidad: 6.
- Negativismo: sin punto de corte propuesto.
- Resentimiento: 2.
- Recelos: 2.
- Hostilidad verbal: 6.
- Culpabilidad: sin punto de corte propuesto.
- Puntuación total: 27.

4.2.4.5. *Historia de Agresión de Brown-Goodwin (Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression, BGLHA) (Brown-Goodwin et al., 1979)*

Descripción de la escala

- La BGLHA es un instrumento semiestructurado diseñado para evaluar la existencia de antecedentes de conductas agresivas a lo largo de la vida.
- Examina la presencia de comportamientos agresivos a lo largo de la vida (infancia, adolescencia y/o edad adulta) en 11 apartados diferentes: problemas disciplinarios en la escuela, problemas con los profesores, sentirse enfadado, problemas con figuras de autoridad en el trabajo, discusiones graves con familiares, peleas, destrozos de pertenencias propias, actos contra la ley, problemas con la policía, daños a otros con armas y autoagresiones.
- De igual modo se cuantifica la frecuencia de dichos comportamientos en una escala tipo Likert con cinco grados de frecuencia: nunca (0), raro (1), ocasional (2), frecuente (3) y muy frecuente (4).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Se obtiene una puntuación global que consiste en la suma de puntuaciones obtenida en cada uno de los apartados.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad de los comportamientos agresivos.

4.2.4.6. *Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE) (Brugha et al., 1985)*

Descripción de la escala

- La LTE es un instrumento diseñado para recoger la existencia de acontecimientos vitales estresantes ocurridos durante un período temporal determinado, si bien el recomendado por los autores es de seis meses previos.
- La escala consiste en un listado de 12 categorías de acontecimientos vitales estresantes (enfermedad o lesión grave propia o de familiar cercano; muerte de familiar o amigo cercano; separación, ruptura de relación estable; problemas graves con personas próximas; desempleo; despido laboral; crisis económica grave; problemas legales; robos o pérdida de objetos de valor) a los que se debe de responder «Sí» (1 punto) o «No» (0 puntos).
- Es un instrumento autoaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados

- Se obtiene una puntuación global que consiste en la suma de puntuaciones obtenida en cada uno de los 12 ítems.
- A mayor puntuación mayor gravedad (mayor número de acontecimientos vitales estresantes padecidos).

4.3. CONCLUSIONES

- La *suicidalidad* es un componente frecuente y problemático en cualquier trastorno mental cuyas repercusiones abarcan desde el ámbito clínico hasta el ámbito legal.
- Las próximas ediciones de los manuales de clasificación recomiendan la necesidad de evaluar de modo adecuado la presencia (o no) de riesgo autolítico.
- No existe un instrumento único de evaluación, ya que diferentes escalas evalúan diferentes aspectos y dimensiones del comportamien-

to suicida. Se recomienda utilizar aquellas que se aproximen más a las necesidades del clínico, en función de aspectos tales como las características clínicas del paciente o el lugar donde se realiza la evaluación.

- Se recomienda, siempre que sea posible, la utilización de escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas.
- Se recomienda consignar en la historia clínica los resultados de dicha evaluación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2003): *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Ayer, DW.; Jayathilake, K.; Meltzer HY (2008): "The InterSePT suicide scale for prediction of imminent suicidal behaviors", *Psychiatry Res*, 161: 87-96.
- Bech, P.; Awata, S. (2009): "Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales", en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford, Oxford University Press, pp. 305-11.
- Beck, A.T.; Schuyler, D.; Herman, I. (1974a): "Development of suicidal intent scales", en: Beck, A. T.; Resnick, H. L. P.; Lettieri, D. J. (eds.): *The prediction of suicide*, Bowie, Charles Press, pp. 45-56.
- Beck, A. T.; Weissman, A.; Lester, D. et al. (1974b): "The measurement of pessimism: The hopelessness scale", *J Consult Clin Psychol*, 42: 861-5.
- Beck, A. T.; Beck, R.; Kovacs, M. (1975): "Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality", *Am J Psychiatry*, 132: 285-7.
- Beck, A. T.; Kovacs, M.; Weissman A. (1979): "Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation", *J Consult Clin Psychol*, 47: 343-52.
- Beck, A. T.; Steer. R. A.; Kovacs M. et al. (1985): "Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation", *Am J Psychiatry*, 142: 559-63.
- Beck, A. T.; Brown. G.; Berchick. R. J. et al. (1990): "Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients", *Am J Psychiatry*, 147: 190-5.
- Bobes, J.; Bulbena, A.; Luque, A. et al. (2003): "Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica com-

- parativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión”, *Med Clin*, 120: 693-700.
- Bongar, B.; Maris, R. W.; Berman, A. L. et al. (1993): “Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part I: General clinical formulations and legal considerations”, *Suicide Life Threat Behav*, 23: 245-56.
- Brown, L. K.; Overholser, J.; Spirito, A. et al. (1991): “The correlates of planning in adolescent suicide attempts”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 95-9.
- Brown, G. L.; Goodwin, F. K.; Ballenger JC. et al. (1979): “Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites”, *Psychiatry Res*, 1: 131-9.
- Brugha, T.; Bebbington, P.; Tennant C. et al. (1985): “The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat”, *Psicol Med*, 15: 189-94.
- Buss, A. H.; Durkee, A. (1957): “An inventory for assessing different kinds of hostility”, *J Consult Psychiatry*, 21: 343-8.
- Díaz, F. J.; Baca-García, E.; Díaz-Sastre, C. et al. (2003): “Dimensions of suicide behavior according to patient’s report”, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253: 197-202.
- Ferrando, L.; Bobes, J.; Gibert, J. et al. (2000): *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en Español 5.0.0, Madrid
- García-Portilla, M.P.; Bascarán, M.T.; Sáiz, P. A. et al. (2008): *Banco de instrumentos básicos para la práctica psiquiátrica*, Barcelona, Ars Medica.
- Guy, W. (1976): *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville, National Institute Mental Health.
- Hamilton, M. (1960): “A rating scale for depression”, *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 23: 56-62.
- Lindenmayer, J. P.; Czobor, P.; Alphas, L. et al. (2003): “The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity”, *Schizophr Res*, 63: 161-70.
- Linehan, M. M.; Goodstein, J. L.; Nielsen, S. L. et al. (1983): “Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Rea-

- sons for Living Inventory”, *J Consult Clin Psychol*, 51: 276-86.
- Lobo, A.; Chamorro, L.; Luque, A. et al. (2002): “Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad”, *Med Clin*, 118: 493-9.
- Montgomery, S. A.; Asberg, M. A. (1979): “A new depression scale designed to be sensitive to change”, *Br J Psychiatry*, 134: 382-9.
- Moreno, J. K.; Fuhriman, A.; Selby, M. J. (1993): “Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and nondepressed subjects”, *J Pers Assessm* 61: 511-23.
- Oquendo, M. A.; Graver, R.; Baca-García, E. et al. (2000): “Spanish adaptation of the Reason for Living Inventory (RFL)”, *Hispanic J Behav Sci*, 22: 369-80.
- Oquendo, M. A.; Baca-García, E.; Graver R. et al. (2001a): “Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS)”, *Eur J Psychiatry*, 15: 147-155.
- Oquendo, M. A.; Graver, R.; Baca-García, E. et al. (2001b): “Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI)”, *Eur J Psychiatry*, 15: 101-12.
- Organización Mundial de la Salud, (1996): *CIE-10-AP. Décima revision de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria*, Madrid, Meditor, pp. 89-90.
- Patterson, W. M.; Dohn, H. H.; Bird J.; Patterson, G. A. (1983): “Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale”, *Psychosomatics*, 24: 343-5.
- Patton, J. H.; Stanford, M. S.; Barratt, E. S. (1995): “Factor structure of the Barrat impulsiveness scale”, *J Clin Psychol*, 51: 768-74.
- Paykel, E. S.; Myers, J. K.; Lindenthal, J. J. et al. (1974): “Suicidal feelings in the general population: a prevalence study”, *Br J Psychiatry*, 124: 460-9.
- Plutchik, R.; van Praag, H. M.; Conte, H. R. et al. (1989): “Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure”, *Compr Psychiatry*, 30: 296-302.

- Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C. et al. (2007): *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, New York, Columbia University.
- Rubio, G.; Montero, I.; Jáuregui, J. et al. (1998): “Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española”, *Arch Neurol*, 61: 143-52.
- Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Harnett-Sheehan, K. et al. (1997): “Reliability and validity of the MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): according to the SCID-P”, *Eur Psychiatry*, 12: 232-41.
- Wasserman, D.; Geijer, T.; Sokolowski, M. et al. (2007): “Association of the serotonin transporter promotor polymorphism with suicide attempters with a high medical damage”, *Eur Neuropsychopharmacol*, 17: 230-3.

Intervención preventivo-educativa en
profesionales de la salud

Pilar Alejandra Sáiz Martínez

M^a Paz García-Portilla González

Julio Bobes García
Área Psiquiatría, Universidad de Oviedo
CIBERSAM

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial. La política en Salud Mental Europea se ha basado, en los últimos años, en dos documentos claves: *The Mental Health Declaration* (WHO, 2005) y el *European Commission Green Paper* (2005). Estos documentos han constituido la base para el desarrollo del *European Mental Health Pact* (European Commission, 2008) que establece cinco áreas de actuación prioritaria, entre las que se incluye la prevención de la depresión y del suicidio. En este sentido, el pacto estimula las siguientes acciones:

- Mejorar la formación de los profesionales de la salud y de los responsables sociales en salud mental.
- Restringir el acceso a potenciales métodos suicidas.
- Poner en marcha medidas que incrementen la concienciación sobre salud mental en la población general, en profesionales de la salud y en otros sectores relevantes.
- Poner en marcha medidas para reducir los factores de riesgo suicida como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés.
- Facilitar la ayuda adecuada para las personas que realizan una tentativa suicida y para aquellas afectadas por el suicidio.

De igual modo, en España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su Línea Estratégica 1 (promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental), incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

A pesar de que el suicidio se ha convertido en uno de los focos prioritarios de la política sanitaria de la Unión Europea y del Sistema Nacional de Salud, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual, muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar (Saiz et al., 2004).

No obstante, existen cada vez más evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, en particular, la restricción de acceso a métodos suicidas (WHO, 2006), la formación de los profesionales de salud mental (Ramberg y Wasserman, 2003), la formación de los profesionales de asistencia primaria y la puesta en marcha de dispositivos de seguimiento para las personas que realizan tentativas suicidas (Mann et al., 2005).

5.1. MODELOS DE PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida es un ejemplo de comportamiento determinado por una etiología multifactorial, en la que intervienen factores de tipo biológico, socio-ambiental y psicológico, de modo que cada uno de ellos tiene su propio peso específico y, posiblemente, ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar, por sí solo, tales comportamientos.

Teniendo en cuenta lo expuesto previamente cabe señalar que existen diversos modelos conceptuales de prevención del comportamiento suicida (Silverman, 2004), de los cuales vamos a describir brevemente dos de los más aceptados y utilizados: el modelo de pre-

vención primario, secundario, terciario y el modelo de prevención universal, selectivo, indicado (Wasserman y Durkee, 2009).

5.1.1. Modelo de prevención primario, secundario, terciario

La *prevención primaria* se centra en la profilaxis del inicio de la enfermedad y va dirigida a poblaciones, no a individuos concretos. Los ejemplos más claros de intervenciones utilizadas en el modelo de la prevención primaria del comportamiento suicida son:

- Programas educativos y de concienciación, que pueden dirigirse bien a la población en general, bien a grupos específicos dentro de la comunidad (escuelas, lugares de trabajo, prisiones, etc.).
- Programas de entrenamiento en habilidades, centrados específicamente en el desarrollo de habilidades para resolver problemas, habilidades de afrontamiento, incremento de autoestima y autoeficacia que suelen dirigirse a colectivos concretos de población general (por ejemplo, escuelas).
- Restricción de acceso a métodos letales que puedan incrementar la muerte por suicidio —armas de fuego, pesticidas, lugares peligrosos (puentes, viaductos, edificios, etc.)—.
- Otros ejemplos de prevención primaria son:
 - Intervención sobre los medios de comunicación para asegurar una política de información responsable por su parte en lo referente a las noticias relacionadas con los comportamientos suicidas.
 - Grupos de apoyo ocupacional dirigidos a colectivos con elevado riesgo suicida como los de médicos, farmacéuticos, policías, granjeros, etc.

La *prevención secundaria* tiene como objetivo final la reducción de un problema a través de su detección precoz y tratamiento adecuado. Ejemplos de este tipo de estrategias serían:

- Técnicas de despistaje dirigidas a identificar individuos de riesgo en la población general. Este tipo de estrategia es de especial interés a la hora de detectar adolescentes con riesgo de realizar comportamientos suicidas.

- Programas educativos dirigidos a *facilitadores (gatekeepers)*. Este tipo de estrategias puede dirigirse a la comunidad en general o a grupos específicos (escuelas, lugares de trabajo, prisiones...). Su objetivo es mejorar el nivel de conocimiento del *facilitador* para conseguir el reconocimiento de la persona de riesgo, y la posibilidad de su derivación lo más temprana posible a un entorno en el que pueda recibir un tratamiento adecuado por parte de un profesional de la salud.
- Programas educativos dirigidos a profesionales de atención primaria y especializada para mejorar su nivel de conocimiento en aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y de la persona con riesgo de suicidio.

La *prevención terciaria* tiene como objetivo la reducción de la incidencia de recaídas y la prevención del deterioro subsecuente, en aquellas personas que hayan padecido una enfermedad o un trastorno a través de la puesta en marcha de estrategias de rehabilitación adecuadas. En este tipo de prevención, la población diana estaría formada por personas en las que se constata ideación suicida o que han realizado tentativas suicidas previas (Andersson y Jenkins, 2006). Si bien, la prevención terciaria también se ha descrito como una estrategia que puede ser de utilidad en las personas que han padecido la pérdida por suicidio de un ser querido (De Leo y Meneghel, 2001).

Este tipo de aproximación requiere un enfoque multidisciplinar y que incluya un fácil acceso a los servicios de salud mental comunitarios, una continuidad de cuidados y rehabilitación del paciente, y la participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

5.1.2. Modelo de prevención universal, selectivo, indicado

Este modelo ha sido propuesto en el año 1994 por el Instituto de Medicina de Washington (Mrazek y Haggerty, 1994) y se basa en la clasificación propuesta por Gordon (1983) en la década previa que, a su vez, se basa en los comportamientos de salud y comportamientos de riesgo en poblaciones diana.

La *estrategia universal* tiene como objetivos principales la disminución de los factores de riesgo de comportamiento suicida y el

incremento de los factores protectores. Este tipo de estrategias ha de implementarse para la población en general, no de manera individual (Kimoqueo, 2006); sus actividades están dirigidas a toda la comunidad y los programas llegan hasta individuos asintomáticos de bajo riesgo. Un posible ejemplo de estrategia universal para la prevención del comportamiento suicida sería la limitación de acceso a sustancias tóxicas que podrían ser potencialmente usadas como método suicida (Bertolote, 2004).

La *estrategia selectiva* iría dirigida a subgrupos con riesgo (biológico o psico-social) elevado de comportamiento suicida, aunque fueran clínicamente asintomáticos (Kimoqueo, 2006). Se trataría de subgrupos que por sus características (aislamiento, acontecimientos vitales negativos, historia familiar de suicidio, etc) tendrían un mayor riesgo de comportamiento suicida que el de la población general. Ejemplos de este tipo de intervención serían:

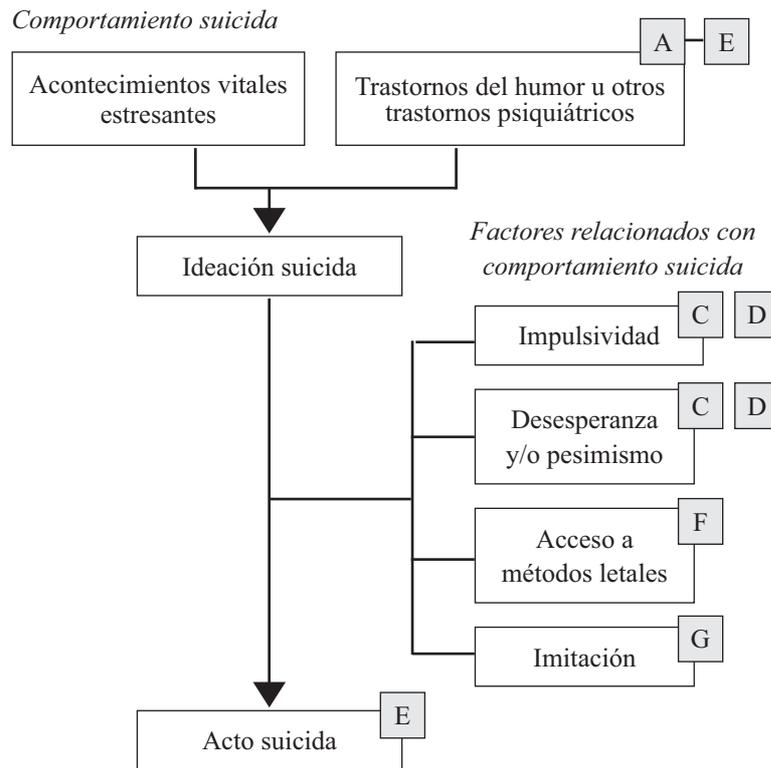
- Tratamiento de los pacientes con trastornos mentales o del comportamiento, o asistencia psicológica a personas en situación de crisis o con enfermedad física muy discapacitante (Bertolote, 2004).
- Programas de intervención para niños cuyos padres padecen depresión mayor o para víctimas de maltrato físico o sexual (Yip, 2005).

La *estrategia indicada* iría dirigida a personas (no a colectivos) que presentan signos/síntomas evidentes de un trastorno o condición que, a su vez, es un factor de riesgo conocido de comportamiento suicida (Kimoqueo, 2006). Ejemplos de este tipo de intervención serían:

- Tratamiento y adecuado seguimiento de pacientes con depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o seguimiento psico-social intensivo de pacientes con tentativas suicidas previas (Bertolote, 2004).

A modo de resumen, en la figura 5.1 se enumeran algunos de los factores más importantes directamente implicados en el comportamiento suicida y se especifica donde deberían focalizarse estrategias de prevención específicas.

Figura 5.1. Dianas de las estrategias de prevención del comportamiento suicida



INTERVENCIONES PREVENTIVAS

A. Programas educativos y de concienciación.

- Médicos generalistas.
- Población general.
- Comunidad / *Gatekeepers* (facilitadores).

B. Despistaje de individuos de alto riesgo.

Aproximaciones terapéuticas.

- C. Farmacoterapia.
- D. Psicoterapia.
- E. Seguimiento tras realización tentativa.

F. Restricción de acceso a métodos letales.

G. Guías de buena praxis (*mass media*)

Modificado de Mann et al., 2005

5.2. PROGRAMAS EDUCATIVOS DIRIGIDOS A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Aproximadamente un 90% de las personas que se suicidan cumplen criterios diagnósticos de un trastorno mental (Lönnqvist, 2009). Los trastornos del humor, más concretamente la depresión mayor y el trastorno bipolar se asocian con aproximadamente un 60% de los suicidios (Bertolote et al., 2003).

En nuestro sistema sanitario, el profesional de asistencia primaria ocupa un lugar clave como puerta de entrada a los cuidados de salud. Aproximadamente un 83% de las personas que cometen suicidio habían contactado durante el año previo con su médico generalista y cerca del 66% lo habían hecho en el mes previo al suicidio (Luoma et al., 2002). No obstante, tanto la depresión como otros trastornos psiquiátricos son frecuentemente infradiagnosticados e infratratados a nivel de asistencia primaria (Hirschfeld et al., 1997). Por tanto, un mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión, y una adecuada evaluación del riesgo de suicidio por parte de la asistencia primaria, son factores claves y que han demostrado eficacia a la hora de reducir el riesgo de suicidio (Mann et al., 2005).

Otro aspecto importante a tener presente es que, cuando los esfuerzos preventivos se inician entre la población general por medio de campañas informativas y de concienciación, existe la posibilidad de un incremento importante de las personas que toman conciencia de su necesidad de buscar ayuda. Si a la vez no se implementa que el paciente pueda recibir los cuidados necesarios por parte de los profesionales de la salud (entre ellos los profesionales de asistencia primaria), puede producirse el efecto contrario al buscado (incremento del riesgo de comportamientos suicidas), ya que su disminución no sólo depende de la actitud de búsqueda de ayuda por parte de las personas afectadas, sino que es fundamental que el personal implicado tenga una adecuada capacidad para reconocer las necesidades del paciente suicida y prestar los cuidados necesarios (Wasserman, 2001).

Varios países europeos han puesto en marcha programas educativos dirigidos a profesionales de asistencia primaria que se resumen a continuación.

5.2.1. Estudio Gotland (Suecia) (Rutz et al., 1989; Rutz et al., 1992; Rutz et al., 1995)

Objetivo general y ámbito de aplicación: Determinar la efectividad de un programa de formación para mejorar capacidad diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión dirigido a médicos generalistas con práctica profesional en la isla de Gotland (Suecia). (Población en el momento de aplicación del programa: 60.000 habitantes).

Años de aplicación: 1983-1984.

Región control: No existe otra región control. Los datos obtenidos tras la aplicación del programa se compararon con datos previos de la misma región donde se aplicó.

Formato de impartición del programa: Programa educativo estructurado desarrollado a lo largo de dos seminarios (con periodicidad anual) de dos días de duración cada uno.

Participantes: Fueron invitados a participar en el programa los 18 médicos generalistas que desempeñaban su profesión en la isla de Gotland en el momento de implementación del mismo. Diez completaron los dos cursos y ocho sólo uno de ellos.

Resultados del programa (evaluación interna):

- Evaluación a corto plazo (evaluación en 1985 vs evaluación basal -1982).
 - Descenso (70%) del número de días de hospitalización por depresión.
 - Descenso (50%) del número de días de baja por depresión.
 - Incremento (42%) de la prescripción de antidepresivos (expresado como porcentaje de las prescripciones de antidepresivos en Suecia).
 - Descenso medio (11%) de la prescripción de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos (expresado como porcentaje de las prescripciones de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos en Suecia).
 - Descenso (64%) de la tasa de suicidios, básicamente a expensas de la disminución de la tasa de suicidio en mujeres y de los suicidios relacionados con trastorno depresivo (prácticamente no se detectaron cambios en la tasa de suicidios en varones).

- Evaluación a largo plazo (evaluación en 1988 vs evaluación basal -1982):
 - Descenso (27%) del número de días de hospitalización por depresión.
 - Incremento (55%) de la prescripción de antidepresivos (expresado como porcentaje de las prescripciones de antidepresivos en Suecia). Tendencia estabilización de prescripciones desde 1985.
 - Descenso (12%) de la prescripción de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos (expresado como porcentaje de las prescripciones de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos en Suecia). Tendencia estabilización de prescripciones desde 1985.
 - Descenso (18%) de la tasa de suicidios. Incremento (126%) respecto a la evaluación realizada en 1985 (tendencia a que las tasas de suicidio se situen al mismo nivel que las detectadas en la evaluación basal).

Evaluación externa: No existe.

Conclusiones tras aplicación y seguimiento del programa:

- Necesidad de implementación de programas educativos («cursos de recuerdo») cada dos años.
- Valor específico (relacionado con la patología a la que dirigida) de los programas educativos.
- Necesidad de herramientas específicas para la ayuda de detección de riesgo de suicidio en varones.

5.2.2. Estudio Jämtland (Suecia). (Henriksson e Isacson, 2006)

Objetivo general y ámbito de aplicación: Determinar la efectividad de un programa de formación para mejorar capacidad diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión dirigido a médicos generalistas con práctica profesional en la región de la isla de Jämtland (Suecia), utilizando una metodología similar a la del estudio Gotland. (Población en el momento de aplicación del programa 135.854 habitantes).

Años de aplicación: 1995-2002.

Región control: No existe otra región control. Los datos obtenidos tras la aplicación del programa se compararon con datos

previos de la misma región donde se implementó y con datos nacionales.

Formato de impartición del programa: Programa educativo estructurado desarrollado a lo largo de dos seminarios (con una periodicidad anual), de dos días de duración cada uno.

Participantes: Fueron invitados a participar en el programa los 88 médicos generalistas (incluyendo residentes en formación) que desempeñaban su profesión en la región de Jämtland en el momento de implementación del mismo. Durante 1995-2002 un total de 85 médicos generalistas participaron en, al menos, un seminario.

Resultados del programa (evaluación interna): Comparación 1995-2002

- Descenso medio en la tasa de suicidios en Jämtland de 36% (30% para los hombres y 47% para las mujeres). Durante ese mismo período se observó en Suecia un descenso de la tasa de suicidios del 30% (29% en el caso de los hombres y 30% en el caso de las mujeres).
- Incremento de venta de antidepresivos de 161%. Durante ese mismo período en Suecia se incrementó la venta de antidepresivos en un 108%.
- La venta de antidepresivos tricíclicos descendió, en Jämtland, de un 30% a un 7% (en Suecia el descenso observado fue de un 20% a un 7%).
- El uso de hipnóticos en Jämtland se incrementó (24%) pero continuó siendo inferior a la media nacional.
- No se modificó, en Jämtland, el uso de antipsicóticos y ansiolíticos respecto al período previo al programa formativo o en relación con la media nacional sueca.

Evaluación externa: No existe.

Conclusiones tras aplicación y seguimiento del programa:

- Los programas formativos centrados en la mejora de la capacidad diagnóstica y de manejo de la depresión, dirigidos a médicos generalistas, son eficaces en la reducción de las tasas de suicidio.
- Mayor eficacia de dichos programas en mujeres que en hombres.
- Beneficios del programa educativo en la misma dirección pero menos pronunciados que en el estudio Gotland.

5.2.3. Estudio Kiskunhalas (Hungría). (Szanto et al., 2007)

Objetivo general y ámbito de aplicación: Determinar la efectividad de un programa educativo para mejorar la capacidad diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión dirigido a médicos generalistas con práctica profesional en la región de Kiskunhalas (Suroeste de Hungría). (Población en el momento de aplicación del programa, 73.000 habitantes, predominantemente rural).

Años de aplicación: 2000-2004.

Región control: Los datos obtenidos tras la aplicación del programa se compararon con los obtenidos en dos áreas control específicas: i) una región rural cercana pero no contigua (54.000 habitantes) a Kiskunhalas, ii) la provincia que incluye, entre otras, ambas regiones (540.500 habitantes) y, iii) con los datos disponibles a nivel nacional.

Formato de impartición del programa: Cinco sesiones educativas (una al año). La primera sesión se desarrolló en forma de conferencia y las otras cuatro tuvieron un formato interactivo que incluía discusiones de casos clínicos. Además, los participantes fueron, invitados a participar, tres veces al año, en conferencias de una hora cuyo tema era la prevención del comportamiento suicida.

Participantes: Fueron invitados a participar en el programa los 30 médicos generalistas que desempeñaban su profesión en la región de Kiskunhalas en el momento de implementación del mismo. Veintisiete de ellos asistieron a la sesión inaugural y 12 participaron a lo largo de todo el programa.

Resultados del programa (evaluación interna):

- Descenso de la tasa anual de suicidios en la región de Kiskunhalas respecto a tasas medias pre-intervención —la tasa media 1996-2000 era de 59,7 por 100.000 habitantes/año) mientras que la tasa media 2001-2005 fue de 49,9; hubo por tanto un descenso de la tasa de 9,8).
- Dicho descenso fue similar al de la región control, pero superior al detectado en la provincia y a nivel nacional.
- En zonas rurales de la región de Kiskunhalas se produjo un descenso del 34% de la tasa de suicidios en mujeres, mientras que en la región control se detectó un incremento del 90%.

- El incremento del número de tratamientos con antidepresivos fue superior en la región de Kiskunhalas que el detectado en la región control, en la provincia y a nivel nacional. Dicho incremento fue superior en el caso de las mujeres que en el caso de los varones.

Evaluación externa: No existe.

Conclusiones tras aplicación y seguimiento del programa:

- Los programas formativos centrados en la mejora de la capacidad diagnóstica y de manejo de la depresión, dirigidos a médicos generalistas, son eficaces en la reducción de las tasas de suicidio.
- Beneficios del programa educativo en la misma dirección pero menos pronunciados que en el estudio Gotland.
- Para la adecuada optimización de un plan de prevención de comportamiento suicida basado en programas educativos dirigidos a médicos generalistas, es necesario tener en consideración los principales factores de riesgo de suicidio del área donde se va a implementar dicho programa.

5.2.4. Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD) (Hegerl et al., 2006; Hegerl et al., 2008; Hegerl et al., 2009)

Objetivo general y ámbito de aplicación: Programa preventivo con diseño de intervención educativa en cuatro niveles diferentes (médicos generalistas, población general, *facilitadores* y grupos de alto riesgo), cuyo objetivo es la prevención del comportamiento suicida. Su ámbito de aplicación fue la ciudad de Nuremberg (población en el momento de aplicación del programa 500.000 habitantes).

Años de aplicación: 2001-2002.

Región control: La ciudad de Würzburg. (Población en el momento de aplicación del programa, 270.000 habitantes).

Niveles de implementación del programa educativo:

- Nivel 1: Programa educativo dirigido a médicos generalistas. La intervención consistió en 12 sesiones educativas, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión, dirigidas a médicos generalistas con práctica profesional en Nuremberg.

- Nivel 2: Campaña de relaciones públicas dirigida a población general.
La intervención consistió en la puesta en marcha de una campaña de concienciación dirigida a la población general que incluía pósters, folletos informativos, anuncios, conferencias, etc. De igual modo, y con el fin de evitar un posible efecto imitación, se estableció una campaña de cooperación con los medios de comunicación, a los que se facilitó una guía con 14 puntos centrados en cómo deben (y cómo no) tratar el tema del suicidio.
- Nivel 3: Intervención educativa dirigida a *facilitadores*.
Se desarrollaron 84 talleres de trabajo para entrenar en el reconocimiento de personas con posible depresión, y en cómo facilitar que dichas personas solicitasen la ayuda adecuada a grupos de profesionales (profesores, consejeros, sacerdotes, personal de enfermería geriátrica, policías, farmacéuticos, etc) que podían desempeñar un papel importante dentro de la comunidad.
- Nivel 4: Intervención en grupos de alto riesgo (pacientes y familiares).
Se facilitó una tarjeta de emergencia con un teléfono que permitía acceso continuado a ayuda profesional, todos los días del año, a todas aquellas personas que realizaban una tentativa suicida. Se pusieron en marcha nuevas iniciativas de autoayuda y se dio apoyo extra a las previamente existentes.

Resultados del programa (evaluación interna):

- Descenso medio del 21,7% del número de actos suicidas (tentativas suicidas y suicidio consumado) en la región de intervención (Nuremberg), frente a un incremento medio del 3,3% detectado en Würzburg (región control).
- El descenso de actos suicidas detectado en la región de intervención afectó de modo similar a hombres y mujeres.
- El análisis realizado en función del método empleado puso de manifiesto que la mayor reducción (-47%) estaba relacionada con cinco métodos de elevado riesgo de suicidio (precipitación desde alturas, ahorcamiento, armas de fuego, ahogamiento y atropellamiento).

Conclusiones tras aplicación y seguimiento del programa:

- Efectividad del programa de intervención en la reducción de los actos suicidas.
- Posible efecto sinérgico de intervención a múltiples niveles.

Consecuencias del programa: Desarrollo de programas con metodología similar. Primero, desde 2002, en más de 40 regiones y comunidades alemanas (*German Alliance Against Depression*) y, posteriormente, desde 2004 con participación de regiones pertenecientes a 17 países europeos (*European Alliance Against Depression*), entre los que se encuentra España por medio de la participación del Hospital Sant Pau (Barcelona).

Evaluación externa: En fase de implementación desde el 1 de octubre de 2008 dentro del marco del proyecto financiado por la Comisión Europea, *Optimizing Suicide Prevention Interventions in Europe (OSPI Europe)* (<http://www.ospi-europe.com/>).

5.3. DECÁLOGO PARA TENER PRESENTE EN LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE LA ASISTENCIA PRIMARIA.

1. Necesidad de conocer las necesidades del área dónde se va a implementar el programa (conocimiento de la magnitud del problema y principales factores de riesgo asociados al mismo).
2. Promover y mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida (tener presentes problemas de salud físicos y psíquicos).
3. Facilitar herramientas de ayuda diagnóstica que posibiliten dicha detección.
4. Mejorar la capacidad de detección (diagnóstica) y de manejo terapéutico de los trastornos del humor.
5. Posibilidad de facilitar mejora en la capacidad diagnóstica y de manejo terapéutico de otras patologías (o grupos poblacionales)

que se asocian de modo muy prevalente a la realización de comportamientos suicidas en el área de aplicación del programa (por ejemplo dependencia de alcohol, población anciana, etc.).

6. Tener presentes las diferencias de sexo a la hora de implementar los programas educativos (formación específica para el manejo del varón con riesgo suicida).
7. Fomentar la colaboración con asistencia especializada (psiquiatría) y facilitar una adecuada derivación a dicho nivel de los pacientes de riesgo.
8. Necesidad de poner en marcha «cursos de recuerdo» cada dos años.
9. Mayor efectividad de los programas educativos multi-nivel (médicos generalistas, población general, *facilitadores*, etc.).
10. Necesidad de evaluación interna y externa del programa.

REFERENCIAS

- Anderson, M; Jenkins, R. (2006): "The national suicide prevention strategy for England: the reality of a national strategy for the nursing profession", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(6): 641-50.
- Bertolote, J.M. (2004): "Suicide prevention: at what levels does it work?", *World Psychiatry*, 3(3): 147-51.
- Bertolote, J.M.; Fleischmann A, De Leo, D. et al. (2003): "Suicide and mental disorders: do we know enough?", *Br J Psychiatry*, 183: 382-3.
- De Leo, D.; Meneghel, G. (2001): "The elderly and suicide", en: Wasserman, D. (ed.): *Suicide. An unnecessary death*, Londres, Martin Dunitz, pp. 195-207.
- European Commission (2005): *Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*, Bruselas, (14.10.2005 COM: 484).
- European Commission (2008): *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU High-Level Conference "Together for Mental Health and Well-being", Bruselas (12-13 June 2008).
- Gordon R. (1983): "An operational classification of disease prevention", *Public Health Reports*, 98: 107-9.
- Hegerl, U.; Althaus, D.; Schmidtke, A. et al. (2006): "The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality", *Psychol Med*, 36: 1225-33.
- Hegerl, U.; Wittmann, M.; Arensman, E. et al. (2008): "The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality", *World J Biol Psychiatry*, 9: 51-8.
- Hehgerl, U.; Dietrich, S.; Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2009): "Education and awareness programmes for adults. Selected and multilevel approaches in suicide prevention", en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford, Oxford University Press, pp. 496-500.
- Henriksson, S.; Isacson, G. (2006): "Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care edu-

- cational programme on the treatment of depression”, *Acta Psychiatr Scand*, 114: 159-67.
- Hirschfeld, R. M.; Keller, M.B.; Panico, S. et al. (1997): “The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression”, *JAMA*, 277: 333-40.
- Kimokeo, D. (2006): *Research-based guidelines and practices for school-based suicide*. New York, Teachers College, Columbia University.
- Lönnqvist, J. (2009): “Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters”, en: Wasserman, D.; Wasserman, C, (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford, Oxford University Press, pp. 275-86.
- Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J. L. (2002): “Contact with mental health primary care providers before suicide: a review of the evidence”, *Am J Psychiatry*, 159: 909-16. Mann, J. J.; Apter, A.; Bertolote, J. et al. (2005): “Suicide prevention strategies: a systematic review”, *JAMA*, 294: 2064-74.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): *Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mrazek, P. J.; Haggerty, R. J. (1994): *Reducing risks from mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.
- Ramberg, I. L.; Wasserman, D. (2004): “Benefits of implementing an academic training of trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients”, *Arch Suicide Res*, 8: 331-43.
- Rutz, W.; Von Knorring, L.; Walinder, J. (1989): “Frequency of suicide on Gotland alter systematic postgraduate education of general practitioners”, *Acta Psychiatr Scand*, 80:151-4.
- Rutz, W.; Von Knorring, L.; Walinder, J. (1992): “Long-term effects of fan educational program for general practitioners given by the Swedish Comité for the Prevention and Treatment of Depression”, *Acta Psychiatr Scand*, 85: 83-8.
- Rutz, W.; Von Knorring, L.; Pihlgren, H. et al. (1995): “Prevention of male suicides: lessons from Gotland study”, *Lancet*, 345: 524.
- Sáiz, P. A.; García-Portilla, M. P.; Bousoño, M. et al. (2004): “Progra-

- mas para grupos de alto riesgo”, en: Bobes, J.; Sáiz, P. A.; García-Portilla, M. P. et al. (eds.): *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Medica, pp. 382-403.
- Silverman, M. M. (2004): “Preventing suicide: a call to action. Commentary”, *World Psychiatry*, 3: 152.
- Szanto, K.; Kalmar, S.; Hendin, H. et al. (2007): “A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate”, *Arch Gen Psychiatry*, 64: 914-20.
- Wasserman, D. (2001): “Strategy in suicide prevention”, en: Wasserman, D. (ed.): *Suicide. An unnecessary death*. Londres, Martin Dunitz, pp. 211-16.
- World Health Organization (2005). Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Finland, 12-15 January 2005.
- World Health Organization (2006). Safer Access to Pesticides: Community Interventions. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Yip, P. S. F. (2005): “A public health approach to suicide prevention”, *Hong Kong J Psychiatry*, 15: 29-31.
- Wasserman, D.; Durkee, T. (2009): “Strategies in suicide prevention”, en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford, Oxford University Press, pp. 381-4.

Intervenciones sobre poblaciones de riesgo

Enrique Baca García

Jefe de Servicio Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz
Associate Professor, Psychiatry Department, Columbia University,
New York, USA
Profesor Asociado, Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

La prevención del suicidio en la población general, donde el suicidio es un fenómeno raro, es muy compleja. Los esfuerzos deben centrarse en los pacientes con enfermedades mentales, puesto que el 90% de las personas que se suicidan tienen trastornos psiquiátricos diagnoscibles y tratables. Los diagnósticos más asociados a conducta suicida son: depresión, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite. A pesar de los numerosos conocimientos teóricos sobre la conducta suicida numerosos enfermos mentales son infradiagnosticados e infratratados.

Palabras claves:

Depresión, esquizofrenia, alcoholismo, continuidad de cuidados, antidepresivos, antipsicóticos, psicoterapia, intervención en crisis.

6.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA

La US National Strategy for Suicidal Prevention recomienda centrar los esfuerzos en desarrollar y promover prácticas clínicas y profesionales efectivas, siendo uno de sus objetivos el desarrollo de protocolos para la valoración del riesgo suicida en diferentes dispositivos, incluyendo los servicios de urgencias (US Public Health Service). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) auspició el programa para el estudio y prevención de los comportamientos suicidas (*Multi-site intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS*), con el objetivo principal de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la conducta suicida a través de las siguientes medidas (Hawton, 2009):

1. Concienciar a la población del problema que supone la conducta suicida.
2. Identificar variables válidas y fiables para determinar los factores de riesgo de los comportamientos suicidas, poniendo un énfasis especial en factores sociales y genéticos.
3. Describir subtipos de comportamientos suicidas.
4. Identificar variables implicadas en la demanda de asistencia posterior a los intentos de suicidio.
5. Mejorar la eficacia de los servicios sanitarios a través de la identificación de intervenciones específicas efectivas en la reducción de los intentos de suicidio.

La prevención primaria del suicidio se dirige a intervenciones sociales tempranas, antes del desarrollo de las conductas suicidas. Incluye la reducción de los factores de riesgo conocidos en la población (como depresión, alcoholismo, aislamiento social...), mejora de las estrategias de afrontamiento en niños, y la restricción del acceso a los medios de suicidio. Las intervenciones para la prevención primaria del suicidio pueden ser universales (por ejemplo, mejorando el acceso de la población general al sistema de salud), o selectivas (por ejemplo, focalizando la atención en niños de padres deprimidos o que abusan de sustancias).

Actualmente se pone más énfasis en las estrategias de prevención secundaria, como la detección temprana y tratamiento de los

individuos con riesgo suicida, dirigida a reducir el número de casos de suicidio; y en la prevención terciaria, como el tratamiento de los síntomas de enfermedad o discapacidad suicida severa (Maris, 2002).

Rihmer y colaboradores (Rihmer, 2002) han clasificado de forma jerárquica los factores de riesgo suicida en primarios, secundarios y terciarios. Los primarios (médico-psiquiátricos) son los predictores de suicidio más poderosos y su prevención sería competencia del sistema sanitario. Los factores secundarios (psicosociales) —cuya competencia recae en las autoridades políticas, maestros, psicólogos, organizaciones civiles y religiosas— tienen un valor preventivo menor, así como los factores terciarios (sociodemográficos), sin competencia definida.

1. Primarios o médico-psiquiátricos:
 - a) Trastorno psiquiátrico mayor (depresión, esquizofrenia, trastornos por uso de sustancias).
 - b) Intentos de suicidio previos.
 - c) Comunicación, directa o indirecta, del deseo de morir o de intentar suicidarse.
 - d) Suicidio de miembros de la familia.
 - e) Alteración en la regulación del sistema serotoninérgico, colesterol sérico total bajo, test de supresión con dexametasona bajo en depresión.
2. Secundarios o psicosociales:
 - a) Acontecimientos negativos durante la infancia, como divorcio o pérdida parental.
 - b) Aislamiento, vivir solo (divorcio, viudedad...).
 - c) Pérdida de trabajo, desempleo.
 - d) Acontecimientos vitales agudos severos.
 - e) Tabaquismo.
3. Terciarios (demográficos):
 - a) Sexo masculino.
 - b) Varones adolescentes y jóvenes; edad avanzada (ambos sexos).

- c) Períodos de vulnerabilidad especial (primavera, comienzo del verano, período premenstrual...).
- d) Grupos minoritarios: familiares de víctimas de suicidio, víctimas de desastres, bisexualidad, homosexualidad...

Teniendo en cuenta que el diagnóstico precoz y el correcto tratamiento de los trastornos psiquiátricos reduce de manera importante las tasas de morbilidad y mortalidad por suicidio entre pacientes deprimidos y esquizofrénicos, se pone de manifiesto el papel prioritario que los psiquiatras y otros trabajadores sanitarios desempeñan en la prevención del suicidio, debiendo centrarse en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Wasserman, 2000; Hawton, 2005; Rihmer, 1996; Rutz, 1997; Rutz, 2001; Meltzer, 2001; Goldney, 2000; Rihmer, 2001). También se ha comprobado que formar a líderes de la comunidad y ciertos profesionales (profesores, farmacéuticos, etc...) sobre la detección de personas en riesgo disminuye las tasas de suicidio (Mann, 2005).

Las estrategias de prevención del suicidio se pueden clasificar de acuerdo en qué instituciones recae la responsabilidad en la prevención del suicidio:

1. Estrategias que son competencia y responsabilidad del sistema sanitario:
 - a. Perspectiva orientada al paciente:
 - i. Eliminación del riesgo agudo de suicidio (hospitalización, sedación/ansiolisis, intervención en crisis).
 - ii. Mejoría en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales:
 1. Educación de los trabajadores sanitarios, de los pacientes y de sus familiares.
 2. Adecuado tratamiento, agudo y preventivo (farmacoterapia, psicoterapia, ambos).
 3. Seguimiento y asistencia a aquellos con alto riesgo de suicidio, particularmente en los primeros años.
 4. Servicios telefónicos de crisis.

- b. Perspectiva orientada a la población general (educación de la población a través de los medios de comunicación):
 - i. Disminuir las actitudes negativas respecto a la enfermedad mental y el suicidio.
 - ii. Educación de la población:
 - 1. Síntomas, riesgos y naturaleza tratable de los trastornos mentales.
 - 2. Factores de riesgo de suicidio y grupos de alto riesgo.
 - 3. Oferta de posibilidades de tratamiento.
- 2. Estrategias que son competencia y responsabilidad de los líderes comunitarios:
 - a. Aumentar el presupuesto destinado a servicios de salud y sociales.
 - b. Mejorar el bienestar general de la población, incluyendo el descenso del desempleo.
 - c. Políticas contra el alcohol y otras drogas más restrictivas y efectivas.
 - d. Disminuir la disponibilidad de métodos suicidas (legislación más estricta sobre tenencia de armas, etc.).
 - e. Priorizar programas que potencien factores protectores (ayudas familiares, organizaciones religiosas, grupos de autoayuda...).

Sin duda una de las acciones que resulta clave es asegurar la continuidad de cuidados. Los sistemas que garantizan que los pacientes en riesgo accedan con facilidad a recursos en situaciones de crisis y que garantizan revisiones periódicas, mejoran las tasas de suicidio e intentos de suicidio (Mann, 2005; Hawton, 2009; Hampton, 2010).

6.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Valoración de la ideación suicida

Hasta el 80% de las personas que se suicidan dan algún tipo de aviso, y dos tercios de los pacientes que consuman el suicidio han visitado a su médico en el mes previo. Por ello, el médico

Tabla 6.1. Aspectos a valorar en pacientes con conductas relacionadas con el suicidio.

Aspecto a valorar	Preguntas
Factores sociodemográficos	Hombres, tercera edad, solteros, blancos, soledad y falta de red social.
Estresantes	¿Cómo van las cosas con su familia/en el trabajo....? Salud, situación económica, laboral, legal, familiar, relación de pareja...
Depresión, ansiedad o agitación	¿Ha notado/experimentado en las dos últimas semanas....? <ul style="list-style-type: none"> • Concentración, insomnio, apetito, astenia, tristeza, anhedonia, desinterés, autoestima, inquietud. • Ansiedad, angustia, agitación, nerviosismo.
Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos de impulsividad o/y agresividad.
Abuso de alcohol (CAGE) y drogas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que alguna vez tenía que dejar de beber? • ¿Le han criticado los demás por lo que bebe? • ¿Ha tenido sentimientos de culpa por haber bebido? • ¿Ha tenido que beber por la mañana para calmar sus nervios?
Fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación aguda. • Trastornos mentales orgánicos. • Enfermedades somáticas.
Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la principal razón para vivir del paciente. • Pérdida de la capacidad de afrontamiento. • Vulnerabilidad al sufrimiento (soledad, enfermedad).
Ideación suicida	<p>¿Ha tenido pensamientos sobre la muerte o el suicidio? (pregunta de corte).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalidad del suicidio (escapar, venganza, resolver problemas). • Significado del suicidio para el paciente (renacer, reunirse). • Planes. • Medios disponibles, letalidad, violencia. • Ensayos preliminares. • Impulsividad. <p>¿Puede resistir los impulsos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voces que le inducen al suicidio.

Antecedentes personales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de autolesiones (¿en qué medida se tranquilizaba?). • Intentos previos, intencionalidad, circunstancias (¿similares al actual?). • Conducta suicida en la familia y círculo social.
Autolesión	<ul style="list-style-type: none"> • Letalidad y consecuencias médicas. • Aislamiento. • Arrepentimiento.
Competencia y colaboración	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad y competencia del paciente para participar en el tratamiento. • Capacidad para desarrollar una alianza terapéutica.

generalista puede tener un papel muy importante en la valoración de la conducta suicida (Madoz, 1999). De hecho, programas de formación en atención primaria para la detección y tratamiento de la depresión y la conducta suicida han disminuido las tasas de suicidio (Mann, 2005).

Se debe explorar la ideación suicida en aquellos pacientes con ánimo triste, en los que acuden a consulta por ideas de suicidio, y en los que tienen antecedentes de intentos de suicidio. El primer paso para la prevención del suicidio en el ámbito sanitario es pensar en la posibilidad del mismo, y conocer los factores y grupos de riesgo. Siempre que se sospeche la posibilidad de ideación suicida se debe explorar activamente.

La evaluación del riesgo suicida requiere una actitud de escucha con empatía, concediendo al paciente suficiente tiempo y atención. No es recomendable hacer comentarios sobre el daño que el suicidio puede causar a otras personas, pues pueden incrementar los sentimientos de culpa y desesperanza.

Se debe valorar la problemática personal del paciente, sus ideas sobre la vida y la muerte —incluyendo sus razones para morir—, si tiene planes futuros, lo que ha hecho hasta ahora para solucionar sus problemas y sus expectativas de ayuda. Siempre se deben tomar en serio los pensamientos y las amenazas suicidas, si bien es preciso considerar el contexto global en el que se producen y tratar de valorar el grado de determinación real de la intención suicida. Es preciso deli-

mitar si ha pensado en algún método suicida específico y cuándo tiene pensado ejecutarlo, si implica a terceras personas y si el método es accesible para él. Finalmente, hay que preguntar por posibles alternativas al suicidio y, de no haberlas, preguntar por la existencia de desesperanza, que es un indicador de alto riesgo suicida. Además, debemos informarnos sobre la existencia y calidad de soporte social, es decir, familiares, amigos u otras personas o instituciones que pudieran ser eficaces en la contención o prevención del intento (Vega, 2002).

Valoración de la tentativa de suicidio y criterios de hospitalización

Todos los pacientes atendidos en un hospital por conductas autoleativas deben ser valorados por un psiquiatra, de cara a identificar los motivos del acto así como trastornos mentales potencialmente tratables. Solo deben ser dados de alta si han sido valorados y se ha fijado un plan de atención posterior (NHS, 1998; Isacson & Rich, 2001).

La intencionalidad de la conducta suicida es muy difícil de medir, a menudo los pacientes atendidos por conducta suicida se muestran muy ambivalentes.

Al valorar una conducta suicida se deben fijar tres objetivos: conocer la comorbilidad psiquiátrica tanto aguda como crónica, las circunstancias y motivaciones de la conducta y evaluar los factores de riesgo para el suicidio a corto plazo (Isacson y Rich, 2001).

Cuando el médico valora un paciente con riesgo suicida debe tratar de estimar si el riesgo de suicidio es inminente (menos de 48 horas), a corto plazo (menos de una semana) o a largo plazo. (Hirschfeld RMA, Russell JM, 1997-1998; WHO, 2000).

Cuando se valora a un paciente en un servicio de urgencias por una conducta suicida la decisión fundamental que hay que tomar es si se le hospitaliza. En la tabla 6.2 se resumen algunos indicadores útiles para tomar esta decisión (Nicholas y Golden, 2001). Siempre hay que tener presente que es imposible predecir el riesgo individual de suicidio.

Se estima que por cada suicidio consumado se producen cinco hospitalizaciones y 22 visitas a los servicios de urgencias por tentativas de suicidio. Además, los intentos de suicidio son el factor de riesgo más importante para suicidio consumado. De este modo, la

Tabla 6.2. Indicadores para decidir la hospitalización de un paciente con conducta suicida.

Considerar hospitalización	Considerar tratamiento ambulatorio
Intentos previos de alta letalidad	Ausencia de riesgos letales
Plan detallado	Falta de plan / familia colaboradora
Acceso a medios letales	No acceso a medios letales
No comunicativo	Comunicativo
Pérdida reciente	
Aislamiento social	Buen soporte social
Desesperanza	
Historia de conductas impulsivas y de alto riesgo	
Abuso de sustancias	
Trastorno mental sin tratamiento	

valoración y tratamiento de la conducta suicida en los servicios de urgencias es un factor clave en el tratamiento de las personas que intentan suicidarse y potencialmente en la prevención del suicidio (U.S. Public Health Service, 1999).

6.3. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DEL SUICIDIO

Psicofarmacología

Dada la complejidad del fenómeno del suicidio, no existe actualmente un tratamiento específico para el mismo, siendo lo fundamental el tratamiento de la patología psiquiátrica de base. Numerosos pacientes suicidas son tratados con una combinación de psicofármacos que puede incluir antidepresivos (especialmente ISRS), benzodiazepinas, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo (Maris, 2002).

Aparte del uso de la clozapina en trastornos psicóticos (Meltzer et al., 2002), no existe todavía un tratamiento específico para la *suicidabilidad* por lo que es fundamental tratar la patología psiquiátrica de base.

El tratamiento farmacológico antidepresivo, particularmente con ISRS, se corresponde con un descenso en las tasas de suicidio (Olsson, 2003; Carlsten, 2001). El antidepresivo a elegir debe ser ante todo eficaz y seguro en sobredosis. Se suelen preferir antidepresivos de tipo sedante, pero si se elige un ISRS se puede asociar una benzodiacepina. En los últimos años es numerosa la bibliografía que se ocupa de la posible inducción de *suicidalidad* en pacientes en tratamiento con ISRS, planteándose como posibles factores responsables la desinhibición en pacientes depresivos con ideas previas de suicidio. Aursnes et al. (2005) establece un aumento de riesgo potencial de suicidio de los antidepresivos (paroxetina) en el inicio del tratamiento y propone su posible limitación de uso a los adultos. Otros trabajos insisten en la idea de la reducción de mortalidad con tratamiento antidepresivo, especialmente si se les añade litio (Brådvik y Berglund, 2005; Angst, 2005; Mann, 2005).

Si bien los antidepresivos juegan un papel muy relevante en la prevención del suicidio, no se ha podido demostrar un efecto específico de prevención de la conducta suicida, a diferencia del litio cuya eficacia incluye tanto pacientes unipolares como bipolares (Tondo, 2001; Muller, 2003). En cualquier caso, no se debe supe-ditar la eficacia del tratamiento a la seguridad del mismo (Baca-García, 2002).

En la esquizofrenia es preciso tratar de forma específica la sintomatología depresiva y evitar los efectos secundarios, especialmente la acatisia, manteniendo la eficacia antipsicótica. Los estudios con antipsicóticos atípicos no son todavía concluyentes y solo la clozapina parece tener efectos anti-suicidas (Meltzer et al., 2002). En cualquier caso, la interrupción del tratamiento antipsicótico se asocia a un incremento del riesgo de suicidio (Herings, 2003).

El alcoholismo es por sí mismo un factor de riesgo suicida, pero también por la comorbilidad frecuentemente asociada: depresión, esquizofrenia, trastorno de la personalidad y abuso de otras sustancias.

Por tanto, el tratamiento del paciente con daño deliberadamente autoinfligido y alcoholismo debe incluir el tratamiento de la tan frecuente comorbilidad, especialmente depresiva (Hawton, 2009).

Terapia electroconvulsiva

Algunos autores consideran que la terapia electroconvulsiva es el tratamiento de elección en pacientes con trastornos afectivos con riesgo suicida agudo, ya que la respuesta suele ser rápida, mientras que con antidepresivos puede requerirse de cuatro a seis semanas (Maris, 2002). Otros destacan su indicación en casos con índices de endogenidad (Isacsson, 2001). La disponibilidad de este tratamiento es uno de los factores propuestos para explicar la reducción del riesgo suicida apreciada en recientes estudios de seguimiento de trastornos afectivos (O'Leary, 2001). Una revisión en pacientes con trastornos del estado de ánimo concluye que la terapia electroconvulsiva tiene un efecto beneficioso en la reducción de la mortalidad por suicidio a corto plazo, pero no a largo plazo (Sharma, 2001). Existen evidencias a favor de la importancia que tendría en la prevención del suicidio el hecho de mantener un tratamiento antidepresivo continuado tras terapia electroconvulsiva en pacientes con depresión severa (Bradvik y Berglund, 2000).

6.4. PSICOTERAPIA DEL SUICIDIO

Existen datos prometedores sobre la eficacia de las terapias de tipo cognitivo-conductual, aunque todavía sin resultados concluyentes en la prevención de recaídas, y sin que haya quedado claro qué tratamientos son los más eficaces. Las técnicas de resolución de problemas parecen especialmente adecuadas. La terapia interpersonal psicodinámica breve puede resultar eficaz en tentativas suicidas pero se necesitan más estudios que lo demuestren (Townsend et al., 2001; Mann, 2005; Hawton, 2009).

Hawton (2009) publica una revisión de la eficacia de los tratamientos psicosociales y farmacológicos para prevenir la repetición del daño deliberadamente autoinfligido. Tienen en cuenta los siguientes tipos de intervención psicosocial: asistencia poste-

rior estándar, terapia de resolución de problemas, atención intensiva accesible tras el alta, provisión de una tarjeta de contacto de emergencia, terapia conductual dialéctica, terapia conductual hospitalaria, terapia hospitalaria orientada al *insight*, continuidad de la atención (mismo terapeuta), cambio de la atención (diferente terapeuta), admisión general versus alta, y terapia a largo plazo versus terapia a corto plazo.

Estos autores concluyen que en la actualidad faltan evidencias que permitan determinar cuáles son las más efectivas formas de tratamiento de los pacientes con daño deliberadamente autoinfligido, siendo necesarios estudios más amplios, si bien dos intervenciones ofrecen resultados prometedores:

- La terapia de resolución de problemas: una terapia cognitiva cuyo objetivo es enseñar al paciente respuestas alternativas eficaces para solucionar problemas.
- La provisión de una tarjeta de emergencia: una tarjeta de contacto con la cual el paciente tiene acceso durante las 24 horas del día a asesoramiento urgente por un psiquiatra, o al ingreso en un hospital.

Tratamiento psicoterapéutico de los supervivientes

La *posvención* o ayuda a los supervivientes se debe realizar desde las fases tempranas del duelo, para crear una relación terapéutica que permita a los supervivientes su elaboración (Clark, 2001). Un sentimiento predominante es la vergüenza, dado el estigma asociado al suicidio existente todavía en nuestra sociedad. Otro sentimiento frecuente entre los supervivientes de las víctimas de suicidio es la culpa, que puede llegar a ser muy grande e invadir su vida; se responsabilizan de lo sucedido y consideran que había algo que debían o podían haber hecho para evitar la muerte. Los supervivientes suelen experimentar también enfado y rabia. Además, especialmente en hijos de víctimas de suicidios, puede desarrollarse un miedo intenso a que su destino sea el suicidio, a heredar la tendencia a la autodestrucción. Por último, el pensamiento distorsionado es otra característica frecuente en los supervivientes, que necesitan creer que la muerte fue

accidental o natural, de manera que se crea un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima.

En base a lo anterior, el trabajo psicoterapéutico con los supervivientes puede incluir lo siguiente (Worden, 1997):

1. Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros.
2. Ayudar a corregir las negaciones y las distorsiones.
3. Explorar las fantasías de los supervivientes respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro.
4. Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera.
5. Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.

La OMS recomienda como tratamiento de elección el desarrollo de grupos de apoyo con la asistencia de otras personas que han pasado una situación similar (OMS, 2001; Constantino et al., 2001).

Intervención en crisis

La intervención en crisis es puede definirse como un proceso de influencia activa en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio, con la finalidad de aliviar el impacto inmediato de un evento estresante, y ayudar a reactivar y fortalecer las capacidades y los recursos sociales de las personas afectadas (Wainrib, 2001).

En la crisis suicida el psiquiatra debe distinguir entre cuatro tipos de paciente, independientemente de que exista o no un diagnóstico psiquiátrico subyacente:

1. Pacientes que han sobrevivido a un intento de suicidio.
2. Pacientes cuyo motivo de consulta es ideación o impulsos suicidas.
3. Pacientes que consultan por otras quejas, a veces somáticas, pero que admiten tener ideación suicida a lo largo de la entrevista.

4. Pacientes que a pesar de una conducta patológica potencialmente suicida niegan tener intenciones suicidas.

Los principios básicos de la intervención en la crisis suicida son los siguientes (Ros, 1997):

1. Identificar el problema y establecer un primer contacto con el paciente suicida.
2. Determinar el diagnóstico psiquiátrico o, al menos, realizar una aproximación sindrómica.
3. Evaluar el riesgo suicida.
4. Establecer una alianza terapéutica.
5. Elección del tratamiento y del dispositivo de seguimiento.

REFERENCIAS

- Angst, J.; Angst, F.; Gerber-Werder, R. et al. (2005): "Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up", *Arch Suicide Res*, 9(3): 279-300.
- Aursnes, I.; Tvette, I. F.; Gaasemyr, J. et al. (2005): "Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo", *BMC Medicine*, 3:14. (<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/14>).
- Baca-Garcia, E.; Diaz-Sastre, C.; Saiz-Ruiz, J. et al. (2002): "How safe are psychiatric medications after a voluntary overdose?", *European Psychiatry*, 17 (8): 466-70.
- Baca-Garcia, E.; Perez-Rodriguez, M. M.; Diaz Sastre, C. et al. (2005): "Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison", *Schizophr Res*, 75(1): 77-81.
- Barak, Y.; Olmer, A.; Aizenberg, D. (2005): "Antidepressants Reduce the Risk of Suicide among Elderly Depressed Patients", *Neuropsychopharmacology*, 31(1):178-81.
- Brådvik, L.; Berglund, M. (2005): "Suicide in severe depression related to treatment. Depressive characteristics and rate of antidepressant overdose", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255: 245-50
- Bradvik, L.; Berglund, M. (2000): "Suicidal ideation in severe depression", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 250: 139-43.
- Bradvik, L.; Berglund, M. (2000): "Treatment and suicide in severe depression: a case-control study of antidepressant therapy at last contact before suicide", *J ECT* 2000;16 (4): 399-408.
- Carlsten, A.; Waern, M.; Ekedahl, A. et al. (2001): "Antidepressant medication and suicide in Sweden", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 10(6): 525-30.
- Clark, S. (2001): "Bereavement after suicide-how far have we come and where do we go from here?", *Crisis*, 22(3): 102-8.
- Constantino, R.E.; Sekula, L. K.; Rubinstein, E. N. (2001): "Group intervention for widowed survivors of suicide", *Suicide Life Threat Behav*, 31(4): 428-41.

- Goldney, R. D. (2000): "The privilege and responsibility of suicide prevention", *Crisis 2000*, 21(1): 8-15.
- Hampton, T. (2010): "Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate", *JAMA*, 303(19): 1903-5.
- Hawton, K.; Sutton, L.; Haw, C. et al. (2005): "Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors", *Br J Psychiatry*, 187: 9-20.
- Hawton, K.; van Heeringen, K. (2009): "Suicide", *Lancet*, 373(9672): 1372-81
- Herings, R. M.; Erkens, J. A. (2003): "Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 12(5): 423-4.
- Hirschfeld, R. M.; Russell, J. M. (1997): "Assessment and treatment of suicidal patients", *N Engl J Med*, 337(13): 910-5.
- Hirschfeld, R. M. (1998): "The suicidal patient", *Hosp Pract (Minneap)*, 33(10): 119-28.
- Isacsson, G.; Rich, C. L. (2005): "Antidepressant drug use and suicide prevention", *Int Rev Psychiatry*, 17(3): 153-62.
- Isacsson, G.; Rich, C. L. (2001): "Management of patients who deliberately harm themselves", *BMJ*, 322(7280): 213-5.
- Madoz, A.; Baca, E.; Díaz, C. et al. (1999): "Attempted suicide and previous contact with health system", *Actas Esp Psiquiatr*, 27: 329-33.
- Marco, P. (2005): "The multiple outcomes bias in antidepressants research", *Medical Hypotheses*, 65(2): 395-9.
- Maris, R. W. (2002): "Suicide", *Lancet*, 360(9329): 319-26.
- Meltzer, H. Y. (2002): "Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options", *Current Psychiatry Reports 2002*, 4:279-283
- Meltzer, H. Y. (2005): "Suicide in schizophrenia, clozapine, and adoption of evidence-based medicine", *J Clin Psychiatry*, 66(4): 530-3.
- Muller, B. (2003): "How should findings on antisuicidal effects of lithium be integrated into practical treatment decisions?", *Eur Arch Psychiatry Neurosci*, 253(3): 126-31.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination UoY (1998): "Deliberate self-harm decision makers", *Effective Health Care*, 4(6).
- Nicholas, L. M.; Golden, R. N. (2001): "Managing the suicidal patient", *Clin Cornerstone*, 3(3): 47-57.

- O'Leary, D.; Paykel, E.; Todd, C. et al. (2001): "Suicide in primary affective disorders revisited: a systematic review by treatment era", *J Clin Psychiatry*, 62(10): 804-11.
- Olfson, M.; Shaffer, D.; Marcus, S. C. et al. (2003): "Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis", *BMJ*, 326(7397): 1008.
- Organización Mundial de La Salud (1992): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid.
- Organización Mundial de La Salud (1976): *El suicidio*, Ginebra.
- Rihmer, Z.; Belsö, N.; Kiss, K. (2002): "Strategies for suicide prevention", *Current Opinion in Psychiatry*, 15: 83-7.
- Rihmer, Z. (1996): "Strategies of suicide prevention: focus on health care", *J Affect Disord*, 39(2): 83-91.
- Sharma V., (2001): "The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders", *Can J Psychiatry*, 46(8): 704-9.
- Tondo, L.; Ghiani, C.; Albert, M. (2001): "Pharmacologic interventions in suicide prevention", *J Clin Psychiatry*, 62(Suppl 25): 51-5.
- Townsend, E.; Hawton, K.; Altman, D. G. et al. (2001): "The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems", *Psychol Med*, 31(6): 979-88.
- Wainrib, B. R.; Bloch, E. L. (2001): *Intervención en crisis y respuesta al trauma*, Bilbao, Editorial Desclée De Brouwer.
- Wasserman, D. (ed.) (2000): *Suicide. An unnecessary death*, London, Martin Dunitz.
- Worden, J.W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Barcelona, Editorial Paidós.
- World Health Organization (2002): *Prevención del suicidio. Protocolo del estudio SUPRE-MISS*, Doc. WHO/MSD/MBD/02.1, Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (2002): *Preventing suicide: a resource serie*, Doc. WHO/MNH/MBD/00.1 - 00.5, Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (2000): *World Health Report 1999: making a difference*, Ginebra, World Health Organization.

Protocolos preventivos
genéricos y específicos

José Luis Ayuso Mateos
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de la Princesa
Universidad Autónoma de Madrid
CIBERSAM, Madrid

7.1. MARCO GENERAL

La Comisión de Enfermedades Crónicas (1957) propuso una clasificación de las medidas preventivas en tres categorías —prevención primaria, secundaria y terciaria—, que alcanzó una creciente e importante influencia en todo el mundo y ha llegado a estar presente en la mayoría de las políticas de salud pública:

- La *prevención primaria* se centra en actuaciones previas al origen de la enfermedad, buscando reducir el número de nuevos casos de una enfermedad determinada (incidencia).
- La *prevención secundaria* centra su actuación en el momento en el que la presencia de la enfermedad puede ser identificada, pero antes de que haya causado problemas o discapacidad; se dirige, por tanto, a reducir la tasa de casos establecidos de la enfermedad en la población (prevalencia).
- La *prevención terciaria* se produce en el momento en el que ya se ha experimentado sufrimiento o discapacidad debido a la enfermedad con el objetivo de evitar un mayor deterioro o discapacidad futura.

Sin embargo, como discute detalladamente Gordon (1983), este sistema de clasificación —aunque tiene una apariencia atractiva y es fácil de comprender y aplicar— empezó a quedarse obsoleto cuando se fueron incorporando datos y conceptos de carácter no mecanicista en la investigación biomédica. En concreto, el sistema no sirve para distinguir entre intervenciones preventivas que tienen diferentes justificaciones epidemiológicas y requieren diferentes estrategias aplicadas; y su utilidad es limitada cuando se enfrenta a las enfermedades de tipo crónico, sin un origen biológico claramente identificable, que son actualmente las más habituales. Así, Gordon (1983) propuso completar esta clasificación previa con una aproximación centrada en una valoración entre riesgos y beneficios para diferentes grupos de población, que distinguía entre prevención universal, selectiva e indicada. Esta aproximación ha sido recogida para proponer un marco general de intervención preventiva específico para los trastornos mentales (Munoz et al., 1995; Mrazek & Haggerty, 1994). Concretamente, los tres tipos de prevención se definen del siguiente modo:

- *Prevención universal*: intervenciones dirigidas al público en general, o a un grupo de población que no ha sido previamente identificado mediante un análisis de los factores de riesgo.
- *Prevención selectiva*: intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de población que presentan un riesgo de desarrollar un trastorno mental significativamente superior a la media, de acuerdo a evidencias empíricas sobre factores de riesgo de tipo social, psicológico o biológico.
- *Prevención indicada*: intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo en las que se han identificado signos o síntomas reducidos, pero relevantes y detectables que anticipan el desarrollo de un trastorno mental, o marcadores biológicos o psicológicos que indican una predisposición a desarrollar una enfermedad mental, pero que actualmente no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno.

Tabla 7.1. Esquema de intervenciones para prevención del suicidio

	Biopsicosocial	Ambiental	Sociocultural
<p>UNIVERSAL Intervención destinada a todos los miembros en una determinada población.</p>	<p>Ejemplo: Incorporación de detección de depresión en atención primaria.</p>	<p>Ejemplo: Restricción del acceso a armas de fuego y municiones.</p>	<p>Ejemplo: Enseñanza de habilidades de solución de conflictos a alumnos de escuelas elementales; Programas que mejoren las relaciones paterno-filiales.</p>
<p>SELECTIVA Intervención destinada a ciertos grupos que presentan particular riesgo.</p>	<p>Ejemplo: Perfeccionamiento de detección y tratamiento de depresión en atención primaria en la tercera edad.</p>	<p>Ejemplo: Reducción del acceso a medios de autolesión en prisiones.</p>	<p>Ejemplo: Desarrollo de programas para reducir desesperanza y que provean oportunidades (incrementen factores protectores) en poblaciones de alto riesgo: desempleados, adictos, personas mayores, etc.</p>
<p>INDICADA Intervención destinada a individuos que al ser examinados tienen factores de riesgo o condiciones que los colocan en muy alto riesgo.</p>	<p>Ejemplo: Implementación de psicoterapia inmediata de los pacientes que hayan sido evaluados en urgencias por un intento de suicidio.</p>	<p>Ejemplo: Medidas para controlar acceso a medios suicidas antes de dar el alta a un paciente que ha intentado suicidarse.</p>	<p>Ejemplo: Desarrollo y promoción de medios para recibir tratamiento por trastornos mentales y por abuso de sustancias; Teléfonos de ayuda; Asociaciones de supervivientes.</p>

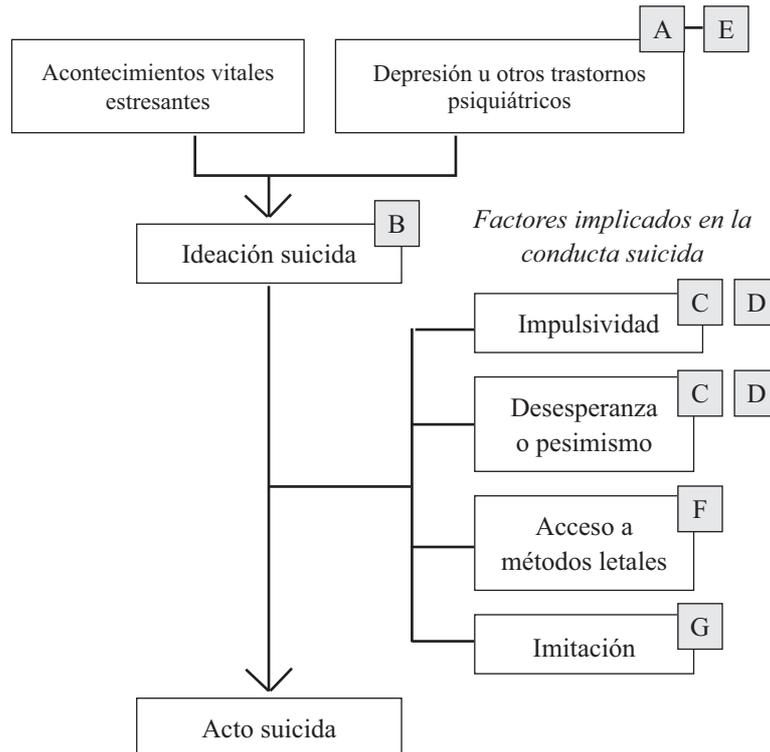
El nivel en el que debería situarse cada tipo de intervención concreta depende de los resultados empíricos obtenidos por las investigaciones y del análisis de costes/beneficios realizado para cada problema y población específicos. A su vez, estos tres tipos de prevención pueden aplicarse en tres niveles diferentes de especificidad respecto al contexto concreto de aplicación: intervenciones biopsicosociales, intervenciones ambientales, e intervenciones socioculturales (Plutchik y Van Praag, 1994). Los diferentes programas de prevención del suicidio serán agrupados en cada una de estas dos dimensiones de tres categorías, ofreciendo nueve tipos de estrategias preventivas diferentes, que se reflejan en la tabla 7.1.

En la figura 7.1 se representa un modelo que incluye los principales factores de riesgo de la conducta suicida y el tipo de intervenciones que han demostrado ser más eficaces y efectivas en cada uno de esos factores vinculados al suicidio, según la exhaustiva revisión realizada por un grupo de expertos internacionales (Mann et al., 2005). Este modelo de intervención se basa en el modelo de diátesis-estrés de la conducta suicida (Mann et al., 1999) presentado previamente. Las intervenciones específicas propuestas en el modelo para cada uno de los factores de riesgo de la conducta suicida se pueden integrar con el marco general propuesto en la tabla anterior. Es decir, estas intervenciones podrían a su vez clasificarse como universales, selectivas o indicadas dependiendo de su alcance y objetivo específico, o del momento y lugar en el que la acción preventiva vaya a tener lugar.

7.2. INICIATIVAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud inició en 1999 una iniciativa a escala mundial dirigida a reducir la mortalidad asociada al suicidio. El estudio SUPRE-MISS, comentado previamente, consiste en una evaluación detallada en 18 lugares diferentes de los factores asociados a la conducta suicida, y en la aplicación de una breve intervención psicoeducativa para los pacientes que hubieran tenido un intento de suicidio. Aunque algunos de los resultados del estudio SUPRE-

Figura 7.1. Objetivos de la prevención del suicidio (Mann et al., 2005)



TIPOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

A. Programas de atención y concienciación para médicos de atención primaria, público en general, agentes comunitarios, sociales o de organizaciones.

B. Detección de individuos con un riesgo elevado.

Tratamiento

C. Farmacoterapia: Antidepresivos, incluidos los ISRS; Antipsicóticos.

D. Psicoterapia: Programas de prevención del alcoholismo; Terapia Cognitivo Conductual.

E. Seguimiento preventivo de intentos suicidas.

F. Restricción del acceso a medios letales.

G. Información a los medios de comunicación de las pautas a seguir en los casos de suicidio.

MISS (World Health Organization, 2002a) han sido recientemente publicados (Bertolote et al., 2005), no se han informado aún los datos específicos sobre la efectividad de la intervención socioeducativa en las personas que han realizado un intento de suicidio, ni sobre la efectividad general del estudio y la política de la OMS para afectar a los diferentes agentes sociales potencialmente implicados en la reducción del suicidio.

La iniciativa de la OMS en la prevención del suicidio ha implicado también la realización y difusión de una serie de documentos que ofrecen información, recomendaciones, pautas y guías de acción específicas para diferentes agentes sociales potencialmente implicados en la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida: profesionales médicos, responsables de instituciones penitenciarias, profesores, medios de comunicación, etc. (World Health Organization, 2000a; World Health Organization, 2000b).

Las políticas de la OMS entroncan con otros esfuerzos que diferentes países han realizado en los últimos años, dentro de sus sistemas nacionales de salud, para conocer la situación del suicidio y analizar la efectividad y eficiencia de diferentes intervenciones, con el fin explícito de instaurar protocolos de actuación y políticas específicas de acción. Por ejemplo, Australia y Nueva Zelanda tienen políticas activas de prevención del suicidio, reflejadas tanto en acciones y planes nacionales desarrollados por organismos públicos, como en la existencia de redes de investigación financiadas con fondos públicos y privados, organizaciones y asociaciones dedicadas al asesoramiento, apoyo y ayuda de familiares y víctimas, varias páginas web muy completas con información detallada y de fácil acceso, etc. —New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003—. Asimismo, en Estados Unidos en 1999 se subrayó el suicidio como un problema de salud pública de primera magnitud, y en 2001 se desarrollaron las pautas generales de la National Strategy for Suicide Prevention que se han concretado en diferentes líneas de acción específica dirigidas a distintos grupos de riesgo.

Tabla 7 2: Acciones para prevención del suicidio (World Health Organization, 2002b)

País	Documentos oficiales	Aprobado por Parlamento	País	Documentos oficiales	Aprobado por Parlamento
Con acciones nacionales preventivas					
Bielorrusia			Alemania		
Bulgaria			Andorra		
Dinamarca			Austria		
Eslovenia			Azerbaiyán		
Estonia			Bélgica		
Finlandia			Croacia		
Francia			Eslovaquia		
Georgia			España		
Hungría			Grecia		
Irlanda			Holanda		
Letonia			Islandia		
Lituania			Israel		
Noruega			Italia		
Reino Unido			Kirguizistán		
República Checa			Polonia		
Rumania			Rusia		
Suecia			Suiza		
Turquia			Yugoslavia		

Tabla 7.3. Ámbitos de intervención en la prevención del suicidio en Europa en los países con planes de acción específicos. (World Health Organization, 2002b)

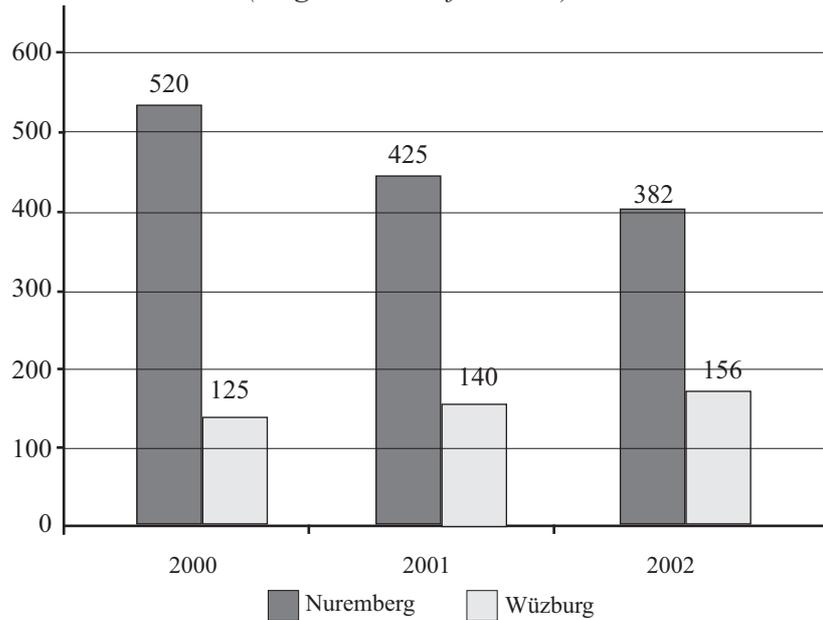
País	Educativo	Laboral	Doméstico	Militar
Bielorrusia				
Bulgaria				
Dinamarca				
Eslovenia				
Estonia				
Finlandia				
Francia				
Hungría				
Irlanda				
Letonia				
Lituania				
Noruega				
Reino Unido				
República Checa				
Rumania				
Suecia				
Turquia				

7.3. INICIATIVAS EXISTENTES A NIVEL EUROPEO

El informe sobre suicidio de la región europea de la Organización Mundial de la Salud del año 2002 refleja los países que tenían en ese momento políticas activas para la prevención del suicidio, o previsiones de desarrollarlas. Estos datos se reproducen en la tabla 7.2.

Las diferentes áreas en las que se han centrado las políticas de prevención del suicidio en los países europeos que tienen planes nacionales de acción específicos quedan reflejadas en la tabla 7.3. El ámbito escolar es en el que se han producido mayor cantidad de intervenciones.

Figura 7.2.: Tentativas de suicidio en Nuremberg y en Würzburg (Hegerl & Schafer, 2007)



En Europa, una de las acciones más interesantes respecto a la prevención del suicidio la ha desarrollado la European Alliance Against Depression (EAAD) (Hegerl y Wittenburg, 2009). En uno de los pocos estudios empíricos que se han realizado sobre la eficacia de intervenciones preventivas sobre el suicidio, se compararon dos áreas urbanas de Alemania, una de las cuales, Würzburg, se utilizó como zona de control, mientras que en la otra, Nuremberg, se llevaron a cabo una serie de políticas dirigidas a la prevención del suicidio. La efectividad del programa tras dos años de intervención queda reflejada la figura 7.2. La prueba exacta de Fisher puso de manifiesto una reducción estadísticamente significativa de las tentativas de suicidio entre los años 2000 y 2001 ($p < 0,03$) y entre el 2000 y el 2002 ($p < 0,001$) (Hegerl y Schafer, 2007). La intervención se centró en las siguientes fases: a) entrenamiento de médicos de familia; b) campaña de información

sobre la depresión a través de los medios de comunicación; c) cooperación con agentes sociales de la comunidad con un papel potencialmente relacionado con las conductas de suicidio (profesores, sacerdotes, etc.); y d) apoyo para la realización de actividades de autoayuda dirigidas a grupos de riesgo (Hegerl y Schafer, 2007).

7. 4. PROGRAMAS EXISTENTES EN ESPAÑA

Como se señaló previamente, el informe de la OMS del año 2002 refleja que España era uno de los países europeos que, en ese momento, carecía de un plan de acción a nivel nacional centrado en la prevención del suicidio. Para paliar esa carencia, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), estableció tres objetivos generales, uno de los cuales contemplaba específicamente la prevención del suicidio, concretamente el objetivo 2: «Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general», así como en el objetivo específico 2.3: «Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo». Asimismo, estableció la siguiente recomendación: «Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias, y residencias geriátricas». Además, dentro de los indicadores propuestos en la Estrategia para evaluar la eficacia de la estrategia preventiva, se incluían dos directamente relacionados con el suicidio, la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad por suicidio.

Hay que destacar, sin embargo, la aparente carencia de datos sobre las características del suicidio y la ideación suicida en España. Como consecuencia de la carencia de un plan nacional de prevención, no existe prácticamente información sobre los factores de riesgo y protectores del suicidio en diferentes ámbitos en España, y se desconoce qué intervenciones podrían ser más eficaces, efectivas o eficientes.

Una de las pocas excepciones se encuentra en Cataluña, como integrantes del trabajo de la European Alliance Against Depression descrito anteriormente. Sobre una población objetivo superior a las 100.000 personas en la zona de Dreta L'Eixample, se realizó la campaña de prevención de la depresión enfocada en cuatro ámbito, descrita previamente: campañas de publicidad, información a los médicos de familia, cooperación con agentes sociales, e intervención con grupos de riesgo. Sobre este último aspecto se ha realizado un proyecto para la prevención del suicidio consistente en cuatro fases: a) exploración y recogida de datos; b) sensibilización; c) cribado y tratamiento; y d) evaluación del programa. No se dispone aún de los resultados de este programa, pero los objetivos que se planteaban a los tres meses de inicio de la respuesta asistencial fueron:

- Mayor detección precoz del riesgo suicida, evidenciada por el aumento de consultas por ideación suicida.
- Reducción del número de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del hospital para control del riesgo suicida.
- No aumento de la demanda de asistencia por intentos de suicidio en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría (no impacto del «efecto contagio social» posible con la campaña psicoeducativa).
- Remisión del riesgo de suicidio en el 30% de los pacientes incluidos en el programa, pudiendo darles de alta a los tres meses.

Por otra parte, en Galicia está en marcha un programa asistencial y preventivo de la conducta suicida denominado Programa de Intervención Intensiva cuyas características y resultados iniciales se comentan en el anexo 1.

En otras regiones de España, Madrid incluido, hasta el momento no parece haber políticas específicas de prevención del suicidio. En el ámbito sanitario, la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SEMFYC) propone algunas pautas de actuación que no

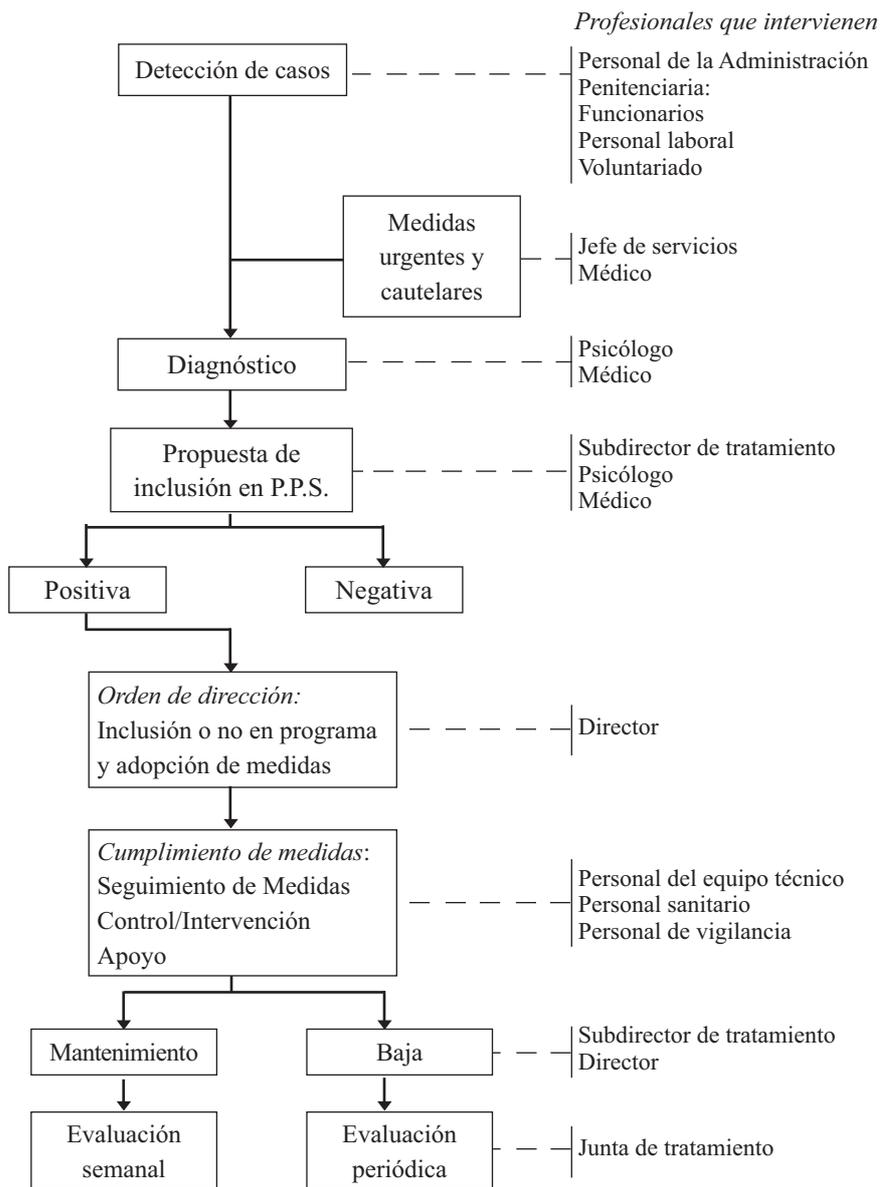
vienen acompañadas de un protocolo específico, ni se concretan en regulaciones específicas sobre los pasos a seguir.

En las instituciones penitenciarias se ha seguido tradicionalmente una política preventiva centrada en la restricción del acceso a medios dañinos o letales a personas en las que se apreciaba riesgo de autolesiones o de suicidio. El 10 de agosto de 2005 se publicó el programa marco de prevención del suicidio en instituciones penitenciarias (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2005), centrado en varios pasos que se ilustran en la figura 7.3. De momento, no hay datos disponibles sobre los resultados de este plan de acción, aunque el elevado control que permite el entorno en este contexto lleva a pensar que la efectividad, dado un plan de acción altamente especificado, debe ser adecuada. No obstante, las acciones realizadas en este marco son difícilmente generalizables al control y prevención del suicidio en la comunidad, tanto por las diferentes características de la población como las del entorno de actuación. Así, en la figura 7.3 se ilustra el algoritmo de decisión que guiaría el proceso, con intervenciones preferentemente de tipo selectivo —o indicadas y centradas sobre todo en los aspectos ambientales—, aunque el programa marco pretende dar cabida también a medidas sociales y biopsicológicas cuando sea oportuno.

7.5. EVIDENCIAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EXISTENTES

A pesar de que la historia de esfuerzos planificados para reducir el índice de suicidios en la comunidad abarca varias décadas, la disponibilidad de evidencia sobre sus resultados es aún escasa. Muchos estudios son sólo de naturaleza descriptiva, y la oportunidad de encontrar efectos significativos en los estudios controlados se ve obstaculizada por la baja incidencia de suicidios y las barreras éticas para la utilización de los ensayos clínicos aleatorios con grupo control. Según el informe compendiado sobre la prevención de los trastornos mentales (World Health Organization, 2004), las estrategias más efectivas para

*Figura 7.3. Diagrama del programa
(Dirección general de instituciones penitenciarias, 2005)*



prevenir suicidios incluyen la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que padecen depresión y la reducción del acceso a las formas de cometer suicidio. Para la prevención del suicidio entre los jóvenes, se recomienda un enfoque de componentes múltiples con base en la escuela.

Las líneas telefónicas de atención y los centros de crisis representan una de las estrategias sistemáticas más tempranas para prevenir el suicidio. Aunque los estudios durante las últimas décadas sobre resultados finales no han proporcionado evidencia convincente que indique que dichas líneas y centros tengan algún impacto en los índices de suicidio, algunos resultados sugieren un efecto positivo. Por ejemplo, en Italia se combinó una línea telefónica de ayuda para ancianos con un servicio de visitas al hogar. En un estudio cuasi-experimental durante un período de 11 años, se observó un descenso de 71% en los suicidios entre los 18.641 usuarios del servicio para ancianos en comparación con un grupo de población de iguales características (De Leo et al., 2002).

Por otra parte, la evidencia indica que la educación sobre el suicidio en los entornos escolares no ha mostrado ningún impacto sobre las conductas suicidas. Hay incluso indicaciones que apuntan a que dicha educación puede aumentar la cifra de estudiantes que consideran el suicidio como una posible solución a sus problemas. Sin embargo, la detección sistemática directa de adolescentes —utilizando factores de predicción de suicidio basados en evidencia— es considerada una estrategia de salud pública efectiva para hacer frente al suicidio entre los adolescentes. Un ejemplo positivo es un programa aplicado en un distrito escolar público en Miami, Estados Unidos — que abarcaba alrededor de 330.000 niños y adolescentes de escuela primaria, media y secundaria— que incluyó una política escolar de prevención de suicidio, capacitación y consulta de los maestros, educación a los padres, plan de estudios para el manejo del estrés y habilidades de supervivencia y el establecimiento de un grupo de crisis en cada escuela. En un estudio longitudinal de cinco años, se observó una reducción de 63% en la cifra anual de suicidios entre estudiantes

Tabla 7.4. Reducción post-intervención en la tasa total de suicidios (Mann et al., 2005)

Tipo de intervención	% reducción suicidios al año
Educación dirigida a:	
Población general	No disponible
Médicos de atención primaria	22-73%
Militares (Estados Unidos)	40%
Incremento en prescripciones de antidepresivos	3,2%
Red de atención	No disponible
Restricción de acceso a medios letales	
Armas de fuego	1,5-9,5%
Gas doméstico	19-33%
Barbitúricos	23%
Emisiones de los vehículos	No disponible
Analgésicos	No disponible
Control de información en medios de comunicación	No disponible

y una reducción de 64% en los intentos de suicidio (Zenere, III & Lazarus, 1997).

El tipo de prevención de suicidio que ha demostrado resultados más definitivos y dramáticos está relacionado con la reducción del acceso a los medios para cometer suicidio (Leenars, 2001). Las estrategias incluyen desintoxicación de gas doméstico y sistema de escape de los automóviles, medidas de seguridad en los edificios altos y puentes, control de la disponibilidad de sedantes y analgésicos y acceso restringido a los pesticidas. La OMS (2005) ha propuesto la reducción del acceso a los medios de cometer suicidio como un componente estratégico esencial de su modelo humano-ecológico para la prevención del suicidio.

La tabla 7.4 resume los resultados de la exhaustiva y sistemática revisión de la eficacia de las estrategias existentes para la prevención del suicidio, realizada por un amplio grupo de expertos mundiales en este ámbito (Mann et al., 2005). Aparte de los datos específicos sobre la efectividad de cada tipo de intervención, lo que resulta llamativo del trabajo resumido en la tabla es, por un lado, la variabilidad sobre

la efectividad en algunas estrategias (por ejemplo: un rango entre el 22% y el 73% en la educación dirigida a médicos de atención primaria) y, sobre todo, la escasez de datos existentes sobre la efectividad de la mayoría de intervenciones. Y donde los hay, son siempre limitados por el diseño del trabajo, las dificultades de generalización, y las escasas replicaciones de los datos. En general hay pocas evidencias, por lo que las intervenciones preventivas normalmente usan una estrategia de amplio espectro, al estilo de la propuesta de la EEAD descrita previamente, combinando intervenciones universales, selectivas e indicadas, y en distintos ámbitos y contextos. Además, la recomendación general sería que las intervenciones se basaran en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones.

REFERENCIAS

- Commission on Chronic Illness (1957): *Chronic illness in the United States*, Cambridge, Harvard University Press.
- De Leo, D.; Dell, B. M.; Dwyer, J. (2002): "Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy"; *Br J Psychiatry*, 181: 226-9.
- Dirección general de instituciones penitenciarias (2005): *Programa marco de prevención del suicidio en instituciones penitenciarias*, Ministerio del Interior.
- Gordon, R. S. Jr. (1983): "An operational classification of disease prevention", *Public Health Rep*, 98:107-9.
- Hegerl, U.; Schafer, R. (2007): "From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European level", *Psychiatr Prax*, 34(Suppl 3): S261-S265.
- Hegerl, U.; Wittenburg, L. (2009): "Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior", *Psychiatr Serv*, 60: 596-9.
- Hintikka, J.; Pesonen, T.; Saarinen, P. et al. (2001): "Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 590-4.
- Leenars, A. (2001): "Controlling the environment to prevent suicide" en: Wasserman, D. (ed.): *Suicide, an unnecessary death*, Londres, Martin Dunitz, pp. 259-64.
- Mann, J. J.; Apter, A.; Bertolote, J. et al. (2005): "Suicide prevention strategies: a systematic review", *JAMA*, 294: 2064-74.
- Mann, J. J.; Waternaux, C.; Haas, G. L. et al. (1999): "Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients", *Am J Psychiatry*, 156:181-189.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): *Estrategia en Salud Mental*

- del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Mrazek, P. J.; Haggerty, R. J. (1994): *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington. National Academy Press.
- Munoz, R. F.; Ying, Y. W.; Bernal, G. et al. (1995): "Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial", *Am J Community Psychol*, 23: 199-222.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health (2003): *The assessment and management of people at risk of suicide*, Wellington, New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health.
- Plutchik, R.; Van Praag, H. M. (1994): "Suicide risk: Amplifiers and attenuators" en: Hillbrand, M.; Pollone, N. J. (eds.): *The psychobiology of aggression*, Binghamton NY, Haworth Press.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005): *Suicide prevention*, World Health Organization.
- World Health Organization (2000a): *Preventing suicide. A resource for media professionals*, Ginebra, World Health Organization.
- World Health Organization (2002a): *Multisite intervention study on suicidal behaviours-SUPRE-MISS*, Ginebra.
- World Health Organization (2002b): *Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*, Copenhagen.
- World Health Organization (2004): *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*, Ginebra.
- Zenere, F. J. III; Lazarus, P. J. (1997): "The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program", *Suicide Life Threat Behav*, 27: 387-402.

ANEXO 1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA (PII)

Un programa asistencial y preventivo orientado a la conducta suicida en Ourense

El suicidio es una de las complicaciones más graves de un buen número de trastornos psiquiátricos y un problema de nuestra sociedad. La OMS estima que en el mundo en el año 2000 murieron por suicidio cerca de un millón de personas, detectándose un incremento de su prevalencia y un descenso preocupante de la edad media.

En España, con una tasa media 11,2 por 100.000 habitantes, Galicia es la segunda comunidad autónoma en suicidios consumados, superándola sólo Asturias. Por año en Galicia muere un promedio de 310 personas. Además de ser un problema grave, su gravedad se magnifica por ser ignorado, lo que impide que se busquen soluciones. Un ejemplo de este olvido es que en el 2007 en Galicia, han muerto por accidentes de tráfico 309 personas, frente a 304 por suicidio.

Hoy la idea de que el suicidio es un problema moral, no nos puede inhibir, pues tenemos datos sólidos que indican que es un problema de salud: en el 90% de los suicidios subyace un trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la principal causa.

No tenemos que olvidar que el suicidio consumado es sólo una parte del problema a abordar: la conducta suicida. Si queremos prevenir muertes por suicidio debemos de afrontar dos pasos anteriores: los intentos de suicidio (generan unas 300 urgencias anuales en el Complejo Hospitalario de Ourense) y la ideación suicida. En Galicia se producen unos 6.000 intentos de suicidio por año.

El PII pretende reducir los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Para ello este programa se conforma con intervenciones en: a) atención primaria y urgencias (formación y apoyo continuo para evaluación de riesgo de suicidio así como su manejo inicial) que permitan una detección precoz de pacientes en riesgo (pacientes con in-

tentos de suicidio o con ideas e intención de suicidio); y b) desarrollo de una intervención específica que incluya evaluación y tratamiento psicofarmacológico rápido y adecuado, seguimiento asertivo y una psicoterapia específica para pacientes con intentos de suicidio que ha demostrado de forma sólida eficacia en reducir reintentos.

El programa consta de:

- Apoyo y formación en atención primaria en la detección y valoración de pacientes en riesgo de suicidio. Básicamente se capacita para detectar pacientes con ideas de suicidio y evaluar el riesgo de suicidio en estos pacientes.
- Una intervención cerrada de seis meses de duración, inscrita dentro de las consultas de salud mental del área, con seguimiento anual de cada paciente. La frecuencia de consultas al principio se modula en función de la gravedad del caso, pudiendo ser semanal, espaciándose en función de la evolución.
- Seguimiento asertivo de los pacientes que no acuden a revisiones.
- Consultas presenciales y por teléfono.

Para su desarrollo se necesita de un psiquiatra a tiempo parcial (tres días por semana), un psicólogo clínico y un DUE con experiencia sólida en salud mental, ambos a tiempo completo. Esto supone un coste anual aproximado de 130.000 €.

El PII por su carácter piloto incorpora una evaluación exhaustiva del proceso y resultados, que permitirán mejorarlo y cuantificar su eficacia.

El PII se puso en marcha en noviembre de 2008 con 19 cursos de formación a médicos y DUE de atención primaria con la participación de 174 médicos y 91 DUE. La asistencia se inicia desde abril de 2009. Teniendo el pilotaje una duración de un año.

La ambición del proyecto alcanzaba a toda Galicia, previéndose la extensión al resto de áreas sanitarias a un coste bastante razonable por la sencillez de los recursos necesarios.

Datos de actividad a enero de 2010:

- Espera menor de 7 días: 57,4%, inferior a 15 días 100 %.
- El estándar de resultados esperado es de 25% de intentos al año de seguimiento. En nuestros pacientes fue de 3,73%.
- A finales de abril de 2010, el programa tiene 134 pacientes a su cargo y sigue recibiendo derivaciones a un ritmo que puede asumir. Es de esperar la continuidad del proyecto dados los buenos resultados obtenidos.

Por el momento los resultados, si bien son excelentes, no se pueden afirmar de forma sólida pues no todos los pacientes han completado el seguimiento a un año. Se reclutarán pacientes para la evaluación del proyecto esperando obtener conclusiones firmes en enero o febrero de 2011.

Dr. Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Ourense

Decálogo de recomendaciones preventivas y de manejo de la conducta suicida

1. Actualmente el suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales en España. El patrón demográfico del suicidio en nuestro medio se caracteriza por un mayor número de suicidios consumados en hombres y en mayores de 65 años. España ha evolucionado en los últimos veinte años de ser un país con riesgo de suicidio bajo a riesgo moderado (criterios OMS).
2. En España, el suicidio es la tercera causa de muerte en la población joven (15-30 años) tras los accidentes de tráfico y los fallecimientos relacionados con procesos oncológicos.
3. Los dos principales factores de riesgo de suicidio consumado son el intento de suicidio —más prevalente en la mujer— y la presencia de un trastorno psiquiátrico. Es necesario establecer programas de atención, evaluación y seguimiento en los pacientes que realizan un intento de suicidio. Los casos atendidos e identificados en los servicios de urgencias hospitalarios representan una oportunidad para iniciar estos programas.
4. La prevención del suicidio debe incluir una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el consumo de tóxicos y los trastornos de la personalidad, entre otros trastornos.

5. En nuestro entorno apenas se dispone de programas específicos de prevención, protocolos de intervención ni de registros acumulativos de casos, y, además, cuando existen, es infrecuente su evaluación tanto interna como externa. Es recomendable promover registros sectoriales mediante convenios con los Institutos de Medicina Legal.
6. Es necesaria una mayor profundidad y sistemática a la hora de evaluar la conducta suicida en la clínica, así como registrar en la historia la evaluación del riesgo de suicidio.
7. El clínico deberá favorecer el control, la autoestima, la capacidad de hacer frente a los problemas propios del individuo y promover una mayor participación e integración en el entorno familiar y social.
8. Las estrategias más efectivas para prevenir suicidios incluyen la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que padecen depresión y el control del acceso a las formas de cometer suicidio. La clozapina y el litio han demostrado un efecto protector sobre el suicidio en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, respectivamente. En cualquier caso, en los pacientes con trastornos mentales y riesgo de suicidio debe asegurarse una continuidad de cuidados y asistencia, así como un tratamiento correcto que incluya la verificación del cumplimiento farmacológico a dosis plenas.
9. Los programas dirigidos a médicos para mejorar su competencia en la identificación de los trastornos mentales y su manejo, así como la coordinación entre asistencia primaria y especializada han demostrado ser eficaces para disminuir las tasas de comportamientos suicidas.
10. En los últimos años los programas educativos multinivel que, además de a los médicos de asistencia primaria, están dirigidos a población general y agentes sociales (maestros, bomberos, fuerzas del orden, ...), han demostrado también ser efectivos.