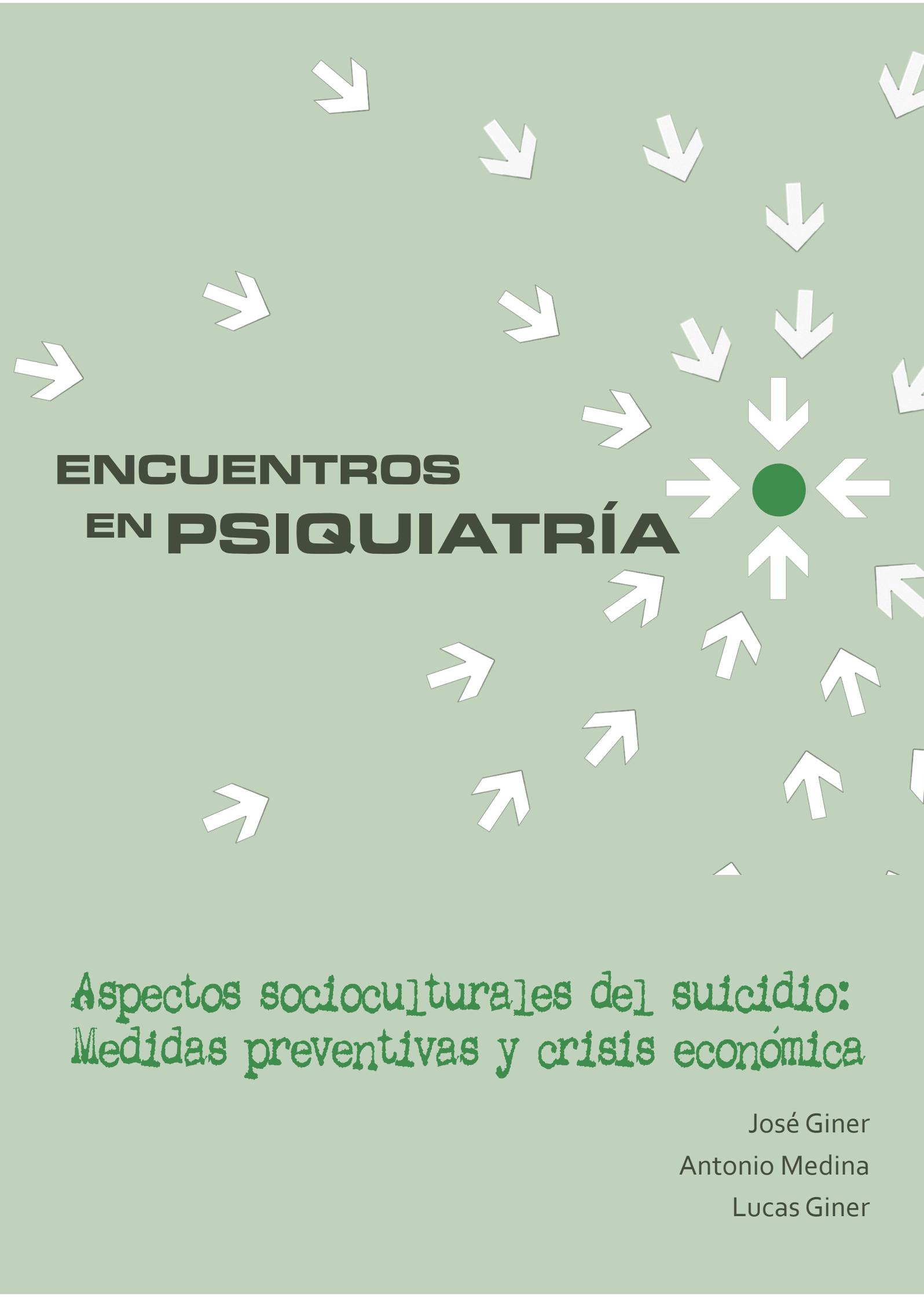


# ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Aspectos socioculturales del suicidio:  
Medidas preventivas y crisis económica

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner



# ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Aspectos socioculturales del suicidio:  
Medidas preventivas y crisis económica

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner

Título: **ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL SUICIDIO:  
MEDIDAS PREVENTIVAS Y CRISIS ECONÓMICA (Encuentros en Psiquiatría)**

© Copyright Contenidos 2014: Los autores

ISBN: 978-84-15905-20-2

Depósito Legal: M-9823-2014

Servicios Editoriales: **Enfoque Editorial S.C.**

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

"Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de ADAMED, patrocinador de la obra."

# ÍNDICE DE AUTORES

## EDITORES:

### **José Giner Ubago**

*Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Sevilla*

### **Antonio Medina León**

*Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba*

### **Lucas Giner Jiménez**

*Profesor ayudante doctor. Universidad de Sevilla*

---

### **Susana Al-Halabí Díaz**

*Dra. en Psicología. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental - CIBERSAM  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Enrique Baca García**

*Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Clínica de la Concepción. Fundación Jiménez Díaz de Madrid.  
Acreditado por la ANECA como Catedrático de Universidad de Ciencias de la Salud (Psiquiatría).  
Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.  
Adjunct Associate Professor of Psychiatry. Columbia University College of Physicians Surgeons. New York. USA*

### **M<sup>a</sup> Teresa Bascarán Fernández**

*Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Julio Bobes García**

*Área de Psiquiatría. Catedrático de Psiquiatría  
Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Manuel Bousoño García**

*Área Psiquiatría. Profesor Titular de Psiquiatría  
Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **María Dolores Braquehais Conesa**

*M.D., Ph.D. in Medicine, Philosophy Graduate.  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Patricia Burón Fernández**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Philippe Courtet**

*Universidad de Montpellier. Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier, Inserm U1061, Montpellier, Francia*

### **Leticia García Álvarez**

*Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM*

### **M<sup>a</sup> Paz García-Portilla González**

*Área de Psiquiatría. Profesor Titular de Psiquiatría (acreditada catedrática ANECA) Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Marlen Garrido Menéndez**

*Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA*

### **Lucas Giner Jiménez**

*Profesor ayudante doctor.  
Universidad de Sevilla*

# Índice de autores

## **Ana González-Pinto Arrillaga**

IP Cíberam G10. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Álava (sede Santiago). Profesora Titular (acreditada catedrática ANECA) EHU/UPV. Vitoria

## **Antoni Gual Solé**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. ICN. Hospital Clínic. Barcelona. IDIBAPS

## **Luis Jiménez Treviño**

Área Psiquiatría, Universidad de Oviedo.  
Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA

## **Rafael Lillo Roldán**

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **Juan José López-Ibor**

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina.  
Catedrático de Psiquiatría.  
Universidad Complutense de Madrid.  
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Fundación Juan José López-Ibor. Madrid

## **María-Inés López-Ibor**

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina.  
Profesor Titular de Psiquiatría.  
Universidad Complutense de Madrid.  
Fundación Juan José López-Ibor. Madrid

## **Hugo López Pelayo**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. ICN. Hospital Clínic. Barcelona

## **Antonio Medina León**

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **María José Moreno Díaz**

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **Emilie Olié**

Universidad de Montpellier. Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier, Inserm U1061, Montpellier, Francia

## **Julia Rodríguez Revuelta**

Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias - INEUROPA

## **Pilar Alejandra Saiz Martínez**

Área de Psiquiatría. Profesor Titular de Psiquiatría.  
Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM

## **Carles Soler**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. ICN. Hospital Clínic. Barcelona

## **M<sup>a</sup> Carmen Tejedor Azpeitia**

Servicio de Psiquiatría Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona  
Et odi anis esequae cusame eumet accat.  
Apiciumquia volorbibus est lacillorum harciae ius undaecullaut quo maionse qui consequenatem ex est as aut quas pa dolless ectae. To voluptum esti re re molorrovit, qui as alicit faccus et la quia dolori quatus.

# PRÓLOGO

"(...) El suicidio, sea normal o patológico, expresa una intención fundamental... es decir una pulsión, una fuerza de organización y de liberación que emana de las fuentes más primitivas del instinto, de lo que Freud llamo el instinto de muerte". El suicidio normal y patológico, Henri Ey

*Estudios Psiquiátricos (1948-1954)*

La palabra suicidio data, según H. Ey, del año 1737, año en el que el abad Despontaine lo usó por primera vez en una carta eclesiástica. Fueron los enciclopedistas los que popularizaron el término hasta hacerlo de uso común.

El vocablo suicidio (*sui coedere*) sustituyó al de asesinato de sí mismo (*mortem sibi consciscere*) que significaba para los latinos la expresión de la libertad de elección, del momento y la forma de acabar con la propia vida (*manus sibi afferre*).

En varias ocasiones hemos reseñado que gran parte de la atracción filosófica y científica que el suicidio concita, proviene del aparente sin sentido teleológico que posee el hecho de acabar por sí mismo con lo que presta presencia tangible al Ser, la existencia corpórea.

Por ello también, desde el primer momento histórico, se instauró el debate de si era posible que existiese el suicidio normal, libre de determinación patológica; es decir, un suicidio que emanase del libre albedrío del sujeto, que más que sin sentido es un contrasentido a la vida. El origen, en este caso, habríamos de buscarlo en el sujeto mismo desde su doble vertiente: el suicidio como actitud ante su insoportable existencia (no soporta existir) y por el simplemente hecho de existir (no soporta ser).

La tesis sostenida por muchos autores de que este suicidio es normal y, por lo tanto, es la regla de la abstención la que debe imperar en los colectivos sanitarios y policiales ante su comisión, viene siendo muy discutida en los últimos tiempos.

Desde nuestro punto de vista, estimamos que no existe libertad en ningún suicidio, y nos basamos en que siempre se puede encontrar o detectar elementos cognitivo-afectivos que van a determinar dicha acción o bien, en algunos casos, esos elementos sirven de espoleta para conformar una percepción falseada de la realidad en la que el sujeto está inmerso.

No entramos en la discusión de la licitud ni moral ni jurídica del suicidio, pero sí en la afirmación de que todo suicidio debe evitarse.

Coherentes con las proposiciones anteriores tienen en sus manos el tercer libro sobre suicidio que corresponde a los Encuentros en Psiquiatría que se celebraron en Sevilla en el año 2013.

En los textos que componen sus capítulos y en las conclusiones que se derivaron de la exposición de las ponencias y su discusión, podrán encontrar, en parte, sustento de nuestra postura intelectual y afectiva.

El suicidio se enmarca siempre en coordenadas culturales que no solo lo tipifican y le dan proteiformes condicionantes sino que también, en cierta manera, son los responsables de los valores que lo acompañan. El profesor López-Ibor nos ofrece una visión muy rica de este aspecto, ayudándonos a entender las variaciones geográficas y concurrentes de ello.

La sincronía de algunos factores de riesgo de suicidalidad se pueden ejemplificar en el capítulo de "*crisis económica y suicidio*" del profesor Baca García.

El aquí y ahora del riesgo suicida se explica en los capítulos de las profesoras García-Portilla, González-Pinto Arrillaga y en el de los profesores Gual y Phillip Courtet, que desde su experiencia nos marcan las pautas de actuación inmediata en las distintas patologías psiquiátricas.

Por último, y como expresión que vehicula la afirmación de que todo suicidio debe evitarse, los autores Saiz, Tejedor, Braquehais y Bobes muestran las ventajas, las dificultades y los éxitos de las medidas de prevención.

*José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner*

**Editores**

# SUMARIO

INTRODUCCIÓN	9
I. SUICIDIO Y CULTURA. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL SUICIDIO <i>J. J. López-Ibor, M. I. López-Ibor</i>	11
2. SUICIDIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES: CRISIS ECONÓMICA <i>E. Baca-García</i>	23
3. SUICIDIO Y SEXO <i>P. García-Portilla González, P. A. Saiz Martínez, M.T. Bascarán Fernández, P. Burón Fernández, Julio Bobes García</i>	31
4. RIESGO SUICIDA EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS LÍMITROFES <i>A. González-Pinto Arrillaga</i>	37
5. SUICIDIO Y ALCOHOL <i>C. Soler, H. López Pelayo, A. Gual Solé</i>	41
6. ACTUACIÓN INMEDIATA. ENTREVISTA CON EL PACIENTE SUICIDA EN URGENCIAS <i>P. Courtet, E. Olié, L. Giner Jiménez</i>	55
7. LA PERSONA CON RIESGO SUICIDA: AQUÍ Y AHORA. ENTREVISTA CLÍNICA <i>P. A. Saiz Martínez, P. Burón Fernández, S. Al-Halabí Díaz, M. Garrido Menéndez, J. Rodríguez Revuelta, L. Jiménez Treviño, L. García Álvarez, M.T. Bascarán Fernández, M. Bousoño García, M.P. García-Portilla González, J. Bobes García</i>	65
8. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y POSTVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA <i>M.C. Tejedor Azpeitia</i>	79
9. SUICIDIO EN EL MÉDICO: EXPERIENCIA DEL PROGRAMA PAIME <i>D. Braquehais Conesa</i>	83
10. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>J. Bobes García</i>	95
II. CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO <i>A. Medina León, M. J. Moreno Díaz, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez</i>	105



# INTRODUCCIÓN

Una de las conductas más perturbadoras que se puede observar en la vida cotidiana es la suicida. Aunque es un fenómeno universal, no existe consenso para responder, de forma taxativa, con un "qué" y con un "porqué" únicos al fenómeno suicida.

No puede existir conducta suicida sin una mínima ideación anterior de aquella. Aún en los suicidios más impulsivos, existe un lapso temporal mínimo en el que el sujeto "se representa" su muerte. Es por esto por lo que la ideación suicida, con sus diferentes elementos de estructuración genética, es considerada por muchos autores el mejor predictor de suicidio.

El desvelamiento completo del suicidio, por su carácter multicausal, es imposible en una recortada exposición. Los suicidios consumados y los intentos de suicidio constituyen un conglomerado poblacional con grandes dificultades metodológicas.

Hace muchos años, uno de nosotros (J. Giner, 1989) planteaba en un escrito que los dos aspectos a puntualizar en las metodologías de acercamiento al estudio del fenómeno suicida eran el procedimiento para el diagnóstico del suicidio y los estudios globales sobre las conductas suicidas.

No se puede olvidar que, cuando se habla de suicidio, estamos utilizando unas connotaciones temporales e intencionales, es decir, solo después de que una persona comunica su intención de suicidarse y hace un intento para lograr morir le aplicamos el calificativo suicida, así pues parece que la definición es *a posteriori* y meramente descriptiva.

El problema conceptual se agrava por el hecho de que si el suicidio tiene éxito no podemos saber cuál era la auténtica intención del individuo al cometerlo (matarse o llamar la atención), sobre todo, cuando el acto toma la apariencia de un accidente. Por lo tanto, tenemos que tener presente que cuando utilizamos el calificativo de suicidio o suicida, lo hacemos como una definición *a posteriori* de una conducta que no nos aporta nada sobre la conducta misma.

Por tanto, nos parece evidente que el concepto de suicidio que se tenga de los diferentes métodos utilizados normalmente por los países para llegar al dictamen de suicidio y las diferencias en la reacción de las personas encargadas, en último extremo, de determinar si aquella muerte obedece o no a un suicidio, van a tener grandes efectos sobre las tasas oficiales de suicidio.

Ahora bien, estos problemas no descartan la función de la estadística que debe de servirnos, no solo para descubrir grupos de población de alto riesgo suicida, de gran utilidad para la prevención del suicidio, sino también para proporcionarnos datos para probar hipótesis acerca de la definición y etiología del suicidio, así como para servir de soporte crítico a nuestras propias investigaciones en este campo.

Las consecuencias de una conducta suicida están implícitas en las características de dicha conducta, pero también van a intervenir otros factores totalmente independientes

al autor del acto. Por muy bien planificada que se tenga la acción suicida, el azar siempre puede intervenir en uno u otro sentido; así, la intervención de otras personas de forma casual y oportuna hacen que los resultados letales de una conducta suicida se conviertan en inofensivos; y por el contrario, la no intervención de personas allegadas con los que se contaba, hacen mortal un simple gesto o amenaza demostrativa de suicidio.

Sin embargo, aunque esto no es una verdad absoluta a nivel individual, no ocurre lo mismo a nivel de población. Cualquier estudio estadístico pone en evidencia que aquellos suicidios "consumados" en relación con los "no consumados", reciban éstos el calificativo que fuera (suicidios frustrados, intentos de suicidio, tentativas graves de suicidio), son poblaciones significativamente diferentes en relación a las variables sexo, estado civil, edad, diagnóstico psiquiátrico y medio utilizado. Esto no puede ser interpretado más que de una forma, los que se suicidan no pertenecen a la misma población, estadísticamente considerada, que aquellos que no mueren en el intento aunque, lógicamente, exista cierto solapamiento en ambas poblaciones, es decir, algunos de los que mueren no les "pertenece" estar ahí y otros, muy pocos, de los no consumados, tampoco "deberían" estar entre los vivos.

Este hecho viene avalado, igualmente, por otros datos, así los estudios catamnésicos de personas con acciones suicidas no consumadas, demuestran que, aproximadamente, el 5% mueren al reincidir en su conducta suicida, aunque siempre se les podrá criticar el tiempo de seguimiento; sin embargo, aquellos trabajos anamnésicos, que no pueden tener ese tipo de crítica, encuentran que los suicidios consumados dan una cifra del 9% de intentos no consumados de suicidios previos. Si a este hecho le añadimos que la proporción de tentativas y suicidios consumados es de 10 a 1, fácilmente podemos deducir que la franja de solapamiento de ambas poblaciones oscila dependiendo de la perspectiva y metodología utilizada entre un 5-10%. Es decir que entre el 90-95% de los suicidios consumados no tienen nada que ver con los "intentos", ni éstos con aquellos.

Esto que resulta algo evidente se olvida con facilidad. Así las investigaciones psicodinámicas, las fantasías de muerte, los intentos de "comprensión" íntima de la dinámica suicida etc., que se realizan, son mucho más fáciles de hacer en enfermos tras tentativas más o menos graves de suicidio y esto, que es totalmente válido, se empaña cuando los resultados y las conclusiones se extrapolan a los suicidas.

*José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner*

# Suicidio y cultura.

## Aspectos socioculturales del suicidio

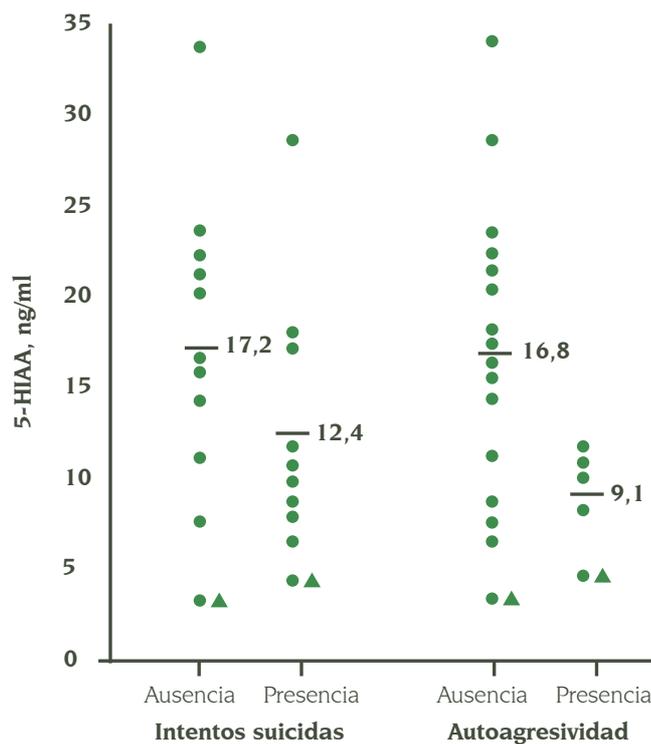
J. J. López-Ibor, M. I. López-Ibor

### NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Nuestras primeras investigaciones sobre el suicidio, hace ya más de 35 años, fueron neurobiológicas en una línea de investigación sobre el papel de determinados neurotransmisores en la patología psiquiátrica, en sus síntomas concretos y en sus manifestaciones comportamentales.

Algo que nos sorprendió desde el primer momento es que la afectación de la actividad de la serotonina y otros neurotransmisores, evaluado mediante la concentración de sus metabolitos en líquido cefalorraquídeo o tras estímulos con fármacos (**Figura 1**), era independiente de la tasa de suicidio del lugar donde se había llevado el estudio. La neurobiología del suicidio es sorprenden-

**Figura 1.** Concentraciones de 5-HIAA en LCR en una muestra de enfermos deprimidos, en relación con la presencia o ausencia de intentos de suicidio o de autoagresividad (diferencias < 0,05%)<sup>1</sup>



temente homogénea, con independencia de la incidencia del suicidio en diferentes culturas, sociedades y situaciones. La **Tabla 1** recoge datos de las investigaciones más relevantes de esa época que son comparables, con independencia de que se trate de países de baja incidencia como los EE.UU. o España (respectivamente 11 y 7,5 / 100.000) o de alta como Suecia o Hungría (respectivamente 20 y 28 / 100.000).

Sin duda que se puede recurrir a una gran variedad de argumentos para aclarar la presunta paradoja, tales como que en los estudios referidos no se distinguen bien entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado, que no alcanzan a dirimir si los hallazgos son causa o consecuencia o si están presentes factores de confusión tales como la presencia de violencia, el sexo o la alimentación. Sin embargo, una conclusión de los estudios neurobiológicos es que los factores sociales y culturales juegan un papel muy importante en el suicidio.

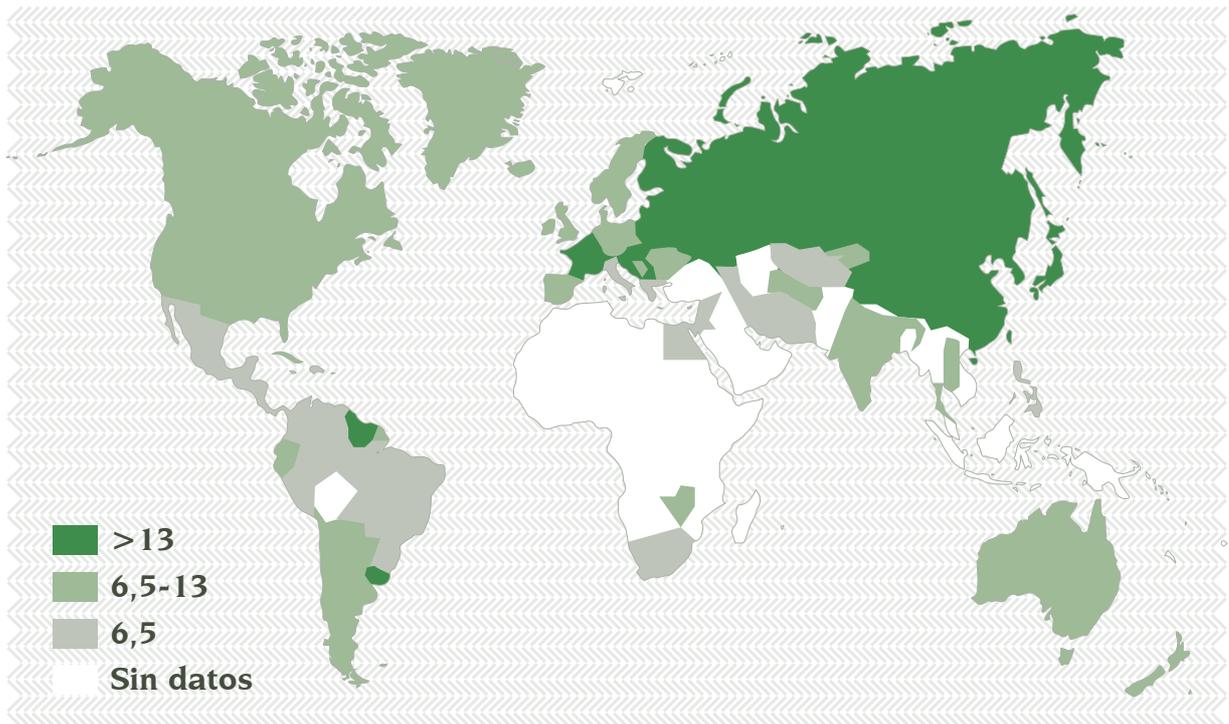
### EL SUICIDIO, UN HECHO SOCIAL

La incidencia del suicidio y los métodos empleados, así como la demanda de atención sanitaria, difieren mucho entre los países y dentro de ellos en subgrupos dentro de una población (**Figura 2**)<sup>12</sup>.

En el año 2000 alrededor de un millón de personas murieron por suicidio, lo que implica una tasa de mortalidad de 16/100.000). En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial, pero las tasas nacionales y regionales han variado considerablemente en relación con cambios socioeconómicos importantes. El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte entre las personas de 15-44 años (ambos sexos)<sup>13</sup>.

**Tabla 1.** 5-HIAA en intentos de suicidio en depresión mayor

Publicación	Año	Resultado	Ciudad	Tasa x 100.000
Åsberg <i>et al.</i> <sup>2</sup>	1976	en 40% intentos vs 15% controles	Estocolmo	19,8
Träskman <i>et al.</i> <sup>3</sup>	1981	↓5-HIAA en intentos violentos y no violentos	Estocolmo	19,4
Banki & Arató <sup>4</sup>	1983	↓5-HIAA en intentos violentos y no violentos	Budapest	27,7
Palaniappan <i>et al.</i> <sup>5</sup>	1983	↓5-HIAA en intentos	Madras	10,65
Roy-Byrne <i>et al.</i> <sup>6</sup>	1983	Sin diferencias	EE.UU.	11,0
Secunda <i>et al.</i> <sup>7,8</sup>	1986	Sin diferencias	EE.UU.	11,0
Westenberg & Verhoeven <sup>9</sup>	1988	Sin diferencias (distribución bimodal)	Utrecht	9,2
Jones <i>et al.</i> <sup>10</sup>	1990	↓5-HIAA en intentos	Nueva York	11,0
López-Ibor <i>et al.</i> <sup>11</sup>	1990	↓5-HIAA en intentos	Madrid	7,5



**Figura 2.** Tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) a nivel mundial<sup>14</sup>

### Suicidios consumados e intentos de suicidio

Desde el punto de vista médico-legal hay cuatro formas de morir:

- muerte natural
- muerte accidental
- homicidio
- suicidio

En consecuencia, habría que aceptar que en los intentos de suicidio, la muerte es accidental. Sin embargo, también hay que tener en cuenta que un intento de suicidio es el predictor más importante de una futura muerte por suicidio<sup>15</sup>, y que casi ¼ de los suicidios están precedidos en el año anterior por conductas suicidas no fatales<sup>16</sup>. Además, tras un intento de suicidio, ponen fin a su propia vida aproximadamente el 2% en los 12 meses siguientes; entre el 3,2% y el 11,6% en los 5 años siguientes; entre el 4,8% y el 12,1% en los 10 años siguientes; del 6,7% en los 18 años siguientes y entre el 10% y el 15% en el curso de toda la vida<sup>17-24</sup>.

Émile Durkheim (1858-1917) en su obra *El Suicidio* (1897)<sup>25</sup> defendió que el suicidio es un hecho social, porque sus causas son sociales más que individuales o exclusivamente psicológicas. Por eso la tasa de suicidios es diferente de unos países y de unas comunidades a otras. En las sociedades católicas (y judías) hay menos suicidios que en las protestantes (o ateas). Durkheim también describió seis tipos de suicidio:

- altruista
- por minusvaloración del individuo (ej. ancianos celtas, en el ejército)
- egoísta

- debido a vínculos sociales débiles
- anómico, en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración
- fatalista, en sociedades con reglas férreas

También según Durkheim, en las sociedades y las comunidades que requieren más cohesión y solidaridad para sobrevivir, la tasa de suicidios es menor justamente porque la responsabilidad hacia el grupo al que se pertenece es un freno a la voluntad de suicidio.

### EL SUICIDIO, UN HECHO CULTURAL

Suele aceptarse que el perfil de la persona con riesgo y comportamientos suicidas es el de un joven, soltero, desempleado, que padece un trastorno mental, con sentimientos de desesperanza, que ha experimentado recientemente un acontecimiento vital estresante. Sin embargo, esta perspectiva necesita ampliarse para reconocer la presencia de factores protectores, tales como la religiosidad y espiritualidad, el apoyo social y el papel del sexo (hay mayor riesgo de intentos de suicidio en mujeres y mayor riesgo de muerte por suicidios consumados en el varón).

#### Religión y suicidio

Ninguna de las religiones del mundo apoya un derecho a suicidarse. Las religiones que predicán la resurrección rechazan el suicidio más estrictamente que las religiones orientales que proclaman la reencarnación. La preocupación cristiana con el más allá hace que el suicidio sea inaceptable y pecaminoso<sup>26</sup>. El suicidio es visto como un fracaso de una ética de solidaridad y trascendencia. En consecuencia, la religiosidad es un factor de protección contra el suicidio<sup>27,28</sup>.

El *World Values/European Values Surveys for 2000*<sup>29</sup> señala el papel importante de los fundamentos morales de la comunidad, la integración religiosa, el compromiso religioso y las redes sociales. Así, las personas que residen en países con niveles relativamente altos de religiosidad, que están afiliados a una de las cuatro principales religiones, que están comprometidos religiosamente y que forman parte de una red religiosa, tienen una baja aceptación del suicidio. La pertenencia al Islam se asocia con una baja aceptabilidad del suicidio<sup>30</sup>. Los países islámicos tienen tasas bajas de suicidio, mientras que las tasas son altas en países budistas, en especial en las mujeres. La muerte de un niño, especialmente si es varón, aumenta el riesgo de suicidio entre las mujeres en China.

En países con un alto porcentaje de habitantes sin confesión religiosa las tasas de suicidio son elevadas en los varones. En los países católicos es un hallazgo de las encuestas la asociación entre la secularización y las tasas de suicidio. En los países con una alta proporción de habitantes religiosos: tasas bajas de suicidio<sup>31</sup>.

El hecho de pertenecer a una confesión religiosa influye en la actitud hacia el suicidio. Suele decirse que la ética samurái y la tradición budista del Japón están en el origen de una visión positiva del suicidio. Sin embargo, está claro que desde el período Edo hasta la Segunda Guerra Mundial se sostiene que el suicidio crea espíritus infelices y resentidos que perjudican a los vivos<sup>32</sup>.

En el judaísmo el valor de la vida está por encima de casi todo lo demás. El *Talmud* señala con gran firmeza que todas las personas son descendientes de una única persona. Por eso,

destruir una sola vida es como destruir un mundo entero y salvar una sola vida es como salvar un mundo entero. Por lo tanto, el suicidio es considerado como un acto criminal y una persona que comete suicidio es un homicida. Además, su alma, que no se extingue, no tiene a dónde ir. No puede regresar al cuerpo, porque el cuerpo ha sido destruido y no puede acceder a cualquiera de los mundos de las almas, porque su hora aún no ha llegado. Una persona puede cometer suicidio porque quiere huir, pero en realidad accede a una situación mucho peor ya que después de la muerte no hay soluciones, sólo consecuencias.

Hay un caso paradójico en el judaísmo que es el suicidio del Rey Saúl. Sin embargo la valoración que de él se hace gira en torno al hecho del temor del Rey a que sus enemigos recurrieran a la tortura para tratar de obligarlo a adorar a otros dioses. Por lo tanto, el suicidio está permitido en casos de intentos de conversión forzosa y se permite si la vida de los demás estuviera en peligro como consecuencia de la tortura. En definitiva, Saúl se suicidó para santificar el nombre de Dios.

### Modelo cultural del suicidio

Un gran estudio<sup>33</sup> en tres grandes grupos étnicos (afro-americanos, asiático-americanos y latinos) y minorías sexuales (LGBTQ: personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o que cuestionan su orientación sexual) puso de manifiesto cuatro factores que explican el 95% del de riesgo asociado a una cultura concreta:

- la aceptación cultural
- la forma de expresar el malestar (ej. intentos de suicidio que pueden ser una variante cultural del ataque de nervios)
- el estrés de pertenecer a una minoría
- la discordancia social<sup>34</sup>

La cultura afecta a los tipos de estrés que conducen al suicidio y los significados culturales asociados con el estrés y el suicidio afecta el desarrollo de tendencias suicidas, uno de ellos es el umbral de tolerancia al dolor psicológico. La cultura afecta a cómo se expresan las ideas, los planes y los intentos suicidas<sup>35</sup>.

### El papel de las minorías étnicas y culturales

Se ha descrito entre los aborígenes jóvenes de Australia y Nueva Zelanda una asociación positiva entre comportamientos suicidas y malestar emocional, malestar social, falta de integración cultural y problemas de comportamiento y una negativa con el grado de integración cultural<sup>36</sup>.

Olson *et al.*<sup>37</sup> han estudiado los motivos para quitarse la vida que se expresan en las notas de despedida de nativos americanos, hispanos y anglosajones en Nuevo Méjico. En ellas aparecen cinco motivos, todos ellos en relación con sentimientos:

- alienación
- fracaso
- sentirse abrumado
- deseo de superar los problemas
- deseo de una reunificación en una vida futura

La mayor diferencia entre los grupos étnicos está en la categoría de "alienación", que incluyó a más hispanos y nativos americanos que anglosajones.

La falta de diferencias generales en la motivación entre los grupos étnicos sugiere similitudes en el comportamiento suicida.

### La letra y la música de los himnos nacionales

Durante la mayor parte del siglo XX, Hungría registró la mayor tasa de suicidios en el mundo y, también, los inmigrantes húngaros en los Estados Unidos, tenían las tasas más altas de suicidio.

En Hungría es conocida la "canción de suicidio" (*Gloomy Sunday*, compuesta por el húngaro Rezso Seress en 1933, **Tabla 2**), que fue prohibida por diversas emisoras de radio ya que parecía inducir a las personas a cometer suicidio. Por otra parte, el himno nacional húngaro es muy triste y las tasas de suicidios se asocian débilmente con el carácter sombrío de la letra ( $p= 0.04$ ), el carácter triste de la letra ( $p= 0.05$ ) y la proporción de notas graves ( $p= 0.01$ )<sup>38,39</sup>. Esto ha llevado a preguntarse si tendrían que cambiarse letra y música de muchos cantos.

### Inmigración

Los chinos nacidos en los Estados Unidos y los que inmigraron antes de los 19 años tienen un mayor riesgo vital de depresión, trastornos de ansiedad o ideación suicida que los nacidos en China o que llegaron a los EE.UU. después de los 18 años<sup>40</sup>.

**Tabla 2.** Una Versión Inglesa de *Gloomy Sunday* de László Jávör

<i>Gloomy Sunday with a hundred white flowers I was waiting for you my dearest with a prayer A Sunday morning, chasing after my dreams The carriage of my sorrow returned to me without you It is since then that my Sundays have been forever sad Tears my only drink, the sorrow my bread...</i>	<i>Gloomy Sunday This last Sunday, my darling please come to me There'll be a priest, a coffin, a catafalque and a winding-sheet There'll be flowers for you, flowers and a coffin Under the blossoming trees it will be my last journey My eyes will be open, so that I could see you for a last time Don't be afraid of my eyes, I'm blessing you even in my death... The last Sunday</i>
--	---

Las mujeres jóvenes inmigrantes del sur de Asia y de Surinam, Turquía y Marruecos a los Países Bajos tienen tasas desproporcionadas de conducta suicida, debido a la capacidad y el derecho de actuar de manera autónoma en las elecciones estratégicas de vida y el cuestionamiento de los valores culturales de la abnegación y la protección del honor<sup>41</sup>.

Las mujeres turcas entre los 15 años y los 25 años inmigrantes en Suiza tienen un riesgo especialmente alto conductas suicidas<sup>42</sup>.

La **Tabla 3** recoge datos de un estudio de Borges *et al.*<sup>43</sup> sobre etnicidad, inmigración y suicidio en EE.UU. Entre los resultados está que el riesgo de suicidio es bajo entre los inmigrantes antes de la migración e igual después de ésta, en comparación con los nacidos en los EE.UU. En conclusión, las diferencias étnicas se explican, en parte, por los trastornos mentales y el bajo riesgo antes de la llegada a los EE.UU.

### Diferencia locales entre tasas de suicidio

Merece la pena detenerse en las diferencias entre las tasas de suicidio de países cercanos o regiones en un mismo país. Así, la tasa de suicidio en Escocia es un 79% superior a la de Inglaterra. Los escoceses de ambos sexos entre 15 y 44 años tienen el doble de riesgo que los ingleses de suicidarse, lo cual se ha atribuido a factores como la prescripción de psicofármacos, el consumo de alcohol y drogas, la penuria socioeconómica y la fragmentación social<sup>44</sup>.

En el estudio europeo ESEMeD, la prevalencia de vital de intentos de suicidio en Francia es mayor que la española: (3,4% en Francia: 1,1% en varones y 5,4% en mujeres; 1,5% en España: 1,2% en varones y 1,7% en mujeres) y no se observaron diferencias significativas en cuanto al estado civil, el uso antidepresivos, trastornos mentales, o religiosidad<sup>45</sup>.

## CRISIS SOCIALES Y SUICIDIO

### El desmembramiento de la Unión Soviética

Entre noviembre de 1988 y otoño de 1991 se desmembra la Unión Soviética, que se disuelve completamente el 17 de diciembre de 1991. Gorbachov es elegido Presidente Ejecutivo de la Unión Soviética el 15 de marzo de 1990 (era Secretario General desde 1985) y

**Tabla 3.** Suicidio, Etnicidad e Inmigración<sup>12</sup>

	Ideación suicida (%)*	Intentos de suicidio (%)**
<b>Blancos no hispanos</b>	16,10	4,69
<b>Hispanos</b>	11,35	5,11
<b>Negros no hispanos</b>	11,82	4,15
<b>Asiáticos</b>	9,02	2,55

\* Se reduce tras controlar la presencia de trastornos mentales

\*\* No se reduce

renuncia el 25 de diciembre de 1991, tras el fallido intento de golpe de estado. Boris Yeltsin asume el poder el 27 de diciembre de 1991. El 5 de enero de 1992 Yeltsin ordena una amplísima liberalización económica.

La consecuencia inmediata de estos cambios profundos es una depresión económica y una hiperinflación, más importante que en Alemania y EE.UU. seis décadas antes y la desaparición de los sistemas de protección soviéticos (a industrias y población).

El caso de la Federación Rusa es paradigmático. En la década actual, Rusia ha alcanzado el segundo lugar en el mundo en las tasas de suicidio, sólo por detrás de Lituania. Las cifras son impresionantes, entre ellas, casi un millón de suicidios consumados en 20 años (1991-2011)<sup>46</sup>.

Entre 1992 y 2010 en Rusia murieron 40.812.000 personas y nacieron 26.568.000; el balance es 13.344.000 personas. La población rusa está disminuyendo a un ritmo del 0,37% anual<sup>47</sup>. Hay una correlación entre mortalidad, alcohol y disminución de la población<sup>48,49</sup>. La tasa de mortalidad es muy inferior a la media del país en aquellos territorios donde la población es predominantemente musulmana. Entre 1990 y 1994 la esperanza de vida de varones y mujeres se redujo de 63,8 y 74,4 años a 57,7 y 71,2 años, respectivamente

Los varones en Rusia se suicidan con más frecuencia que las mujeres, sobre todo, los adultos en edad de trabajar. La edad promedio de las víctimas de suicidio en Rusia es de 45 años para los hombres y 52 para las mujeres. El panorama es muy distinto en el resto de las antiguas repúblicas de la URSS donde la mortalidad de los varones de mediana edad es 7-8 veces mayor que en los países desarrollados.

### ¿Y la Crisis Actual?

El suicidio es la consecuencia de una compleja interacción de varios factores de riesgo:

- biológicos (genéticos, alteraciones funcionales cerebrales)
- médicos (trastornos mentales, dolor crónico, intoxicaciones)
- psicológicos (desesperanza, agresividad)
- psicosociales (falta de apoyo social, exclusión social)
- culturales (religión, visión del mundo)
- socioeconómicos (desempleo)
- políticos (cambios súbitos de régimen político)
- macroeconómicos (crisis económicas)<sup>50,51</sup>

La Fundación Juan José López-Ibor está llevando a cabo el proyecto *European Initiative on Suicide Gathering Data*, bajo la dirección de Kostas N Fountoulakis para responder a esta pregunta. Los datos preliminares permiten afirmar que la incidencia de suicidio globalmente no se ha modificado, si bien hay diferencias que afectan a países pequeños, lo cual puede interpretarse como que los factores de protección social siguen funcionando. La comparación con los EE.UU., que es complicada por la gran diferencia en las tasas de suicidio entre sus diferentes estados, pone de manifiesto que allí sí se ha detectado un aumento de la incidencia de suicidio. Se ha calculado que entre 1999, año de comienzo de la crisis y 2010 ha habido un exceso de muertes por suicidio de 4750 personas<sup>52</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor Aliño, J.J., Saiz Ruiz, J., Pérez de los Cobos, J.C. *Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia), 5-hydroxy-indole- $\alpha$ -acetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-hydroxy-tryptophan*. *Neuropsychobiology*, 14, 67-75, 1985
2. Asberg M, Träskman L, Thorén P. *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?* *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Oct;33(10):1193-7.
3. Träskman L, Asberg M, Bertilsson L, Sjöstrand L. *Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior*. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Jun;38(6):631-6.
4. Banki CM, Arató M. *Amine metabolites and neuroendocrine responses related to depression and suicide*. *J Affect Disord*. 1983 Aug;5(3):223-32.
5. Palaniappan V, Ramachandran V, Somasundaram O. *Suicidal ideation and biogenic amines in depression*. *Indian J Psychiatry*. 1983 Oct;25(4):286-92.
6. Roy-Byrne P, Post RM, Rubinow DR, Linnoila M, Savard R, Davis D. *CSF 5HIAA and personal and family history of suicide in affectively ill patients: a negative study*. *Psychiatry Res*. 1983 Dec;10(4):263-74.
7. Secunda SK, Cross CK, Koslow S, Katz MM, Kocsis J, Maas JW, Landis H. *Biochemistry and suicidal behavior in depressed patients*. *Biol Psychiatry*. 1986 Jul;21(8-9):756-67.
8. Secunda SK, Cross CK, Koslow S, Katz MM, Kocsis JH, Maas JW. *Studies of amine metabolites in depressed patients. Relationship to suicidal behavior*. *Ann N Y Acad Sci*. 1986;487:231-42.
9. Westenberg HG, Verhoeven WM. *CSF monoamine metabolites in patients and controls: support for a bimodal distribution in major affective disorders*. *Acta Psychiatr Scand*. 1988 Nov;78(5):541-9.
10. Jones JS, Stanley B, Mann JJ, Frances AJ, Guido JR, Traskman-Bendz L, Winchel R, Brown RP, Stanley M. *CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide*. *Am J Psychiatry*. 1990 Sep;147(9):1225-7.
11. López-Ibor JJ Jr, Lana F, Saiz Ruiz J. *[Impulsive suicidal behavior and serotonin]*. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1990 Sep-Oct;18(5):316-25.
12. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/)
13. Värnik P. *Suicide in the world*. *Int J Environ Res Public Health*. 2012. Mar;9(3):760-71.
14. Borges G, Orozco R, Rafful C, Miller E, Breslau J. *Suicidality, ethnicity and immigration in the USA*. *Psychol Med*. 2012 Jun;42(6):1175-84.
15. Beck AT, Steer RA. *Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters*. *J Affect Disord*. 1989 Nov-Dec;17(3):203-9.
16. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. *Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study*. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Aug;104(2):117-21.
17. De Moore GM, Robertson AR. *Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study*. *Br J Psychiatry*. 1996 Oct;169(4):489-94.
18. Gunnell D, Lewis G. *Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention*. *Br J Psychiatry*. 2005 Sep;187:206-8.
19. Nielsen B, Petersen P, Rask PH, Krarup G. *[Suicide and other causes of death in patients admitted for attempted suicide. 10-year follow-up]*. *Ugeskr Laeger*. 1995 Apr 10;157(15):2149-53.

20. Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:470-5.
21. Rujescu D, Giegling I. Intermediate Phenotypes in Suicidal Behavior Focus on Personality. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2012. Chapter 18. *Frontiers in Neuroscience*.
22. Suokas J, Lönnqvist J. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Dec;84(6):545-9.
23. Suominen K, Isometsä E, Haukka J, Lönnqvist J. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Sep;39(9):720-4.
24. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar;161(3):562-3.
25. <http://es.scribd.com/doc/5301993/Emile-Durkheim-El-Suicidio>
26. Stack S, Kposowa AJ Religion and suicide acceptability: a cross-national analysis. *J Sci Study Relig*. 2011;50(2):289-306.
27. Hagaman AK, Wagenaar BH, McLean KE, Kaiser BN, Winskell K, Kohrt BA. Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Soc Sci Med*. 2013 Apr;83:61-9.
28. Stompe T, Ritter K. [Religion and suicide - part 1: the attitudes of religions towards suicide]. *Neuropsychiatr*. 2011;25(3):118-26.
29. <http://www.worldvaluessurvey.org/>
30. Ritter K, Zitterl W, Stompe T. [Religion and suicide - part 2: confessions, religiousness, secularisation and national suicide rates]. *Neuropsychiatr*. 2011;25(3):127-34.
31. Ritter K, Zitterl W, Stompe T. [Religion and suicide - part 2: confessions, religiousness, secularisation and national suicide rates]. *Neuropsychiatr*. 2011;25(3):127-34.
32. Picone M. Suicide and the afterlife: popular religion and the standardisation of 'culture' in Japan. *Cult Med Psychiatry*. 2012 Jun;36(2):391-408.
33. Chu J, Floyd R, Diep H, Pardo S, Goldblum P, Bongar B. A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychol Assess*. 2013 Jun;25(2):424-34.
34. Zayas LH, Gulbas LE. Are suicide attempts by young Latinas a cultural idiom of distress? *Transcult Psychiatry*. 2012 Nov;49(5):718-34
35. Joyce P, Chu J | Peter Goldblum | Rebecca Floyd | Bruce Bongar *The cultural theory and model of suicide Applied & Preventive Psychology* June 2010
36. Luke JN, Anderson IP, Gee GJ, Thorpe R, Rowley KG, Reilly RE, Thorpe A, Stewart PJ. Suicide Ideation and Attempt in a Community Cohort of Urban Aboriginal Youth: A Cross-Sectional Study. *Crisis*. 2013 Jan 28:1-11.
37. Olson LM, Wahab S, Thompson CW, Durrant L. Suicide notes among Native Americans, Hispanics, and Anglos. *Qual Health Res*. 2011 Nov;21(11):1484-94
38. Vörös V, Osváth P, Vincze O, Pusztay K, Fekete S, Rihmer Z. [Wording and content of national anthems -- preliminary findings from a transcultural investigation of suicide]. *Psychiatr Hung*. 2012;27(3):174-9.

39. Lester D, Gunn JF 3rd. *Lyrics of national anthems and suicide rates*. *Psychol Rep*. 2011 Aug;109(1):137-8.
40. Zhang J, Fang L, Wu YW, Wiecek WF. *Depression, anxiety, and suicidal ideation among Chinese Americans: a study of immigration-related factors*. *J NervMent Dis*. 2013 Jan;201(1):17-22.
41. van Bergen DD, van Balkom AJ, Smit JH, Saharso S. "I felt so hurt and lonely": suicidal behavior in South Asian-Surinamese, Turkish, and Moroccan women in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2012 Feb;49(1):69-86.
42. Tarik Yilmaz A, Riecher-Rössler A. *Attempted suicide in immigrants from Turkey: a comparison with Swiss suicide attempters*. *Psychopathology*. 2012;45(6):366-73.
43. Borges G, Orozco R, Rafful C, Miller E, Breslau J. *Suicidality, ethnicity and immigration in the USA*. *Psychol Med*. 2012 Jun;42(6):1175-84.
44. Mok PL, Leyland AH, Kapur N, Windfuhr K, Appleby L, Platt S, Webb RT. *Why does Scotland have a higher suicide rate than England? An area-level investigation of health and social factors*. *J Epidemiol Community Health*. 2013 Jan;67(1):63-70.
45. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Villagut G, Lépine JP, Gasquet I, Alonso J; ESEMeD/MHEDEA investigators. *High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys*. *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1-2):247-56.
46. [http://fathersforlife.org/health/who\\_suicide\\_rates.htm](http://fathersforlife.org/health/who_suicide_rates.htm)
47. Grigulevich NI. *Population decline in the central region of Russian Federation (1990-2010)*. *Coll Antropol*. 2012 Dec;36(4):1101-8.
48. Grogan L. *Alcoholism, tobacco, and drug use in the countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union*. *Subst Use Misuse*. 2006;41(4):567-71.
49. Notzon FC, Komarov YM, Ermaikov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV. *Causes of declining life expectancy in Russia*. *JAMA*. 1998 Mar 11;279(10):793-800.
50. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lépine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts*. *Br J Psychiatry*. 2008 Feb;192(2):98-105.
51. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. *Suicide and suicidal behavior*. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.
52. Reeves A et al. *Increase in state suicide rates in the USA during economic recession*. *The Lancet*. November 5, 2012



# Suicidio en las circunstancias actuales: crisis económica



E. Baca-García

El suicidio es la causa de 163.000 muertes anuales en la Unión Europea, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 35 años. Las conductas suicidas suponen el 2,3% de la carga por enfermedad.

El impacto económico de los 30.906 suicidios ocurridos en Estados Unidos en 1990 se cifraba en más de 5000 millones de dólares<sup>1</sup>. Estimaciones del coste de los, aproximadamente, 500 suicidios en Irlanda suponían 1% del PIB (unos 1000 millones de euros)<sup>2</sup>. Los, aproximadamente, 15-25.000 intentos de suicidio anuales en la Confederación Helvética tienen un coste directo anual de 191 millones de francos suizos<sup>3</sup>.

Por lo arriba expuesto, es innegable la elevada repercusión del suicidio en la economía, pero la relación inversa: el efecto de la economía sobre el suicidio, en especial, el efecto de la crisis económica, es el objeto de este artículo.

## CUESTIONES METODOLÓGICAS PREVIAS

En los últimos tiempos, se intercalan en los medios de comunicación términos como desaceleración (reducción del ritmo del crecimiento económico), recesión (reducción del producto interior bruto 2 trimestres consecutivos), depresión (caída del 10% del producto interior bruto en 1 año) y crisis. De todos ellos, crisis, el más utilizado, es el menos preciso y muchas veces se utiliza como sinónimo de recesión tal y como se utilizará en este trabajo.

Respecto a los datos sobre el suicidio, sin entrar en gran detalle, proceden de registros de mortalidad cuyos métodos, diagnóstico y definición han cambiado a lo largo del tiempo y en los distintos países. Por otro lado el estudio de datos agregados plantea la necesidad de cautela a la hora de establecer relaciones causales y de extrapolar los datos de la población a muestras clínicas y a individuos. Además la relación y secuencia temporal entre la aparición de sucesos adversos y la conducta suicida no está claramente definida<sup>4</sup>.

La información que se tiene sobre la conducta suicida es parcelada (hay escasos estudios que engloben todo el espectro de conductas suicidas), incompleta (muy pocos estudios tienen el mismo detalle en variables biológicas, ambientales y psicopatológicas) y con importantes limitaciones. Por si fuera poco es cuestionable la validez de las conclusiones extraídas de las investigaciones de un determinado ambiente cultural (p. ej. Europa Occidental) a otro (p. ej. China).

Las crisis económicas tienen efecto sobre una importante variedad de factores determinantes de salud tanto individual como de la población. Las políticas sociales pueden

mitigar estos efectos. Pruebas de estas aseveraciones son las políticas de diversos países ante la crisis y su repercusión sobre la salud de sus ciudadanos<sup>5</sup>.

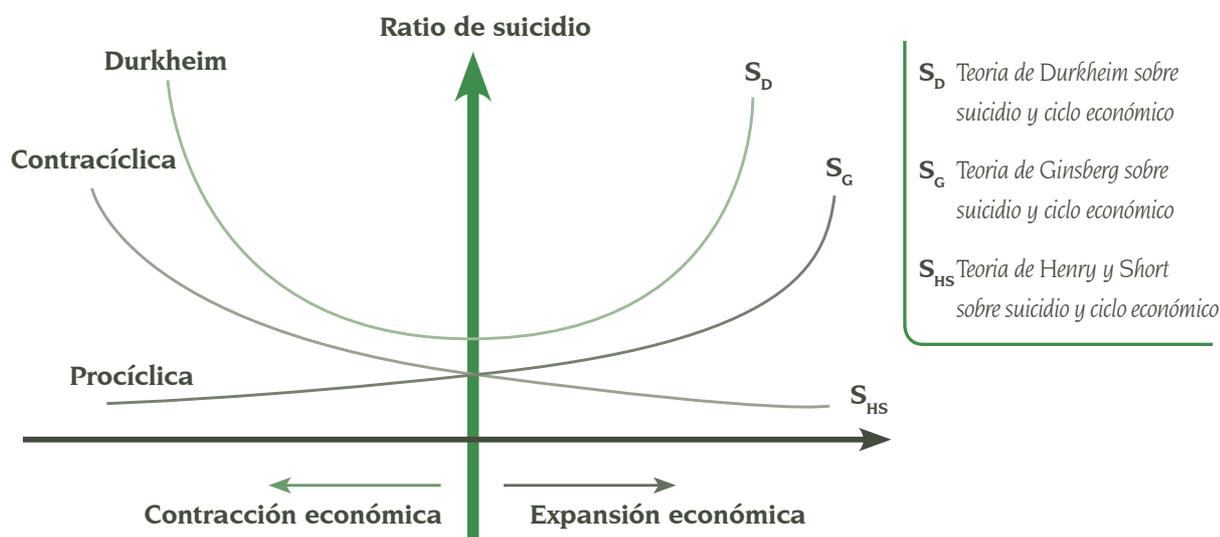
Las vías por las que las situaciones de crisis actúan sobre la salud son el desempleo, la pobreza, la educación, el entramado social, la vivienda y el efecto directo sobre el sistema de salud.

Un estudio reciente en los 26 países de la Unión Europea sobre la relación entre desempleo y mortalidad<sup>6</sup>, muestra que cuando el desempleo sube el 1% aumenta el riesgo de muerte por suicidio, homicidio e infecciones respiratorias. Si el aumento es del 3% aumenta el riesgo por suicidio e intoxicaciones alcohólicas, el resto de las causas de muerte no se ven afectadas de forma significativa. De una forma más precisa, en 3 años el aumento del 1% de la tasa de desempleo supuso un aumento de 0.79% de la tasa de suicidio de mayores de 65 años (95% CI 0.16–1.42; 60–550 exceso de muerte potencial EU), un aumento de 0.79% en la tasa de homicidios (0.06–1.52; 3–80 exceso de muerte potencial EU) y una disminución en las muertes de tráfico de 1.39% (0.64–2.14; 290–980 menos muertes potenciales EU). No se detecta efecto de género en la relación mortalidad-desempleo y si que existe una relación entre las muertes debidas a abuso de alcohol en mujeres y desempleo ( $x.=5.41$ ,  $p=0.0194$ )<sup>7</sup>.

Como se ha dicho antes, todos estos datos deben ser manejados con cautela porque cualquier investigación hecha con datos agregados no es capaz por sí sola de establecer relaciones causales<sup>8</sup>.

Para Durkheim hay dos factores del suicidio que tienen el uno con el otro una afinidad especial y son el egoísmo y la anomia. El egoísmo supone una falta de integración social (religión, educación, vida familiar y política), mientras que la anomia representa la falta de regulación o control por parte de la sociedad (cambios económicos, desempleo, divorcio). En este sentido las crisis económicas y los tiempos de exposición son igualmente periodos de riesgo para las tasas de suicidio porque aumenta el egoísmo (bonaza económica) o la anomia (crisis). Como se puede ver en la **Figura 1**, frente a la teoría de Durkheim hay otros autores que sostienen que la tasa de suicidio aumenta en sentido procíclico o contracíclico de los ciclos económicos.

**Figura 1.** Principales teorías que relacionan las tasas de suicidio con los ciclos económicos



Las tasas de suicidio son fluctuantes; en Estados Unidos han variado en los últimos años entre 10 por 100.000 y 19 por 100.000<sup>9</sup>. Si sobre estas tasas (**Figura 2**) se superponen los periodos de recesión (en gris en la Figura 2) y de depresión económica (en verde en la Figura 2), es difícil apreciar una relación causal y, por tanto, las teorías antes expuestas son difíciles de sostener.

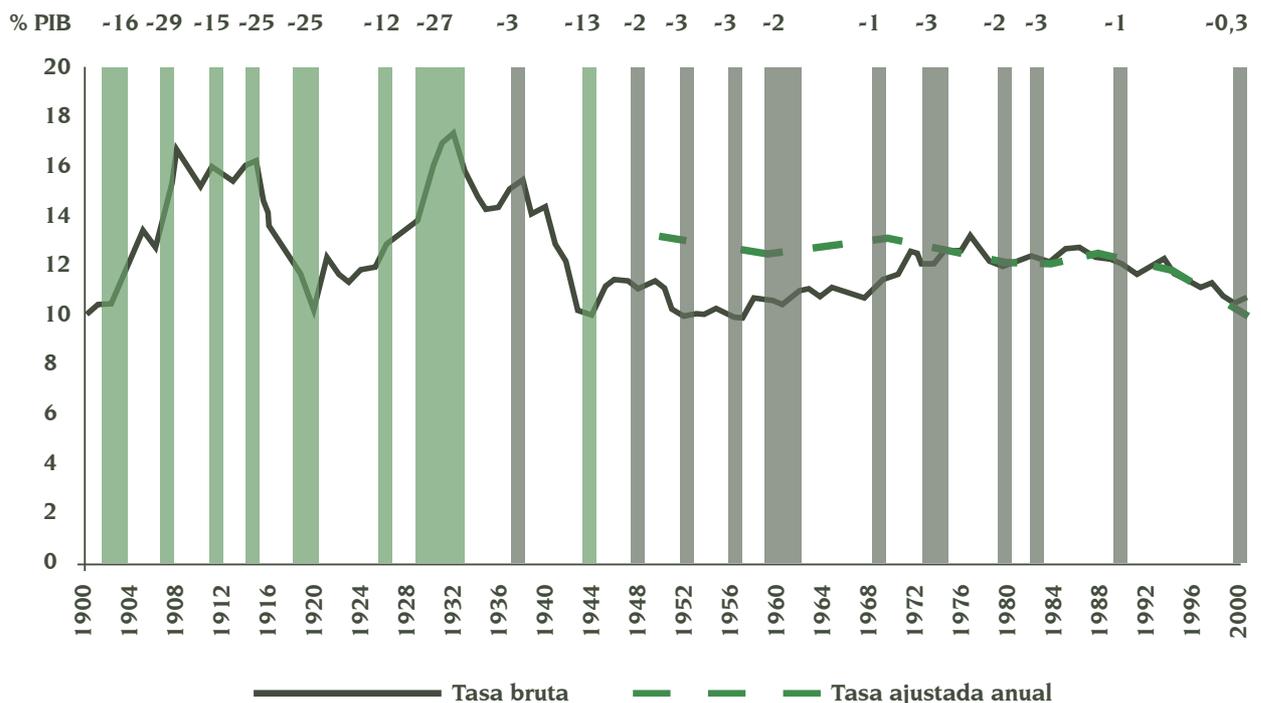
### CRISIS ECONÓMICA Y SALUD MENTAL

Consecuencias de la crisis económica que influyen sobre la salud mental son la disminución de la capacidad adquisitiva (pobreza), el paro, la disminución del presupuesto público y su repercusión sobre los servicios públicos<sup>10</sup>. El desempleo afecta al bienestar y a la autoestima, se relaciona con depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos; de hecho las personas desempleadas tienen un 34% de problemas psicológicos frente al 16% de los empleados. El efecto sobre la salud mental es mayor cuanto más largo es el desempleo en países en desarrollo con inequidades y en países con escasos sistemas de protección social.

Los efectos de la recesión sobre los pacientes en la Unión Europea entre 2006 y 2010 suponen un aumento de la exclusión de las personas con trastornos mentales, especialmente hombres y personas con bajo nivel educativo<sup>11</sup>.

Se ha debatido el efecto de las políticas de austeridad sobre la salud, en este sentido se ha insistido sobre el posible efecto en la salud de los países del sur de Europa y en el suicidio, especialmente<sup>12</sup>. Parte de estas predicciones han sido desmentidas por datos recién-

**Figura 2.** Tasas anuales de suicidio en Estados Unidos. Periodos de recesión y depresión económica



tes<sup>13</sup> donde se muestra que las predicciones realizadas por Karanikolos sobre las tasas de suicidio de España y Portugal no se ven reflejadas en las estadísticas de mortalidad de ambos países en los últimos años.

### SUICIDIO Y ECONOMÍA

En los estudios sobre suicidio y estrés económico, aparecen los hombres entre 15 y 29 años como la población más afectada, teniendo en cuenta que la depresión y el abuso de alcohol son dos variables de confusión importantes. Hay diversos estudios que lo prueban con niveles diferentes de evidencia, según el *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (<http://www.cebm.net/?o=1025>). En estudios trasversales individuales (nivel de evidencia 3b) se ha comprobado el mayor impacto de la crisis en hombres<sup>14</sup>. Los resultados de estudios agregados (nivel de evidencia 2c) sobre mortalidad poblacional son controvertidos; en estudios longitudinales (nivel de evidencia 2b) se ha comprobado como el riesgo relativo de suicidio en hombres con problemas laborales es 2.5 veces superior a quienes no los tienen, finalmente en estudios agregados de tendencias temporales (nivel de evidencia 2c) en mortalidad poblacional en un periodo, muestran resultados contradictorios con indicios de mayor susceptibilidad en hombres jóvenes.

Como se ha comentado antes, los efectos de la economía son diferentes en distintos países, en la **Tabla I** se resumen algunos estudios que muestran esta diversa relación.

El crecimiento económico de los países, medido según la capacidad de compra ajustado por el producto interior bruto, no supone con certeza la disminución de la tasa de suicidios, si el crecimiento económico no esta acompañado de una inversión en servicios de salud, especialmente dispositivos para el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales<sup>15</sup>. De hecho esta relación es diferente entre países desarrollados (las tasas de suicidio disminuyen si aumenta el crecimiento económico) y en desarrollo (las tasas de suicidio aumentan si aumenta el crecimiento económico).

### EFFECTOS DE LA CRISIS SOBRE LAS TASAS DE SUICIDIO EN DISTINTOS PAÍSES

La crisis económica asiática de 1997-98 tuvo diferentes consecuencias para los países afectados<sup>18</sup>. Tailandia fue el país más afectado por la crisis y la tasa de suicidio aumento en 1997 y cayó después de la crisis (5,9 en 1977, 8,6 en 1999 y 7,8 en 2002). Japón, Hong Kong y Corea tuvieron un exceso de 10,400 suicidios (8800–11,300) en 1998, afectando más a hombres en edad activa. La crisis no afectó las tendencias en Taiwán y Singapur, en los que el producto interior bruto y el desempleo cayeron menos<sup>19</sup>.

En ese mismo periodo dos ejemplos en Europa ponen de manifiesto como la recesión no es suficiente para explicar el aumento o disminución de las tasas de suicidio: mientras Rusia se comportó como los países asiáticos, con un aumento de la tasa y posterior disminución, Finlandia experimentó un aumento desempleo durante la crisis de 1990 que no tuvo efecto sobre la tasa de suicidio.

Autor	País	Años	Método	Resultado
Thomas K, 2010 <sup>16</sup>	UK	1861-2007	Office for National Statistics (ONS) Estandarización con la población europea estándar por edades	Los suicidios se incrementaron en todos los grupos en los años 1930 coincidiendo con la <i>Gran Depresión</i>
Kwon JW, 2009	Corea	1986-2005	Korean National Statistical Office (NSO) Estandarización con la población OMS estándar por edades	La recesión en Asia de 1997 incrementó las tasas de suicidio con un efecto mantenido en Corea a pesar de la recuperación
Redanie, 2011 <sup>17</sup>	Filipinas	1974-2005	Philippine Health Statistics (PHS) <i>produced</i> Estandarización con la población OMS estándar por edades	El incremento de tasas de suicidio y muertes por accidentes, y la disminución de muertes indeterminadas es muy sugerente de problemas metodológicos en el registro de causas de muerte
Andres AR, 2010	Dinamarca	1970-2006	Modelos econométricos dinámicos basados en serie de datos	Aumentos en la renta o <i>per cápita</i> y en los nacimientos, disminuyen las tasas de suicidio tanto en hombres como en mujeres. El divorcio está relacionado con aumento de suicidios especialmente en hombres. La disminución del desempleo disminuye la cifras de suicidio
Barr B, 2012	Reino Unido	2008-2010	Análisis de tendencias temporales comparando el número actual de suicidios con los esperables si las tendencias se mantuviesen. Modelos de regresión multivariados que cuantifican la relación entre desempleo y suicidios	Los autores estiman entre 818 y 877 (846) suicidios más en hombres y entre 121 y 189 (155) en mujeres si las tasas se hubieran mantenido en el periodo 2008-10
Kolves K, 2013	Países de Europa del Este	1990-2008	World Health Organization (WHO)	El aumento de la tasa de desempleo se relaciona con el aumento de la tasa de suicidio en hombres. Esta relación es inversa con el producto interior bruto y los nacimientos. En el caso de la mujeres estas relaciones no son tan claras

**Tabla 1.** Estudios agregados (nivel de evidencia 2c) sobre mortalidad poblacional en varios países

### CONCLUSIONES

- El suicidio supone unos costes económicos y sociales muy importantes para cualquier sociedad.
- Actualmente faltan estudios etiológicos para establecer la relación entre situación económica y suicidio; desgraciadamente no se puede excluir de los estudios y de los datos que se manejan la llamada "falacia ecológica" que supone extrapolar datos poblacionales a individuos.
- De los factores económicos más estudiados, el índice de desempleo parece ser uno de los más sólidos que afectan sobre todo a varones entre 15 y 29 años. Si bien su impacto sobre las tasas de suicidio depende del índice de desarrollo de la sociedad y de sus recursos sociales
- La depresión y el alcoholismo son factores de confusión a la hora de interpretar la relación entre suicidio y situación económica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *DeathStud*. 2007 Apr;31(4):351–61.
2. Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis*. 2007;28(2):89-94.
3. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon J-C, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13648.
4. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Duberstein P, Perez-Rodriguez MM, Dervic K, Saiz-Ruiz J, et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders*. 2010 Dec;24(6):773–84.
5. Kaplan GA. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health--a tale of three countries. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(5):643–6.
6. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(5):647–53.
7. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315–23.
8. Lundin A, Hemmingsson T. Unemployment and suicide. *The Lancet*. Elsevier; 2009;374(9686):270–1.
9. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008 May 14;30(1):133–54.
10. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Mar;23(2):127–30.
11. Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G. The mental health consequences of the recession: Economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS ONE*. 2013.
12. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323–31.
13. Ayuso-Mateos JL, Barros PP, Gusmão R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013.
14. Platt S. Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry*. 1986;149:401–5.
15. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, Fernández-Navarro P, Galfalvy H, de Leon J, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open*. 2012;2(3).
16. Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. *Int J Epidemiol*. 2010 Jun 2.
17. Redaniel MT, Lebanan-Dalida MA, Gunnell D. Suicide in the Philippines: time trend analysis (1974-2005) and literature review. *BMC Public Health*. 2011;11:536.
18. Kwon J-W, Chun H, Cho S-I. A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986-2005. *BMC Public Health*. 2009;9:72.
19. Chang S-S, Gunnell D, Sterne JAC, Lu T-H, Cheng ATA. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009 Apr;68(7):1322–31.



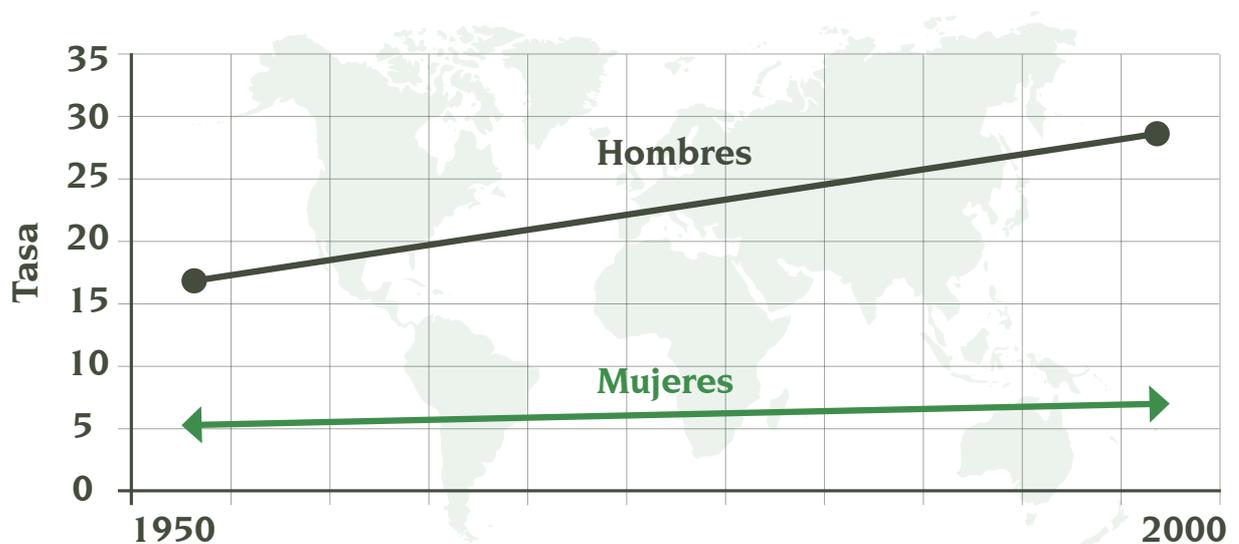
P. García-Portilla González, P. A. Saiz Martínez, M. T. Bascarán Fernández,  
P. Burón Fernández, J. Bobes García

En este capítulo se examina la influencia del sexo en los comportamientos suicidas. Es necesario señalar que los términos sexo y género se utilizarán de manera indistinta ya que, de acuerdo con Butler<sup>1</sup>, ambos conceptos no pueden ser concebidos como constructos aislados sino como mutuamente constituyentes. También consideramos que debemos subrayar la complejidad de los factores involucrados y la relativa rareza de los actos suicidas que hace que el examen detallado del fenómeno sea difícil.

## EPIDEMIOLOGÍA: LA PARADOJA SEXUAL DEL SUICIDIO

El fenómeno epidemiológico de los comportamientos suicidas que observa que entre las mujeres hay más ideación suicida y más intentos de suicidio, pero que la mayor frecuencia de suicidios consumados se da en los hombres, fue denominado por Canetto y Sakinofsky<sup>2</sup> como la "paradoja del sexo" (**Figura 1**).

**Figura 1.** Evolución de las tasas de suicidio globales (por 100.000 habitantes) desde el año 1950 al 2000 por sexo (OMS).



Tomada de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html)

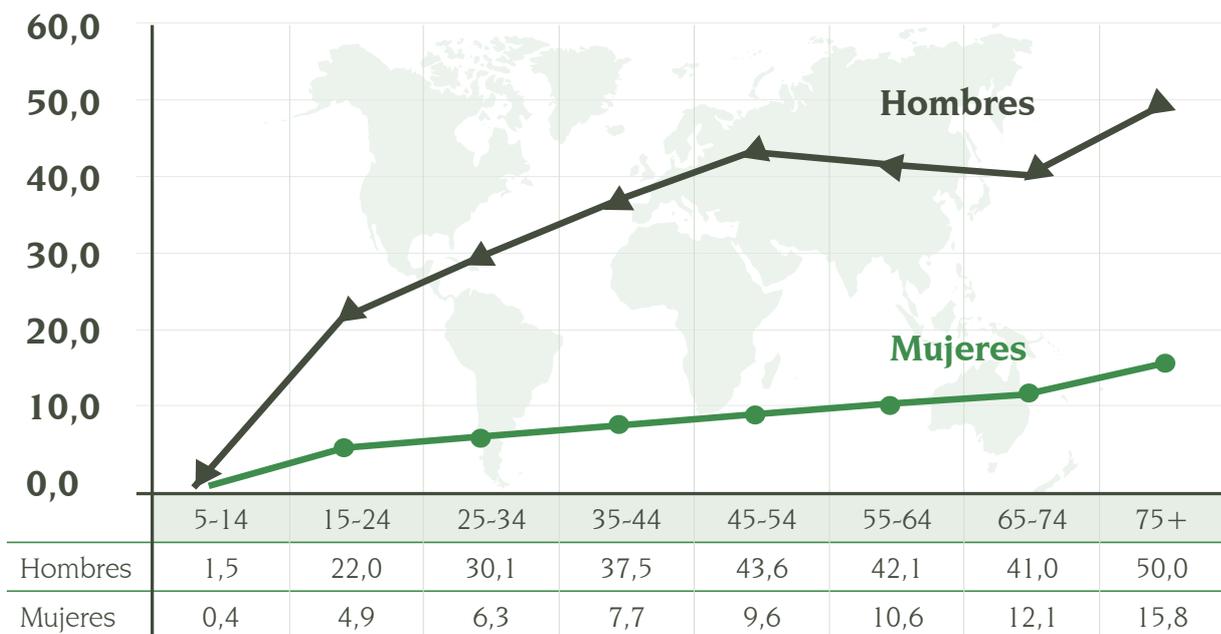
### 3. Suicidio y sexo

Tal como señalan Mendez-Bustos *et al.*<sup>3</sup> esta paradoja ha sido reportada por la mayor parte de los países del mundo en los que existen registros de datos, con la excepción de China e India donde las tasas son similares en ambos sexos debido, fundamentalmente, a unas tasas de suicidio consumado elevadas en mujeres jóvenes del ámbito rural.

La inmensa mayoría de los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha en distintos países y culturas confirman consistentemente las diferencias en función del sexo en los comportamientos suicidas. Phillips y Cheng<sup>4</sup> reportan una ratio hombre/mujer global estimada de 1.67 a 1, aunque señalan que las tasas varían significativamente entre regiones y países. En los países desarrollados las ratios hombre/mujer son más elevadas que en los países asiáticos<sup>5</sup>, si bien es necesario señalar que la OMS cuenta con información de confianza sobre las causas de muerte tan sólo de un 13% de la población mundial y que no hay datos actualizados sobre mortalidad de un 25% de la población<sup>3</sup>. En los países desarrollados el suicidio consumado es 2-4 veces más frecuente en los varones y las tentativas de suicidio 2-3 veces más frecuentes en mujeres<sup>3</sup>.

Las diferencias entre sexos no son constantes a lo largo de la vida. La distribución de las tasas de suicidio consumado en función del sexo y edad para el año 2000 reportadas por la OMS (**Figura 2**) muestran una mayor diferencia en la edad adulta mientras que en la infancia-adolescencia y en la vejez las tasas se aproximan.

**Figura 2.** Distribución de las tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) por sexo y edad en el año 2000 (OMS, 2002).



Tomada de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicide\\_rates\\_chart/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en/index.html)

Las mujeres jóvenes parecen estar particularmente expuestas al riesgo suicida<sup>6</sup>. Grunbaum *et al* describieron como, tras la pubertad, las tasas de ideación suicida y de tentativas suicidas se incrementan notablemente en las mujeres. Por el contrario, en el caso de los varones, Biddle *et al.*<sup>7</sup> reportan una disminución marcada de las tasas de suicidio por todos los métodos más comúnmente utilizados en la última década en los varones jóvenes de Inglaterra y Gales. Sin embargo, nuevamente existen diferencias en función de la región; mientras en Europa las tasas de suicidio para el periodo 1999-2010 aumentaron en las mujeres ancianas, en Estados Unidos aumentaron en las mujeres de edades entre los 45-59 años<sup>3</sup>.

A pesar de los datos, todavía existen dudas sobre si la paradoja del sexo en el suicidio es real o si por el contrario es el producto de un artefacto metodológico. En una excelente revisión sobre este tema<sup>2</sup>, se concluye que la paradoja es un fenómeno real, pero también inestable y relacionado con la cultura. Asimismo se señala que los clichés sociales<sup>8</sup> explicarían la diferencia genuina en las tasas y métodos utilizados en los comportamientos suicidas por hombres y mujeres, junto con los sesgos de género<sup>8</sup> tanto en la atribución de la causa de la muerte por parte de los clínicos como en el recuerdo de lo acontecido por parte de los pacientes.

### EL DIMORFISMO SEXUAL DEL SUICIDIO

El suicidio ya es sexual en el momento de su configuración. De hecho se hipotetiza que los comportamientos suicidas se utilizan para demostrar la identidad de género. De acuerdo con la paradoja sexual del suicidio, el suicidio consumado es interpretado como un fenómeno masculino y de masculinidad, en el cual los hombres son vistos como "consumidores" y las mujeres como personas que cometen tentativas, es decir, la dicotomía letal-no letal de los comportamientos suicidas es vista como naturalmente sexual<sup>9</sup>. Para Durkheim entre otros<sup>10</sup> el suicidio requería un grado de energía, coraje e inteligencia que sólo puede encontrarse en el hombre, ya que las mujeres son demasiado pasivas, tímidas, débiles, conformistas y desinteresadas para matarse ellas mismas.

Facetas importantes del suicidio tales como los métodos, las razones y la intención configuran el dimorfismo sexual del suicidio, tal como veremos a continuación.

#### Métodos

Los estudios epidemiológicos reportan métodos suicidas diferenciales en función del sexo que condicionan letalidad, disponibilidad y aceptación cultural; los hombres utilizan métodos más letales, "masculinos" y activos -armas de fuego, ahorcamiento, asfixia-, mientras que las mujeres utilizan métodos menos violentos, "femeninos" y pasivos -intoxicaciones medicamentosas, venoclisis y precipitaciones<sup>11,12</sup>. Además, numerosos estudios muestran una asociación entre el consumo de alcohol y la muerte de varones por suicidio<sup>13</sup>.

La construcción de esta dicotomía ocurre a pesar de que hay otras diferencias de género así como similitudes: ambos sexos eligen el ahorcamiento y la sobredosis.

Nuevamente China e India constituyen una excepción ya que, en estos países, las mujeres utilizan métodos más letales como son la ingestión de pesticidas y la autoinmolación<sup>14,15</sup>. Esto

lleva a hipotetizar sobre que, si las mujeres utilizaran medios más letales, las diferencias de sexo en las tasas de suicidio se reducirían como pasa en estos dos países.

Desde la perspectiva de género, el método utilizado se usa para demostrar la identidad de género, es decir, el método ayuda a uno mismo a definirse como hombre o como mujer. El hombre utiliza métodos violentos con un doble objetivo:

- Demostrar finalmente su masculinidad ya que este tipo de métodos son congruentes con las construcciones dominantes de masculinidad, asociadas a agresión y fuerza, y, por tanto, en cierta forma más capaces de producir la muerte<sup>16</sup>.
- Evitar las connotaciones "negativas" de sobrevivir a un intento de suicidio asociadas a los varones, a pesar de que prácticamente todas las sociedades tienden a estigmatizar los comportamientos suicidas.

Por su parte, las mujeres utilizan métodos menos violentos debido a que se encuentran socializadas en contextos que las animan a ser menos violentas<sup>17</sup>.

Además, la identidad de género influye en la familiaridad con el método; los hombres están más familiarizados con las armas de fuego mientras que las mujeres lo están más con el uso de píldoras<sup>17</sup>.

#### Razones

Con respecto a las razones que llevan a una persona a cometer un comportamiento suicida también se han establecido diferencias en función del sexo. Así el suicidio en los hombres es interpretado como una señal de coraje, orgullo y resistencia frente a las circunstancias externas (dificultades económicas, enfermedad física grave, aislamiento social). Según este modelo los hombres reivindican su independencia (debe solucionar él mismo sus problemas) y valor. El suicidio es visto como algo serio e intencionado. Por el contrario, en las mujeres el suicidio se interpreta como el resultado de una tormenta de emociones en relación a una ruptura sentimental. Según este modelo las mujeres internalizan las crisis volviéndose depresivas, dependientes y pasivas. En su caso, el suicidio es visto como algo reactivo y manipulativo, configurado por el temor al desfiguramiento corporal.

Respecto a la asociación entre ruptura sentimental y comportamiento suicida en las mujeres, Walsh *et al.*<sup>13</sup> con los resultados de su estudio, desmitifican esta asociación. Encontraron que los problemas de pareja eran la 4ª circunstancia relacionada con el suicidio en los varones (estaban presentes en el 30.2% de ellos) y la 5ª en las mujeres (presentes en el 26.4% de ellas) y, por tanto, llaman la atención sobre este aspecto como uno de los factores a tener en cuenta en el campo de la prevención del suicidio en los varones.

#### Intencionalidad

Según Nock y Kessler<sup>18</sup> un comportamiento autolesivo debe tener la intención de muerte para ser considerado suicida. Sin embargo, tal como señalan Canetto y Lester<sup>19</sup> la intención típica no es ni clara ni sencilla y su interpretación está influida por el sexo<sup>20</sup>.

Algunos consideran el resultado del acto como una medida de la intención<sup>21</sup>. De este modo organizan binariamente el suicidio en "serio" *versus* "llamada de atención" asumiendo

una serie de presuposiciones que involucran, entre otros, al sexo. Mientras que los actos considerados "serios" se asocian al hombre y a la masculinidad, al uso de armas de fuego, al proceso activo con violencia visible cuyo fin es la muerte, los actos considerados "llamadas de atención" se asocian a la mujer y la femeneidad, a la sobreingesta de medicamentos y a un proceso pasivo no agresivo cuyo fin no es la muerte. Sin embargo, la distinción entre ambos tipos no es tan clara. Así por ejemplo, la búsqueda de atención como algo compulsivamente inherente a los suicidios pasivos también puede darse en los activos ya que conlleva la necesidad de limpiar la escena del suicidio y el cuerpo del suicida. De este modo los significados sexuales pertenecientes a los suicidios activos se alinean con los pasivos.

Para otros, una medida de la intencionalidad del acto suicida sería el potencial letal del método. Sin embargo esta medida puede inducir a error ya que el método suicida no se elige necesariamente basándose en la intencionalidad sino que la aceptabilidad cultural es un factor determinante importante en la elección del método, tal como se ha visto en el apartado correspondiente. La aceptabilidad cultural implica que cuando un método determinado que es culturalmente aceptable para un grupo es también más letal (p.ej. armas en varones) la tasa de muerte para ese grupo es más elevada independientemente de la intencionalidad del acto. Por otra parte, el mismo método puede ser utilizado con distintas intenciones y distintos grados de planificación<sup>2</sup>. Es necesario tener en cuenta además la falta de conocimientos de las personas sobre la letalidad de los métodos<sup>22</sup>.

### CONCLUSIONES

- La paradoja sexual en el suicidio es un fenómeno real pero dinámico.
- Es un fenómeno multi-factorial en el que los factores socio-culturales juegan un papel importante y condicionan su dinamismo.
- Se necesitan estudios que determinen el origen de la paradoja para poder diseñar estrategias preventivas ajustadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Butler J. *Gender trouble.: Feminism and the subversion of identity*. London: Routledge. 1990.
2. Canetto SS, Sakinofsky I. *The gender paradox in suicide*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1998; 28: 1-23.
3. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. *Life cycle and suicidal behavior among women*. *The Scientific World Journal* 2013; 2013:485851. doi: 10.1155/2013/485851. Epub 2013 Feb 28.
4. Phillips MR, Cheng HG. *The changing global face of suicide*. *The Lancet* 2012; 379: 2318-2319.
5. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO. 2012.
6. Baca-García E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, de Leon J, Oquendo MA. *Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states*. *Journal of Psychiatry Research* 2010; 44: 209-14.
7. Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D. *Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study*. *British Medical Journal* 2008; 336: 539-542
8. Moscicki EK. *Gender differences in completed and attempted suicides*. *Annals of Epidemiology* 1994; 4: 152-158.
9. Canetto SS. *Gender and suicidal behavior: Theories and evidence*. En: RW Maris, MM Silverman, SS Canetto (Eds.). *Review of suicidology*. New York: Guilford. 1997.
10. Canetto SS. *Women and suicidal behavior: a cultural analysis*. *American Journal of Orthopsychiatry* 2008; 78: 259-266.
11. Värnik A, Kõlves K, Allik J, Arensman E, Aromaa E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis CM, Giupponi G, Gusmão R, Kopp M, Marusic A, Maxwell M, Oskarsson H, Palmer A, Pull C, Realo A, Reisch T, Schmidtke A, Pérez Sola V, Wittenburg L, Hegerl U. *Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries*. *Journal of Affective Disorders* 2009; 113: 216-26.
12. Karch DL, Lubell KM, Friday J, Patel N, Williams DD; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Surveillance for violent deaths--National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005*. *MMWR Surveill Summ* 2008; 57: 1-45.
13. Walsh S, Clayton R, Liu L, Hodges S. *Divergence in contributing factors for suicide among men and women in Kentucky: recommendations to raise public awareness*. *Public Health Report* 2009; 124: 861-867.
14. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. *The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review*. *BMC Public Health* 2007; 7: 357.
15. Kumar V. *Burnt wives: a study of suicides*. *Burns* 2003; 29: 31-35.
16. Dahlen ER, Canetto SS. *The role of gender and suicide precipitant in attitudes towards nonfatal suicidal behavior*. *Death Studies* 2002; 26: 99-116.
17. Range LM, Leach MM. *Gender, culture, and suicidal behavior: a feminist critique of theories and research*. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1998; 28: 24-36.
18. Nock MK, Kessler RC. *Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey*. *Journal of Abnormal Psychology* 2006; 115: 616-623.
19. Canetto SS, Lester D. *Gender, culture and suicidal behavior*. *Transcultural Psychiatry* 1998; 35: 163-191.
20. Jaworski K. *The gender-ing of suicide*. *Australian Feminist Studies* 2010; 25: 47-61.
21. Andriessen K. *On "intention" in the definition of suicide*. *Suicide and Life-Threatening . Behavior* 2006; 36: 533-538.
22. Stephens BJ. *The pseudosuicidal female: A cautionary tale*. In: SS Canetto, D Lester (Eds.). *Women and suicidal behavior*. New York: Springer. 1995.

# Riesgo suicida en los trastornos afectivos limítrofes

# 4

A. González-Pinto Arrillaga

Los trastornos afectivos se asocian a la presencia de importante morbilidad y discapacidad, pérdida de calidad de vida y enorme sufrimiento personal. Además estos pacientes afectivos tienen un riesgo incrementado de realizar intentos de suicidio y de fallecer por suicidio consumado. La mayor parte de los estudios sobre la relación entre suicidio y trastornos afectivos están realizados en pacientes con episodios depresivos mayores, siendo la depresión el factor más claramente asociado al riesgo de suicidio.

Actualmente existe un gran interés por el estudio dimensional de las patologías psiquiátricas. Aunque tradicionalmente se ha considerado que entre los trastornos depresivos menores y mayores no existía una clara relación, en los últimos años se ha comenzado a estudiar la importancia que tiene la presencia de sintomatología subsindrómica en el desarrollo posterior de la depresión, el trastorno bipolar y otras patologías. Los estados limítrofes pueden ser de varios tipos: 1) trastornos limítrofes de intensidad menor, como las distimias, depresiones menores y depresiones con síntomas atípicos; 2) trastornos afectivos que se encuentran en los límites de las patologías bien definidas y que, por lo tanto, resultan más difíciles de tratar (en este grupo incluimos los trastornos bipolares tipo II, especialmente aquellos con síntomas atípicos); 3) trastornos mixtos, el cuadro clínico más complejo dentro de los trastornos afectivos.

El estudio de los trastornos limítrofes es relevante ya que suponen una oportunidad de tratamiento, muchas veces temprano, de trastornos que, como veremos, pueden desembocar en suicidio, intentos de suicidio y patologías psiquiátricas mayores.

## **ESTUDIOS REALIZADOS EN ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNOS AFECTIVOS LIMÍTROFES**

Un estudio realizado en Nueva Zelanda con 1000 adolescentes que presentaban diagnóstico de depresión menor, distimia o depresión breve recurrente y que fueron seguidos durante 7 años, encontró que el riesgo de desarrollar depresiones mayores e intentos de suicidio entre estos pacientes fue similar al que tenían los adolescentes que habían debutado con episodios depresivos mayores en la adolescencia. Se puede concluir, por tanto, que los síntomas depresivos subsindrómicos en la adolescencia son un factor de riesgo de desarrollo de depresión mayor y de intentos de suicidio en la edad adulta<sup>1</sup>. Aunque no todos los estudios encuentran los mismos resultados, sí que parece claro que estos síntomas incrementan el riesgo de depresión mayor y de suicidio. En un estudio reciente realizado en adolescentes, se pudo comprobar que los pacientes con sintomatología limítrofe no alcan-

zaban el mismo riesgo que el que presentaban los adolescentes con trastorno depresivo mayor, pero el riesgo era superior al de los individuos sin psicopatología<sup>2</sup>.

### ESTUDIOS REALIZADOS EN PACIENTES CON SÍNTOMAS AFECTIVOS ATÍPICOS

Los pacientes con síntomas atípicos se caracterizan por un mayor neuroticismo y, generalmente, se ha asociado sobre todo a nivel clínico, la presencia de estos síntomas con una menor gravedad. Sin embargo esto no parece corroborarse a la luz de las últimas investigaciones realizadas en pacientes con síntomas atípicos. De acuerdo con un estudio de Carlos Blanco y cols.<sup>3</sup>, los pacientes con síntomas atípicos tienen mayor probabilidad de ser bipolares, con una edad de comienzo más temprana y un mayor riesgo de suicidio.

Merecen una mención aparte aquellos pacientes con síntomas atípicos que son bipolares II con un trastorno límite de la personalidad comórbido. Estos pacientes, sobre todo cuando son jóvenes, tienen un riesgo incrementado de suicidio, de consumo de sustancias y de haber padecido abusos en el pasado. En este sentido se ha demostrado que tanto el gen transportador de la serotonina (presencia de alelo S-asociado al neuroticismo) como la presencia de trauma en la infancia, incrementan el riesgo de suicidio en pacientes bipolares<sup>4</sup>.

### PACIENTES CON SÍNTOMAS MIXTOS

Los síntomas mixtos representan la patología bipolar más difícil de diagnosticar y de tratar. Se trata de pacientes a los que durante la evaluación psicopatológica se les detectan síntomas cambiantes, alternantes o simultáneos, de polos opuestos, lo que genera confusión en el psiquiatra, especialmente si no ha sido entrenado específicamente para la detección de estos síntomas. Es frecuente que los pacientes tengan ansiedad concomitante, un comienzo de la enfermedad en edades tempranas y un mayor riesgo suicida. Se ha podido comprobar que parte, aunque no todo, del incremento del riesgo suicida en estos pacientes es debido a que su edad de inicio es menor y esto se asocia a mayor carga de enfermedad, y mayor cronicidad y consumo de sustancias<sup>5</sup>.

### CONCLUSIONES

- Los trastornos afectivos límite se asocian a un incremento de riesgo suicida. Todos los trastornos límite (mencionados en esta revisión) son difíciles de diagnosticar y son valorados como poco graves por profesionales poco experimentados.
- El abordaje supone una oportunidad de prevención de la conducta suicida.
- También es importante prestar atención a los trastornos afectivos límite que comienzan en la adolescencia o primera juventud, por su elevado riesgo de desarrollo de patología psiquiátrica mayor y por su vinculación con la patología bipolar más grave, en el caso de que exista presencia de síntomas atípicos o de síntomas mixtos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. *Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood.* Arch Gen Psychiatry. 2005 Jan;62(1):66-72.
2. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, Apter A, Bobes J, Brunner R, Cosman D, Cotter P, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Marusic D, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Tubiana A, Varnik A, Sarchiapone M, Wasserman D. *Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk.* J Child Psychol Psychiatry. 2013 Jun;54(6):670-7.
3. Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. *Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* J Clin Psychiatry. 2012 Feb;73(2):224-32.
4. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Romano-Silva MA, Aguiar GC, de Matos LO, Correa H. *Is the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) a potential marker for suicidal behavior in bipolar disorder patients?* J Affect Disord. 2010 Sep;125(1-3):98-102.
5. González-Pinto A, Barbeito S, Alonso M, Alberich S, Haidar MK, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R, Zorrilla I, González-Pinto MA, López P. *Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain.* J Clin Psychiatry. 2011 May;72(5):671-6.



No cabe duda que en la integral que conforma la suicidalidad, el alcohol tiene un papel destacado. Desde mediados del siglo pasado, multitud de estudios establecen fuertes correlaciones entorno al binomio alcohol-suicidio. Estos estudios fueron inicialmente retrospectivos, en suicidios consumados, entorno a la asociación entre este hecho y la dependencia de alcohol; más adelante se llevaron a cabo principalmente estudios prospectivos y con más interés en las tentativas de suicidio. De un modo más reciente, se añaden conocimientos desde la genética y la bioquímica.

Pese a estas contundentes afirmaciones generales, tan necesarias en el terreno epidemiológico, veremos que nuestros conocimientos actuales permiten tan solo esbozar de qué modo se relaciona el consumo de alcohol con la conducta suicida, cómo interacciona con otros elementos que influyen en ésta. La ecuación se complica al distinguir suicidio consumado de tentativa autolítica, al evaluar el consumo agudo o la dependencia, al considerar comorbilidades, al ahondar en la biología, al estratificar por edades, género, incluso por tipo de bebida.

Nuestra intención es realizar una revisión práctica del estado actual del conocimiento de este tema y desde esa base dibujar unas conclusiones y perspectivas futuras ajustadas a la evidencia. Para ello vertebraremos el texto alrededor de seis preguntas fundamentales:

- ¿Cuál es la relevancia epidemiológica del problema?
- ¿Cuál es el marco conceptual de la relación alcohol-suicidio?
- ¿Existe una relación entre alcohol y suicidio a nivel poblacional?
- ¿El consumo agudo de alcohol incrementa el riesgo de suicidio?
- ¿Tienen los alcohólicos mayor riesgo de suicidio?
- ¿Cuáles son las implicaciones de las respuestas a estas preguntas para la práctica clínica y la investigación futura?

Podríamos asemejar este capítulo, y por tanto el binomio alcohol-suicidio, a un cubo: iluminaremos cada una de sus caras desde el foco de una pregunta que trataremos de responder hasta donde alcance el conocimiento, pero no debemos olvidar la perspectiva tridimensional, que supone una interrelación entre todas las caras y que da lugar a un volumen que se nos presenta de forma multifacética y que sólo conocemos de forma parcial.

### ¿CUÁL ES LA RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL PROBLEMA?

Según la OMS<sup>1</sup>, el suicidio se encuentra entre las 15 primeras causas de muerte en la mayoría de países y representa el 1,8% de la carga global de enfermedad. Su importancia es proporcionalmente mayor y está aumentando en grupos de edad jóvenes, entre los que es la segunda o tercera causa de muerte. Entre los factores de riesgo destaca la enfermedad mental, ocupando un lugar prominente los trastornos por consumo de alcohol. Las tentativas suicidas son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado.

Esta misma organización informa<sup>2</sup> que el alcohol es el tercer factor de riesgo con más carga de enfermedad en el mundo (el segundo en Europa), con un compromiso profundo del desarrollo tanto individual como social, en gran parte debido a conductas problemáticas asociadas, entre las que se incluye el suicidio<sup>3,4</sup>.

Habida cuenta de que se trata de dos problemas de salud de primer orden que aparecen a menudo aparejados, cabe interrogarse acerca de los detalles de su intersección. A ello dedicaremos el resto del capítulo, pero valgan dos datos a modo introductorio:

- cerca de la mitad de las personas que cometen una tentativa de suicidio presentan niveles detectables de alcohol en sangre
- las personas con una dependencia de alcohol tienen un riesgo de suicidio hasta 10 veces superior al de la población general sin patología psiquiátrica

### ¿CUÁL ES EL MARCO CONCEPTUAL DE LA RELACIÓN ALCOHOL-SUICIDIO?

La ciencia propone modelos que representan el entorno y los enfrenta a datos recogidos de forma reproducible, con la pretensión que sean útiles y ofrezcan claves para interpretar dicho entorno. Estos modelos son constantemente abandonados en beneficio de otros que los mejoran y matizan.

Son pocos los modelos propuestos para representar el papel del consumo de alcohol en la conducta suicida. Se trata de dos manifestaciones conductuales complejas, determinadas por múltiples factores y circunstancias. Estos modelos teóricos describen una relación causal (en la que el alcohol precede a la conducta suicida) y sugieren que el alcohol incrementa la probabilidad de conductas suicidas a través de otros factores de riesgo. Aclarar las posibles conexiones es un reto complicado que nos ayudará a comprender mejor qué puede conducir a una persona a soslayar el instinto más básico: el de la autopreservación.

El "*Cusp Catastrophe Model*" de Hufford<sup>5</sup> explica la relación entre alcohol y conducta suicida a través de dos vías que incluyen distintos factores de riesgo: la distal (p.e. uso crónico de alcohol, trastornos mentales) y la proximal (p.ej. intoxicación alcohólica aguda, pérdida de relaciones interpersonales). Hufford refiere que los factores proximales deben estar presentes para detonar la vulnerabilidad conferida por los distales y añade que el alcohol disminuye la capacidad del individuo para manejar los estresores.

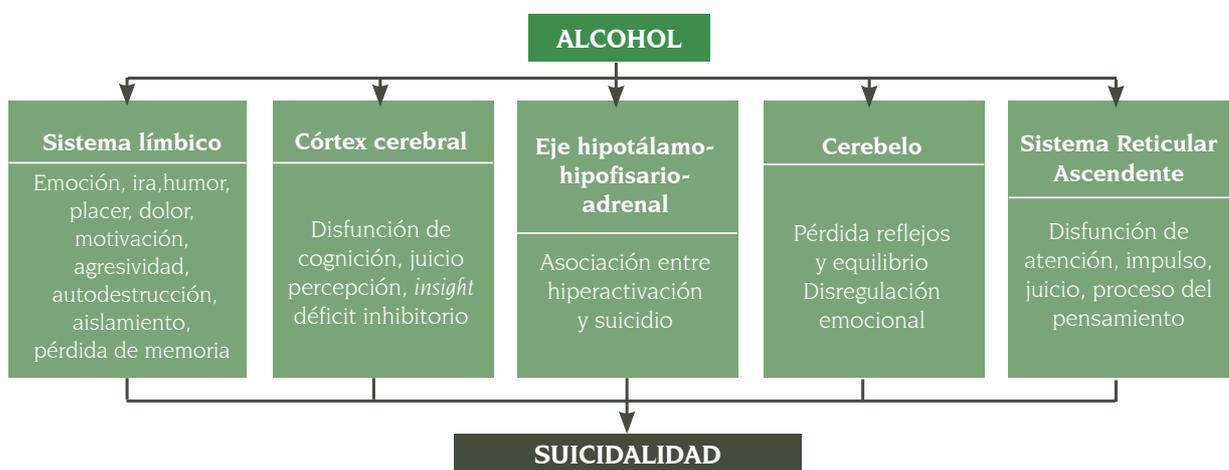
El "*Diathesis-Stress Model*" de Conner<sup>6</sup> identifica dos grupos de variables, predisponentes y precipitantes (análogos a los factores de riesgo proximales y distales pro-

puestos por Hufford). Propone que los rasgos impulsivos/agresivos (más frecuentes entre los alcohólicos) y el alcoholismo incrementan la probabilidad de padecer dificultades interpersonales y que la predisposición a presentar un afecto negativo y desesperanza aumentan la probabilidad que el individuo cometa un acto suicida. Estas variables interactúan entre sí e incrementan el riesgo de suicidio entre individuos que consumen alcohol.

Lamis y Malone revisaron en 2012<sup>7</sup> la literatura existente acerca de la relación entre alcohol y suicidio y propusieron un modelo que recoge elementos de los dos anteriores e incorpora variables como el soporte social, los síntomas depresivos (en contraste con el modelo de *Diathesis-Stress*, que hace referencia al episodio depresivo mayor) y los problemas relativos al alcohol (p.ej. absentismo escolar/laboral, peleas en contexto de intoxicación, etc.). En síntesis, proponen que los rasgos impulsivos y agresivos en individuos que consumen alcohol incrementarían el riesgo de sufrir dificultades interpersonales, eventos vitales negativos y problemas relativos al alcohol (factores precipitantes que los autores agrupan como "*life strains*"). Estos precipitantes a su vez inducirían síntomas depresivos y/o aumentarían la probabilidad de presentar conductas suicidas, en especial en un contexto de escaso soporte social.

Estos modelos son de índole psicosocial, pero existen también estudios que exploran los fundamentos más puramente "biológicos" de la relación entre el alcohol y el suicidio. Es bien sabido que el alcohol, altamente liposoluble, atraviesa con facilidad las membranas celulares y se une a muchos de receptores, con lo que altera varios sistemas de neurotransmisión. Con ello produce múltiples interrupciones en distintas regiones del sistema nervioso (sistema límbico, corteza cerebral, cerebelo, hipotálamo, pituitaria, tronco cerebral). Estas interrupciones contribuyen a la formación de las complejas conductas suicidas y de consumo de alcohol que podemos encontrar resumidas en la **Figura 1**. Una revisión extensa del tema supera el propósito del presente capítulo, por lo que nos centraremos en dos áreas de especial interés.

**Figura 1.** Alcohol, áreas cerebrales y suicidalidad

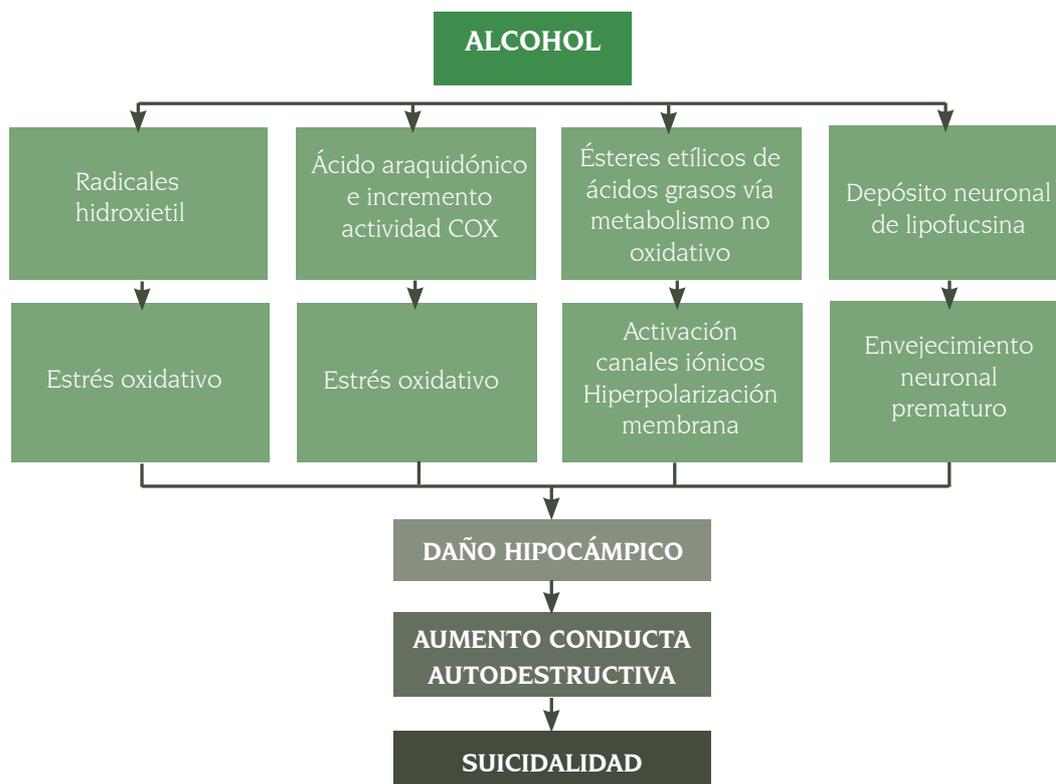


Por un lado, se sabe que el hipocampo tiene un papel fundamental en la respuesta al estrés, la toma de decisiones, la memoria y el control de las conductas autodestructivas y que existen múltiples mecanismos a través de los cuales el alcohol daña esta estructura (**Figura 2**).

Por otro lado, el consumo de alcohol provoca una disfunción serotoninérgica<sup>8-14</sup>. Una baja actividad de la serotonina se relaciona con un aumento en la agresividad/impulsividad, lo que a su vez incrementa la probabilidad de suicidio. Por ejemplo, personas deprimidas que cometieron tentativas suicidas de alta letalidad y tenían una dependencia de alcohol comórbida, tenían niveles más bajos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo comparadas con individuos deprimidos con dependencia de alcohol que cometieron tentativas de baja letalidad. Además, en pacientes con dependencia alcohólica se ha encontrado una reducción de la unión al transportador de serotonina en el hipocampo. De un modo parecido, se ha hallado una reducción de la unión a receptores 5-HT1A en consumidores de alcohol al compararlos con no consumidores. Un estudio *postmortem* reciente<sup>15</sup> sugiere que la alteración serotoninérgica por el consumo de alcohol consiste en cambios regionales específicos más en que una hipofunción global. En este sentido, en pacientes deprimidos con dependencia de alcohol se ha hallado una hipofunción del área cortical prefrontal medial (lo que contribuiría a una disfunción en el control impulsivo) en comparación con deprimidos sin dependencia de alcohol.

En personas con un consumo crónico elevado de alcohol, la respuesta del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) al estrés se ve alterada, a la par que la hiperactividad del eje HHA

**Figura 2.** Alcohol y daño hipocámpico



correlaciona con la suicidalidad<sup>16</sup>. Sabemos que el HHA interacciona con el sistema serotoninérgico y se han asociado distintas anormalidades de ambos a la vulnerabilidad para desarrollar adicción al alcohol y conducta suicida. Estas anormalidades probablemente se deban a una interacción entre el ambiente y múltiples genes de efectos fenotípicos leve-moderados. Cabe destacar que pueden manifestarse precozmente, lo que es relevante en la detección precoz de riesgo en una población particularmente vulnerable como son los adolescentes.

A modo de resumen, e integrando los modelos psicosociales con el conocimiento biológico, podríamos decir como sugieren Ali y cols.<sup>17</sup>, que el alcohol actuaría como un lubricante para el suicidio, a través de la promoción de la depresión y la desesperanza, de la desinhibición del comportamiento negativo y la impulsividad, de la alteración de la resolución de problemas y de la contribución a las perturbaciones en las relaciones interpersonales.

### ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE ALCOHOL Y SUICIDIO A NIVEL POBLACIONAL?

Si el alcohol mantiene una relación estrecha con el suicidio, cabe plantearse si existe una asociación directa entre el consumo de alcohol y las tasas de suicidio en una población. La coincidencia entre altas tasas de suicidio y alcoholismo en las exrepúblicas soviéticas dió soporte a esta hipótesis. Asimismo, la existencia de bajas tasas de suicidio en países islámicos, en los que el acceso al alcohol suele ser limitado, en contraste con las altas tasas de suicidio en los países occidentales, donde el uso de alcohol es común, sugiere una conexión entre el uso de alcohol y el suicidio. No obstante, esto no siempre se cumple. Habrá que esperar a tener más información sobre China, un país con una alta incidencia de alcoholismo y unas tasas de suicidio bajas; lo mismo sucede en países como México o Jamaica. Los estudios llevados a cabo en países occidentales, como veremos a continuación, ofrecen resultados parcialmente contradictorios que traducen la alta complejidad del binomio alcohol-suicidio.

Diversos estudios relacionan el consumo de alcohol *per cápita* con la incidencia de suicidio. Dichos estudios emplean la técnica *Box Jenkins* con el ARIMA (*Auto Regressive Integrated Moving Average*) para el análisis de series temporales.

En Estados Unidos, Caces y Harford<sup>18</sup> hallaron una correlación positiva entre las tasas de suicidio y el consumo de alcohol tanto para jóvenes como para adultos de ambos sexos, no así para mayores de 60 años. Otros estudios en ese mismo país, muestran resultados parcialmente contradictorios al estratificar por edades, género y tipo de bebida. Por ejemplo, en el de Kerr y cols.<sup>19</sup>, quienes entre las mujeres solo hallaron una correlación entre alcohol y suicidio para las bebidas de alta graduación.

En un estudio llevado a cabo por Landberg<sup>20</sup> en los países del este de Europa (Rusia, Bielorrusia, Polonia, Hungría, Bulgaria, Checoslovaquia y la antigua República Democrática Alemana), también se halló una correlación entre el consumo *per cápita* de alcohol con las tasas de suicidio, siendo mayor en el sexo masculino. El incremento de consumo de alcohol *per cápita* en un litro al año correspondió a un incremento de las tasas de suicidio de entre 5.7-7.5% en los países consumidores de destilados e inferior en los otros países (2.7-4.7%).

En otro estudio europeo, Ramsted<sup>21</sup> distinguió 3 tipos de países en función del volumen de consumo alcohólico (alto, medio y bajo), y halló una asociación estadísticamente significativa

entre consumo de alcohol *per cápita* y tasas de suicidio; siendo más frecuente en el norte que en el sur de Europa. La correlación alcohol *per cápita*-suicidio se advirtió más propia de países de culturas "secas" que "húmedas" (vitivinícolas), tal y como apuntaba el estudio de Landberg.

La mayor correlación entre consumo *per cápita* de alcohol en bebidas de alta graduación y suicidio con respecto a las bebidas de baja graduación se ha reproducido en estudios llevados a cabo en multitud de países (Japón, Escandinavia, Estados Unidos, Canadá, Rusia), aunque con matices. En la mayoría de estos estudios se encontró un efecto limitado a varones<sup>22,23</sup>. En el estudio nórdico se calculó que un incremento de la venta de alcohol en un litro anual *per capita* suponía un incremento del 16% en las tasas de suicidio en Noruega y un 11% en Suecia. En un estudio llevado a cabo por Razvodovsky<sup>24</sup> en Rusia, la venta de vodka fue asociada con las tasas de suicidio tanto en hombres como en mujeres y en todas las franjas de edad excepto para los mayores de 74 años.

No obstante, en un estudio realizado por Mann y cols. en Ontario (Canadá)<sup>25</sup> se halló una correlación positiva significativa entre tasas globales de suicidio y consumo de alcohol tanto para bebidas de alta como de baja graduación.

El llamado "dilema escocés" es un ejemplo más de la correlación entre ambas conductas. En Escocia las tasas de suicidio son hasta un 79% más altas que en Inglaterra. Según un estudio de Mok y cols.<sup>26</sup>, el 57% de este exceso de riesgo se justifica por la prescripción de psicotropos, el consumo de alcohol y drogas, las condiciones socioeconómicas y otros índices de salud; siendo el trastorno por uso de alcohol un factor contribuyente importante.

Por lo que respecta al análisis de las políticas reguladoras, algunos estudios<sup>27</sup> sugieren que doblar las tasas sobre el alcohol reduciría la mortalidad asociada a su consumo hasta en un 35% (un 2% en relación a la violencia y un 1.4% en relación a los crímenes).

En un estudio conducido en México entre población adolescente<sup>28</sup>, Miller y cols. hallaron que el consumo de alcohol a lo largo de la vida se asociaba con una elevada prevalencia de pensamientos, planes e intentos suicidas. Las curvas de supervivencia mostraron una mayor probabilidad de conducta y pensamiento suicida en pacientes con trastorno por uso de sustancias (incluyendo tabaco y alcohol) comparado con aquellos adolescentes que no lo presentaban.

En conclusión, las ventas de alcohol (especialmente de destilados) se relacionan con un incremento en la mortalidad por suicidio para todas las edades excepto para la tercera edad. Los datos en función del género divergen en los diversos estudios. Finalmente, la población adolescente y los jóvenes adultos parecen especialmente vulnerables. En este sentido la evidencia señala la conveniencia de implementar políticas públicas encaminadas a la prevención y el control de la venta de alcohol, especialmente de alta graduación y en poblaciones particularmente vulnerables como son los adolescentes.

### ¿EL CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL INCREMENTA EL RIESGO DE SUICIDIO?

Factores asociados con el consumo agudo de alcohol como la agresividad, la impulsividad, el deterioro cognitivo y el estrés psicológico tienen una influencia clara sobre el riesgo individual de suicidio<sup>29</sup>. Según las series, entre un 10 y un 69% de los suicidios consumados presentan una etanolemia positiva. Hasta un 73% de las personas que cometen una tentativa de suicidio tendrían niveles de alcohol detectables en sangre<sup>30</sup>.

En un estudio de Borges y cols.<sup>31</sup> sobre una muestra de 102 pacientes atendidos por tentativas de suicidio, un 35% había ingerido alcohol en las 6 horas precedentes (Riesgo Relativo = 13).

En un estudio forense elaborado en Suecia<sup>32</sup>, el 34% de las víctimas suicidas presentaban una alcoholemia positiva (considerando un valor de corte de 0.1 g/l de alcohol en sangre femoral). Si se incrementaba el valor de corte a 0.5 o 0.8 g/l, los positivos decrecían hasta el 28% y el 24%, respectivamente. La concentración media de alcohol fue de 1.33 g/l y el percentil 90 de la concentración en sangre de alcohol de las víctimas estaba entre 2.3 y 2.8 g/l. Este dato nos indica que un número importante de suicidas habían realizado consumos elevados de alcohol. El porcentaje de pacientes que había consumido alcohol era más alto entre las muertes por envenenamiento (45%) y asfixia por gas (51%). También variaba la concentración de alcohol en sangre según el tipo de suicidio, siendo más alta en las muertes por arma de fuego (1.6 g/l). Es remarcable que diversos estudios han apuntado hacia una relación entre el riesgo suicida y la cantidad de alcohol consumida, lo cual podría animarnos a consolidar la investigación en esta dirección.

El prototipo del suicida con consumo agudo de alcohol es un varón más joven, separado o divorciado, con estresores vitales de inicio reciente (incluyendo el desempleo)<sup>33,34</sup>.

Otro estudio de Lejoyeux y cols.<sup>35</sup>, que comentaremos con más detalle en el próximo punto, muestra que la ingesta de alcohol antes del intento de suicidio podría preveer la existencia de un trastorno por consumo de alcohol. En este estudio no se identificaron diferencias en la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos entre el grupo que no había consumido alcohol antes del intento respecto al que sí lo había hecho.

En un estudio de Boenisch y cols.<sup>36</sup>, los intentos de suicidio fueron más frecuentes en pacientes que presentaban un trastorno por uso de alcohol, sobre todo si eran hombres, de edad media o tenían antecedentes de intentos previos. Solo los pacientes con trastorno por uso de alcohol y consumo agudo del mismo, presentaban un intento con un método de bajo riesgo. Los autores concluyeron que los intentos suicidas bajo los efectos del alcohol son más impulsivos y con menor intencionalidad.

Según diversos estudios, como el de Sher y cols.<sup>37</sup>, la prevalencia de trastorno por uso de alcohol es significativamente mayor en pacientes con trastornos afectivos que presentan intentos suicidas en contextos de consumo agudo de alcohol (70.7% vs 46.2%). En estos pacientes, a diferencia de lo observado en el anterior estudio, el consumo de alcohol se asocia significativamente con mayor letalidad del método escogido.

En la población adolescente los datos son también contundentes, lo que adquiere tintes dramáticos habida cuenta de la especial vulnerabilidad de este subgrupo. En una revisión sistemática<sup>38</sup> se observó que hasta el 50% de los adolescentes que habían consumado el suicidio habían consumido previamente alcohol, cocaína o ambas sustancias (41,7% alcohol). Otro elemento interesante que aporta esta revisión es la capacidad predictora de suicidio y del debut precoz del consumo de alcohol de la *Drug Abuse Screening Test*.

También en adolescentes, otra revisión<sup>39</sup> llevada a cabo en Finlandia demuestra una elevada prevalencia de alcoholemias positivas en suicidios consumados (51%) e intentos de suicidio (53% mujeres, 40% hombres). En un estudio de González y cols.<sup>40</sup>, la ideación suicida en adolescentes se correlacionó con ingestas agudas de alcohol, aún controlando otras variables.

Tanto los estudios de suicidios consumados como de intentos de suicidio nos indican que el consumo de alcohol agudo está presente de forma relevante. Estos datos son extensibles a todas las franjas de edad y a los pacientes con trastorno afectivo. Parece que el consumo agudo de alcohol fomentaría la impulsividad, la restricción cognitiva y el distrés psíquico. La relación con la letalidad del método de suicidio utilizado no está clara con los datos de que se dispone. El consumo agudo de alcohol en pacientes con tentativas suicidas debería alertar al clínico sobre un posible trastorno por uso subyacente así como sobre el potencial suicida.

### ¿TIENEN LOS ALCOHÓLICOS MAYOR RIESGO DE SUICIDIO?

El alcoholismo es un factor contribuyente en aproximadamente un 30% de los suicidios; cerca del 8% de las personas con una dependencia del alcohol mueren por suicidio; hasta el 96% de los alcohólicos que mueren por suicidio han continuado con el consumo hasta el fin de sus vidas<sup>41</sup>. No obstante, aunque se considera establecido de forma clara que el alcoholismo aumenta el riesgo de suicidio, aún sabemos poco acerca de los factores de riesgo concretos y su interrelación.

Multitud de estudios retrospectivos acerca del suicidio consumado muestran de forma consistente que una alta proporción fue cometida por alcohólicos (desde el 15% en el sur de Inglaterra en 1974<sup>42</sup> al 27% en Seattle en 1960<sup>43</sup>). Estos estudios muestran también que el suicidio ocurre con mayor frecuencia en un estadio tardío de la dependencia de alcohol. Ilgen y cols. observaron que, entre personas con un trastorno por uso de alcohol, un consumo elevado reciente se correlacionaba con mayor probabilidad de cometer tentativas de suicidio y de morir por esa causa.

Lejoyeux y cols.<sup>35</sup> llevaron a cabo un estudio con 180 pacientes examinados en un departamento de urgencias tras una tentativa suicida, comparados con 180 controles. Todos respondieron los cuestionarios de CAGE *Fagerström*. El estudio concluyó que el 43% de los pacientes examinados tras una tentativa suicida cumplía criterios para un trastorno por uso de alcohol. Estos habían consumido alcohol antes de la tentativa con mayor frecuencia (61% vs 23%) y tenían más intentos de suicidio previos.

En la revisión de Modesto-Lowe y cols.<sup>44</sup> sobre intentos de suicidio y dependencia de alcohol se perfila un paciente tipo: mujer joven, con dependencia grave y de inicio temprano, importante comorbilidad somática, psiquiátrica (sobre todo depresión) y de otros tóxicos, antecedentes de intentos previos y de conducta suicida en familiares. Destacar, como veíamos, la asociación entre un debut temprano del consumo y la conducta suicida.

Distintos estudios apuntan que cabe distinguir entre tentativas de suicidio planificadas y no planificadas en pacientes con dependencia de alcohol<sup>45-47</sup>. Los actos precontemplados se llevan a cabo con mayor intencionalidad, se halla más probabilidad de dependencia de otros tóxicos y de depresión y la probabilidad de recibir tratamiento médico *a posteriori* es mayor. Las tentativas de corte impulsivo son más frecuentes en mujeres e individuos con altos niveles de agresividad en relación con el consumo de alcohol.

Se ha prestado especial atención a la comorbilidad depresiva y alcohólica en pacientes con conducta suicida. Preuss y cols. llevaron a cabo un estudio<sup>48</sup> que comparaba depresión inducida *versus* independiente en pacientes con dependencia de alcohol e historia de tenta-

tivas de suicidio. El grupo con depresión independiente presentó un mayor riesgo suicida, con un debut más temprano de la ideación y de las tentativas. Sher y cols. hallaron<sup>49</sup> que, entre pacientes deprimidos con historia de conductas suicidas, en aquellos que presentaban una dependencia de alcohol comórbida el primer episodio depresivo y el primer ingreso psiquiátrico se producían antes, existía una mayor prevalencia de abuso en la infancia y puntuaban más alto en las escalas de medición de agresividad e impulsividad.

En cuanto a otras enfermedades mentales, McLean y cols. demostraron recientemente en un estudio<sup>50</sup> entre pacientes esquizofrénicos que existía una asociación significativa entre un abuso o dependencia de alcohol a lo largo de la vida y los intentos de suicidio (OR = 1.66; 95% IC 1.23-2.24; P = 0.001).

En resumen, es importante no obviar el elevado riesgo suicida que presentan los pacientes con una dependencia de alcohol. En estos casos, hay que prestar atención especial a: la existencia de antecedentes personales y familiares de suicidio, otra comorbilidad psiquiátrica y, en particular la depresiva, impactos psicosociales/interpersonales recientes, abstinencia o recaída reciente y aumento del consumo. También es conveniente explorar la presencia de altos niveles de agresividad e impulsividad.

### ¿CUÁLES SON LAS IMPLICACIONES DE LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN FUTURA?

#### Implicaciones preventivas y terapéuticas

Los profesionales de la salud mental pueden usar los modelos conceptuales de relación alcohol-suicidio para identificar a pacientes con mayor riesgo suicida. Asimismo, la evidencia disponible nos muestra la importancia de incentivar el desarrollo de programas específicos de intervención preventiva en individuos con dependencia de alcohol y factores de riesgo suicida, así como de programas de detección de trastorno por uso de alcohol en individuos con conducta suicida. Incrementar la sensibilidad de la población mediante campañas de salud pública amplias y profundas parece de sentido común ante la intersección de dos problemas de salud de la magnitud de los aquí tratados.

Suokas y Lönnqvist pusieron el dedo en la llaga, hace ya bastantes años, al conducir un estudio en urgencias generales hospitalarias, comparando entre individuos que habían cometido una tentativa de suicidio con y sin consumo de alcohol concomitante<sup>51</sup>. Hallaron que los primeros eran derivados e ingresados con menor frecuencia, no obstante, tenían una frecuencia de muerte accidental al año del 35%, comparado con el 13% de los que no habían consumido alcohol y no se hallaron diferencias significativas en el riesgo de suicidio al año entre ambos grupos. Cabe, quizá, revisar qué concepto tenemos y tienen nuestros colegas médicos de otras especialidades hoy en día acerca del alcoholismo y, con ello, incrementar la sensibilidad a la hora de detectar personas con elevado riesgo de suicidio.

#### Cuestiones metodológicas

Al revisar los distintos estudios se pone de manifiesto que, con frecuencia, la medición del uso de alcohol y de las conductas suicidas es limitada. El uso extendido de datos autorreportados es un ejemplo de ello. Como indican algunos autores, un modo de mejorar la

recogida de datos sería el empleo de medidas más sofisticadas y objetivas como el *Implicit association test*<sup>52</sup> para describir cogniciones suicidas y el *Alcohol stroop task*<sup>53</sup> para recoger el consumo de alcohol. Otro punto débil es que, tanto el consumo de alcohol como la conducta suicida, a menudo se miden con un solo ítem cada uno, lo que implica flaquezas en lo que respecta a la validez. Es por ello que algunos autores sugieren la necesidad de un esfuerzo dirigido a usar instrumentos de medida más válidos (como sería el AUDIT para el consumo de alcohol).

En cuanto a la selección muestral y el diseño de los estudios surgen diversas consideraciones. Por un lado, son necesarios estudios que examinen la conducta suicida y los factores de riesgo entre personas que presenten distintos grados de consumo de alcohol. Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre el uso de alcohol y el suicidio usan diseños transversales o retrospectivos, lo que imposibilita la interpretación causal de la asociación entre variables, por lo que convendría promover los estudios longitudinales en este campo.

Si los investigadores toman en consideración estas limitaciones metodológicas y se consigue la financiación necesaria para llevar a cabo experimentos más ambiciosos, se logrará entender mejor la asociación entre alcohol y suicidio y con ello se podrán mejorar las estrategias preventivas y terapéuticas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)
2. [http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/es/index.html](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/index.html)
3. Ellis, TE, Trumppower D. "Health risk behaviors and suicidal ideation: A preliminary study of cognitive and developmental factors". *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008;38:251-259.
4. Kisch J, Leino EV, Silverman MM. "Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the spring 2000 national college health assessment survey". *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005;35:3-13.
5. Hufford M. "Alcohol and suicidal behavior". *Clinical Psychology Review* 2001;21:797-811.
6. Conner KR, Duberstein PR. "Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: Empirical review and conceptual integration". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004;28:6S-17S.
7. Malone DA, Lamis KR. "Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model". *Suicidology Online* 2012;3:4-23.
8. Brady J. "The association between alcohol misuse and suicidal behavior". *Alcohol Alcohol*. 2006;41:473-447.
9. Gross-Isseroff R, Biegon A. "Auto radiographic analysis of [3H] Imipramine binding in the human brain postmortem: effects of age and alcohol". *J Neurochem*. 1988;51:528-534.
10. Chen HT, Casanova MF, Kleinman JE, et al. "3H-paroxetine binding in brains of alcoholics". *Psychiatry Res*. 1991;38:293-299.
11. Dillon KA, Gross-Isseroff R, Israeli M, Biegon A. "Auto radiographic analysis of serotonin 5-HT1A receptor binding in the human brain postmortem: effects of age and alcohol". *Brain Res*. 1991;554:56-64.
12. Sher L, Milak MS, Parsey RV, et al. "Positron emission tomography study of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge in major depressive disorder with and without comorbid lifetime alcohol dependence". *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17:608-615.
13. Sher L, Stanley BH, Grunebaum MF, et al. "Lower cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic levels in depressed high-lethality suicide attempters with comorbid alcoholism". *Biol Psychiatry*. 2005;57:136S.
14. Ratsma JE, Van Der Stelt O, Gunning WB. "Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans". *Alcohol Alcohol*. 2002;37:522-533.
15. Thompson PM, Cruz DA, Olukotun DY, Delgado PL. "Serotonin receptor, SERT mRNA and correlations with symptoms in males with alcohol dependence and suicide". *Acta Psychiatrica Scand*. 2011 Dec 19.
16. Sher L. "The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in the pathophysiology of alcohol misuse and suicidal behavior in adolescents". *Int J Adolesc Med Health*. 2007;19:3-9.
17. Ali S, Nathani M et al. "Alcohol: The Lubricant to Suicidality". *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(1):20-29.
18. Caces F, Harford T. "Time Series Analysis of Alcohol Consumption and Suicide Mortality in the United States, 1934-1987". *J. Stud. Alcohol* 1998;59:455-461.
19. Kerr WC, Subbaraman M, Ye Y. "Per capita alcohol consumption and suicide mortality in a panel of US states from 1950 to 2002". *Drug Alcohol Rev* 2011;30:473-480.
20. Landberg J. "Alcohol and suicide in Eastern Europe". *Drug Alcohol Rev* 2008;27:361-373.
21. Ramstedt, M. "Alcohol and suicide in 14 European countries". *Addiction* 2001;96:59-75.
22. Norstrom T, Rossow I. "Beverage specific effects on suicide". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 1999;16:109-118.

23. Norstrom T et al. "Alcohol and Suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: Evidence for the Continuation of a Harmful Drinking Culture Across Time?". *Stud. Alcohol Drugs* 2011;72:341-347.
24. Razvodovski YE. "Alcohol consumption and suicide rates in Russia". *Suicidology Online* 2011;2:67-74
25. Smart RG, Mann RE. "Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975–1983". *British Journal of Addiction* 1990;85:463-468.
26. Mok PLH et al. "Why does Scotland have a higher suicide rate than England? An area-level investigation of health and social factors". *J Epidemiol Community Health* 2013;67:63-70
27. Alexander C, Wagenaar, Amy L, Tobler, and Kelli A. Komro. "Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic Review". *American Journal of Public Health* 2010;100(11):2270-2278.
28. Miller M et al. "Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey". *Drug and Alcohol Dependence* 2011;113(2–3):110-117.
29. Bagge CL, Sher KJ. "Adolescent Alcohol Involvement and Suicide Attempts: Toward the Development of a Conceptual Framework". *Clin Psychol Rev*. 2008;28(8):1283-1296.
30. Cherpitel CJ, Borges G and Wilcox HC. "Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004;28:18S-28S.
31. Borges G et al. "A Case-Crossover Study of Acute Alcohol Use and Suicide Attempt". *J Stud Alcohol* 2004;65:708-714.
32. Holmgren A, Jones AW. "Demographics of suicide victims in Sweden in relation to their blood-alcohol concentration and the circumstances and manner of death". *Forensic Science International* 2010;198(1-3):17-22.
33. Pikola SP, Marttunen MJ et al. "Suicides of alcohol misusers and non misusers in a Nationwide population". *Alcohol & Alcoholism* 2000;35:70-75.
34. Marttunen MJ, Aro H et al. "Adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1994;39:490-497.
35. Lejoyeux M et al. "Characteristics of Suicide Attempts Preceded by Alcohol Consumption". *Archives of Suicide Research* 2008;12:30-38.
36. Boenisch S et al. "The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts—A secondary analysis of 1921 suicide attempts". *European Psychiatry* 2010;25:414-420.
37. Sher L et al. "Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders". *Journal of Psychiatric Research* 2009;43:901-905.
38. Pompili M et al. "Substance abuse and suicide risk among adolescents". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2012;262:469-485.
39. Esposito-Smythers C, Spirito, A. "Adolescent Substance Use and Suicidal Behavior: A Review With Implications for Treatment Research". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004;28:77S–88S.
40. Gonzalez VM, Hewell WM. "Suicidal ideation and drinking to cope among college binge drinkers". *Addictive Behaviors* 2012;37:994-997.
41. American Foundation of Suicide Prevention: Facts & Figure—National Statistic: Available from URL:[http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page\\_id=050fea9f-b064-4092-b1135c3a70de1fda](http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page_id=050fea9f-b064-4092-b1135c3a70de1fda).
42. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. "A hundred cases of suicide: clinical aspects". *Br J Psychiatry*. 1974;125:355–373.
43. Dorpat T, Ripley H. "A study of suicide in the Seattle area". *Comprehens Psychiatry*. 1960;1: 349–359.

44. Modesto-Lowe V, Brooks D, et al. "Alcohol Dependence And Suicidal Behaviour: from research to clinical challenges". *Harv Rev Psychiatry* 2006;14:251-248.
45. Conner KR et al. *Precontemplated and Impulsive Suicide Attempts Among Individuals With Alcohol Dependence* J. *Stud Alcohol*. 2006 Jan;67(1):95-101.
46. Conner KR et al. *Transitions to, and Correlates of, Suicidal Ideation, Plans, and Unplanned and Planned Suicide Attempts Among 3,729 Men and Women With Alcohol Dependence* J *Stud Alcohol Drugs*. 2007 Sep;68(5):654-62
47. Wojnar M et al. "Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence". *Journal of Affective Disorders* 2009;115(1-2):131-139.
48. Preuss UW et al. "A Comparison of Alcohol-Induced and Independent Depression in Alcoholics with Histories of Suicide Attempts". *J Stud Alcohol* 2002;63(4):498-502.
49. Sher et al. "The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism". *Addict Behav*. 2005 Jul;30(6):1144-53.
50. McLean D, Gladman B, Mowry B. "Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample". *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:132-140.
51. Suokas, J. and Lönnqvist, J. "Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;91:36-40.
52. Nock M, Park J, Finn C, Deliberto T, Dour H, Banaji M. (2010). "Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior". *Psychological Science* 2010;21:511-517.
53. Cox W, Yeates, G, & Regan, C. *Effects of alcohol cues on cognitive processing in heavy and light drinkers*. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;55:58-8.



Este capítulo va a tratar sobre el encuentro con el paciente suicida. En capítulos anteriores se ha descrito cómo debe ser la evaluación del riesgo, una vez realizada, ¿qué hacemos con el paciente que tiene riesgo de suicidio, ideación de suicidio o que acaba de realizar una tentativa de suicidio? Este encuentro que decíamos que posibilita la entrevista con el paciente suicida en urgencias es una ocasión única para favorecer un seguimiento posterior.

## EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE SUICIDA

El encuentro con el paciente suicida es algo necesario, como señala el hecho que el riesgo de suicidio tras un intento de suicidio es muy elevado, incluso mayor en pacientes con trastornos específicos.

En un estudio de Registro Nacional Sueco, de 39.685 sujetos hospitalizados después de una tentativa suicida y con seguimiento de hasta 31 años, la mortalidad por suicidio fue del 15% y llegaba a subir hasta el 40% en varones con trastornos afectivos (unipolar o bipolar) o esquizofrenia<sup>1</sup>. Aunque se sabe que los pacientes suicidas tienen un pronóstico muy malo, se demuestra que estos pacientes no reciben la atención que merecen.

### Un encuentro fallido

Si bien, todo el mundo está de acuerdo en que estos pacientes de alto riesgo de suicidio necesitan atención continuada, no parece que esta impresión sirva para mucho. Un estudio realizado al nivel mundial, indicaba que sólo una parte de esta población realiza un seguimiento posterior<sup>2</sup>. Por ejemplo, en los países desarrollados, entre los 50 y 64% de las tentativas tienen seguimiento médico ambulatorio, mientras que entre el 35 y 52% lo hace en dispositivos de salud mental. Otro aspecto interesante de este estudio es el relacionado con las razones de este déficit de cuidados. Las mayoría de las barreras para el tratamiento son, ante todo, debidas a la percepción de los mismos pacientes, que no perciben la necesidad de un tratamiento (45%), que piensan recuperarse sin ayuda (36%), que los tratamientos no son eficaces (12%) y que los problemas no son tan graves (13%).

Por el otro lado, los clínicos son responsables de una valoración deficitaria de los pacientes en los servicios de urgencias<sup>3,4</sup>. Esto hace que un porcentaje de pacientes que han intentado suicidarse, reciban el alta desde Urgencias sin haber sido evaluados psiquiátricamente de forma completa. Estudios españoles señalan nuevas formas de mejora<sup>3,5</sup>. Un estudio realizado en Madrid en 2004, evaluaba los criterios de toma de decisión para el

ingreso de un paciente en la unidad de hospitalización. En este estudio se observó que la decisión del facultativo se basa, en gran medida, en los autoinformes del paciente, como la intención de repetir, el uso de un método letal o la existencia de planificación suicida entre otros. Sin embargo, la evaluación del mismo acto, transcurrido un tiempo, parece que se valora de una forma distinta, como indica un estudio holandés<sup>6</sup>. Para ello, una semana después de la valoración de la tentativa en los dispositivos de urgencias, se realizaba otra evaluación en el domicilio del sujeto. Los resultados del estudio indicaban que, una semana más tarde, los pacientes describían el intento con más intención suicida y menos impulsividad que inicialmente, es decir, existía una infravaloración de las motivaciones del acto en la primera inicial. Otro dato interesante es que el 40% de los sujetos no recordaba el plan de tratamiento que se les indicó, así como las recomendaciones de derivación y seguimiento.

### Vulnerabilidad suicida

Podemos entender por qué es muy difícil el seguimiento de estos pacientes. La vulnerabilidad suicida, con todas sus facetas, representa un obstáculo importante para curar a los pacientes de alto riesgo: impulsividad<sup>7</sup>, hostilidad, anormalidades en la toma de decisiones relacionadas con problemas interpersonales<sup>8</sup>, desregulación emocional, hipersensibilidad al rechazo social<sup>9</sup>, y menor percepción de apoyo social. Todas las características de estos pacientes podrían explicar que son más inestables en la relación terapéutica por lo que presentan una peor adherencia y cumplimiento terapéutico.

Así, se sabe que en el 60% de los intentos de suicidio no se hace seguimiento a más de una semana<sup>10</sup> y que el 47% de los suicidios ocurren antes de la primera visita de seguimiento<sup>11</sup>. Entonces, la organización habitual de atención psiquiátrica podría ser inadecuada para pacientes suicidas y, tal vez, tendríamos que ser más activos en el cuidado de estos pacientes.

Existe un estudio muy importante para la prevención del suicidio<sup>12</sup> que nos informa que la implementación en los servicios de psiquiatría de las recomendaciones es efectiva para salvar vidas por suicidio. Estas recomendaciones siguen el plan "Safety First" utilizado en el Reino Unido para la prevención de la violencia y del suicidio. En resumen, se trata de impedir el acceso a los posibles medios de suicidio en el hospital, de tomar todas las medidas que se puedan tomar para promover la continuidad de la atención y luchar contra el abandono de la atención a estos pacientes y se propone renovar la capacitación de todo el personal cada 3 años.

### OBJETIVOS DE UNA HOSPITALIZACIÓN BREVE Y SISTEMÁTICA

Con estas consideraciones tenemos en Montpellier una unidad especial de atención a los intentos de suicidio. Nuestra idea es no pasar por alto el encuentro, se debe organizar en buenas condiciones y la hospitalización breve después de un intento de suicidio lo permite.

Además, la hospitalización tiene estos objetivos:

- Prevenir el suicidio en el corto plazo.
- Disponer de protocolos de evaluación estandarizados, indispensables para valorar todos los aspectos del sujeto. Por ejemplo, se sabe que la historia de maltrato infantil no se valora usualmente<sup>3</sup>. En los pacientes deprimidos, poner un diagnóstico de trastorno

bipolar es un desafío importante que tiene consecuencias determinantes para el tratamiento, y se necesita obtener información colateral o usar de instrumentos específicos de detección (Guillaume *et al.* in prep).

- Detectar y diagnosticar adicciones.
- Informar y animar a la familia a participar en el tratamiento lo antes posible. El comienzo de la psicoeducación es en este momento.

La ventaja de la hospitalización breve es que permite preservar la autonomía y evitar el estigma, especialmente si está ubicada en el hospital general y no en un hospital psiquiátrico.

El plan de cuidado que proponemos durante la hospitalización breve es el siguiente **(Figura 1)**:

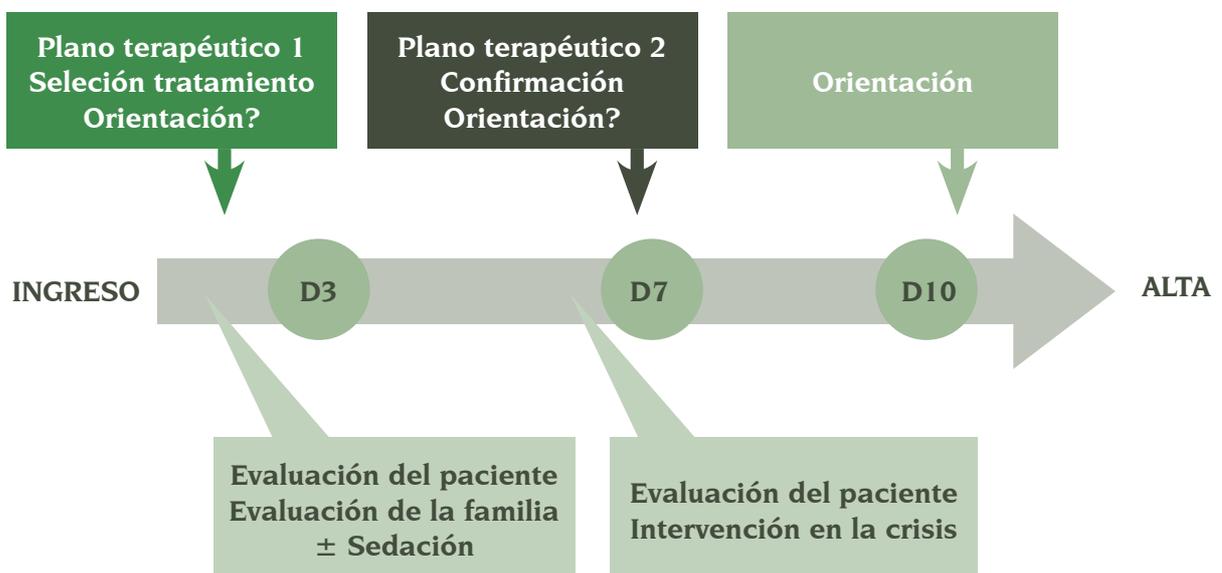
- Valoración del paciente y de su familia
- Elección y validación de un tratamiento
- Intervención psicoterapéutica en la crisis
- Sedación del dolor psicológico

Debe de tener lugar una reunión del equipo clínico al tercer y séptimo día para consensuar el diagnóstico y la orientación terapéutica. Durante la hospitalización, un objetivo fundamental es aliviar el dolor psicológico. Esto creará una alianza con el paciente que finalmente podrá experimentar que su dolor puede calmarse a pesar de que su situación existencial sea la misma. Esta sedación también evita el paso al acto a corto plazo.

### SEDACIÓN DEL DOLOR PSICOLÓGICO

El tema del dolor psicológico y del dolor social en el suicidio merece una mejor explicación. Nuestra hipótesis es que el dolor constituye un elemento central en el proceso suicida

**Figura 1.** Hospitalización breve: procedimientos



y que su valoración puede ayudar a identificar y caracterizar a los pacientes de alto riesgo. Además, la investigación de los procesos biológicos del dolor social / psicológico puede ofrecer nuevas vías de tratamiento preventivo del suicidio.

Los factores sociales a los que están sometidos nuestros pacientes tienen en común que llevan a la exclusión social. Obviamente, los factores sociales interactúan con las características de los individuos para influir en el riesgo de suicidio. Si nos referimos al modelo de estrés/vulnerabilidad, podemos hipotetizar que la sensibilidad a la exclusión social puede representar un componente de la vulnerabilidad suicida. Por lo tanto, la identificación de las características de vulnerabilidad suicidas está involucrada en los mecanismos de regulación del dolor social o psicológico que apoyaría nuestra hipótesis.

Ponemos como ejemplo, la negligencia parental en la infancia que favorece muy tempranamente la exclusión social. La percepción de ser rechazado en la infancia conduce a una disminución de la voluntad social, por lo que el individuo se encuentra más aislado y está menos predispuesto a buscar ayuda cuando presenta ideación suicida. Esto conlleva un aumento de la desesperanza y del riesgo suicida. La identidad del abusador modula la relación de los abusos y los intentos de suicidio. Esto es, cuando las personas que abusan son familiares directos, el niño presenta mayor riesgo. Por último, una historia de ser rechazado en repetidas ocasiones, conduce a respuestas inadaptadas que ayudan a perpetuar el ciclo. Por tanto, estos sujetos desarrollan una sensibilidad al rechazo que aumenta la susceptibilidad a sentirse excluido, incluso fuera de tales eventos, y a responder con hostilidad<sup>13,14</sup>.

Otros datos que apoyan esta relación entre la vulnerabilidad suicida y el dolor vienen de los estudios de imagen cerebral que sugieren que el dolor psicológico contribuye a la conducta suicida. En efecto, las regiones involucradas en la vulnerabilidad suicida en relación con la sensibilidad al rechazo social<sup>9</sup>, son las mismas que regulan los sentimientos de exclusión social en los sujetos sanos<sup>15</sup> y están asociadas con un nivel alto de dolor psicológico en los sujetos deprimidos<sup>16</sup>. Además, estudios muy interesantes ponen de manifiesto que el dolor físico y el dolor social comparten procesos comunes neuroanatómicos<sup>17</sup>. Si el dolor psicológico, social y físico comparten vías comunes neuroanatómicas, se puede entender por qué, cualquiera que sea la causa del dolor, los pacientes tienen un mismo sentimiento: dolor.

En un estudio recientemente publicado, nuestro objetivo era determinar si las personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen mayores tasas de uso de analgésicos en comparación con los controles depresivos y normales<sup>18</sup>. Se incluyeron 857 individuos aleatorizados de las listas electorales, no institucionalizados y sin demencia, de personas mayores de 65 años. Se dividieron en tres grupos: 41 con historia de tentativa suicida (TS), 410 sin historia de depresión ni de tentativa suicida (controles psiquiátricos), y 406 controles sanos (CS). El uso de analgésicos, basado en los datos del sistema de seguridad social, se recogió durante los 3 años de seguimiento. Comparamos el consumo de analgésicos por grado (I: no medicamentos opioides; II: medicamentos opioides) en los tres grupos. Después de controlar distintas variables de confusión (sexo, edad, educación, enfermedades crónicas, dolores de cabeza, hospitalización, soledad, percepción subjetiva de salud), se observó que el consumo de opioides era significativamente mayor en ambos grupos de pacientes en comparación con los controles sanos (TS: OR=2.33 [1.15-4.73] y PC: OR=1.39 [1.01-1.91]). Después de excluir los casos de cáncer, la relación siguió siendo significativa solo

para el grupo de sujetos con historia de tentativa suicida (OR=2.35). A pesar de que el dolor no se midió durante el periodo de seguimiento, proponemos que los sujetos con antecedentes de intento de suicidio tienen una percepción aumentada del dolor, evaluada por un aumento del consumo de analgésicos opioides. Además, estos resultados podrían indicar el interés del estudio de los medicamentos actuando sobre el sistema opioide para prevenir el desarrollo del dolor psicológico y del suicidio.

Se puede recordar las propuestas de Schneidman que afirma que las conductas suicidas representan la única solución para calmar el dolor: "*el suicidio es causado por el psychache*"<sup>19</sup>. Además, el dolor insoportable es uno de los temas más frecuentes de las notas de suicidio<sup>20</sup>. Estas notas indican que los sujetos con una mayor propensión para el sufrimiento psicológico tienen un mayor riesgo de suicidio. Una sensación duradera, sostenible y desagradable que resulta de la evaluación negativa de la capacidad o deficiencia del yo<sup>21</sup>. La asociación entre el dolor psicológico y la conducta suicida se ha examinado en una serie de estudios que utilizan diferentes instrumentos. En nuestro estudio, con una escala visual analógica, encontramos que en los pacientes con depresión, el dolor psicológico fue mayor en aquellos que presentan antecedentes de intento de suicidio (reciente o no) que en los que no tienen antecedentes suicidas<sup>22</sup>. Además, el nivel de dolor psicológico se correlacionó con la intensidad y la frecuencia de ideación suicida.

Si los individuos suicidas sufren un dolor psicológico insoportable, debemos sobre todo aliviar el dolor, para evitar que este dolor conduzca al suicidio. Lo hacemos utilizando tratamientos sintomáticos sobre el síndrome de "amenaza suicida" para tratar la agitación, el insomnio, la inestabilidad, la cólera o la ansiedad. Nosotros utilizamos tratamientos con benzodiazepinas y antipsicóticos para aliviar estos síntomas y calmar el dolor. El beneficio de un tratamiento sedativo durante dos días se traduce en que un paciente que duerme no se suicida. Obviamente, estos días con este tipo de tratamiento necesitan una vigilancia de enfermería intensiva, con idea de monitorizar el riesgo de suicidio y los efectos del tratamiento.

Están emergiendo datos muy interesantes en la investigación de nuevas áreas en el tratamiento de la ideación suicida como una urgencia médica. En estudios recientes, se examinaron los efectos de ketamina sobre la ideación suicida. Por ejemplo, treinta y tres sujetos recibieron una única infusión de ketamina (0,5 mg/kg) y la ideación suicida fue evaluada en línea de base, 40, 80, 120, y 230 minutos después de la infusión. La ideación suicida disminuyó significativamente en las cuatro escalas de medida dentro de los 40 minutos; esta disminución se mantuvo significativa durante las primeras cuatro horas tras la infusión. Podemos preguntarnos si este efecto tan espectacular sobre la ideación suicida se relaciona con el efecto antidepresivo o con las propiedades analgésicas de la ketamina.

### CONSTRUIR LA ALIANZA

Finalmente, construir una alianza con el paciente suicida es el objetivo esencial. Se necesita tiempo para pasar del efecto catártico a que el paciente perciba un beneficio de la asistencia. La sedación del dolor es un dato que debe estudiarse en mayor profundidad. Podemos también investigar estrategias "*prospicoterapéuticas*" como les llama Meyer Lindenberg, que serían fármacos que facilitan el uso de intervenciones ambientales o psicológicas.

Entre los agentes que podrían tener estas propiedades, figuran los neuropéptidos sociales.

En un estudio de asociación genética, mostramos una asociación entre tres polimorfismos del gen receptor de la vasopresina V1b (Olie *et al.* in prep). Además, hemos encontrado que uno de estos SNPs era funcional *in vitro* y en estudios por fMRI en sujetos sanos, está involucrado en la modulación de respuesta del córtex del cíngulo caudal anterior a caras con expresión de enfado frente a las que expresan sentimientos neutros. Estos datos animan a investigar más en estos sistemas que pueden indicar nuevas dianas para la prevención de la exclusión social y, por tanto, de la conducta suicida. La relación tan estrecha que existe entre las interacciones sociales y el suicidio obliga a estudiar los "neuropéptidos sociales" como la oxitocina y la vasopresina. Sabemos que estas sustancias juegan un papel muy importante en las relaciones sociales, el apoyo social, en el comportamiento maternal que protegen frente al estrés y la ansiedad<sup>23</sup>. Tanto la oxitocina como la vasopresina son factores que modulan la analgesia<sup>24</sup>, probablemente interactuando sobre el sistema opioide. Por tanto, pudiera ser que los sujetos con intentos de suicidio tuvieran niveles elevados de ambos péptidos, como ya señalaron Inder *et al.*<sup>25</sup>

### PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: RESTAURAR LA CONEXIÓN SOCIAL

Mientras que los factores que favorecen la exclusión social aumentan el riesgo de suicidio, la mejora de la conexión social podría proteger frente al suicidio. Entonces, tras el alta de un servicio de urgencias se pueden proponer intervenciones que han demostrado ser eficaces en la prevención de la repetición suicida. Estos ensayos de intervención aleatorizados sugieren una reducción de la conducta suicida, ya que permiten a los individuos sentirse más cuidados y conectados con los demás. En estos estudios, se ha demostrado que los pacientes que reciben una tarjeta postal o una llamada telefónica después del alta en urgencias por un intento de suicidio, tienen una tasa de repetición menor que los que no lo reciben. La intervención sólo comprendía contactos breves que expresan preocupación por el bienestar de la persona que los invitaba a responder<sup>26-30</sup>. Estamos realizando un estudio multicéntrico en Francia con este mismo objetivo: comprobar la eficacia de un sistema que mantenga el contacto con los pacientes después del alta de urgencias, basado sobre el algoritmo "ALGOS" que depende del tipo de paciente, sobre la reducción de incidencia de intentos de suicidio repetidos durante 6 meses.

En nuestro servicio de hospitalización breve, hemos desarrollado un dispositivo de seguimiento después la alta (**Figura 2**). El fin es mantener el beneficio obtenido gracias al ingreso en la unidad especializada. Esto lo realizamos mediante cuatro consultas por parte del equipo médico o de enfermería en las dos primeras semanas tras el alta, con contactos telefónicos posteriores y con disponibilidad para tener citas ambulatorias en caso de necesitarse. La idea es favorecer la continuidad de los cuidados antes de que el paciente sea derivado a otro dispositivo. Datos preliminares indican una buena respuesta. De los 113 primeros pacientes, con un seguimiento de tres meses, el 75% no tuvieron que ser rehospitalizados y sólo un 4% realizaron una nueva tentativa suicida.

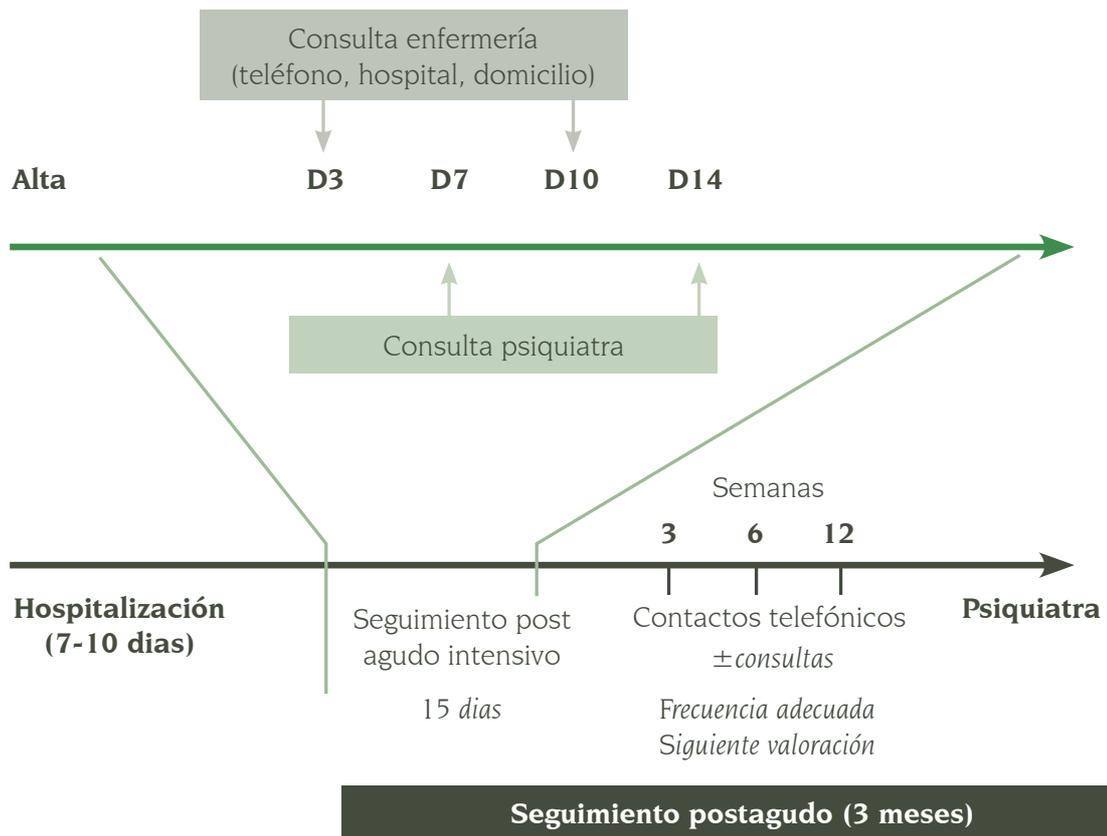


Figura 2. Dispositivo de seguimiento postagudo

## CONCLUSIONES

- Prevenir el acto o recidiva suicida en los pacientes de alto riesgo requiere una importante participación de los cuidadores, ya que todo parece indicar que no reciben la atención necesaria. Para que esta atención sea efectiva necesitamos tiempo y organización para:
  - Valorar al paciente y a su familia
  - Aliviar el dolor
  - Crear una alianza con pacientes difíciles
- La prevención del acto suicida o la recidiva suicida se aplica con programas proactivos para mantener el contacto tras el alta.
- Existen expectativas sobre el desarrollo de nuevos tratamientos psicosociales o psicofarmacológicos, especialmente relacionados con los sistemas opioides y los neuropéptidos sociales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.
2. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1):64-70.
3. Rico-villademoros Gamodena F, Hernando Martin T, Saiz Ruiz J, Giner J, Bobes J. Patron de actuacion de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. In: Bobes J, Giner J, Saiz Ruiz J, editors. *Suicidio y Psiquiatria - Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Fundacion Española de psiquiatria y Salud Mental, Editorial Triacastela; 2011.
4. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. The role of suicide risk in the decision for psychiatric hospitalization after a suicide attempt. *Crisis*. 2011;32(2):65-73.
5. Ayuso-Mateos JL, Miret Garia M. Estudio de las conductas suicidas en el hospital general. In: Giner J, Medina A, Giner L, ADAMED, editors. *Evaluacion y manejo de la conducta suicida (Encuentros en psiquiatria)*. Madrid 2012.
6. Verwey B, van Waarde JA, Bozdog MA, van Rooij I, de Beurs E, Zitman FG. Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*. 2010;31(6):303-10.
7. Courtet P, Gottesman, II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*. 2011;1:e7.
8. Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Castelnaud D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007 Apr;99(1-3):59-62.
9. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V, Brammer MJ, Fullana MA, Drapier D, et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2008 Jun;165(6):740-8.
10. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2010 Dec;61(12):1183-91.
11. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*. 2009 Mar;39(3):443-9.
12. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1005-12.
13. Ehnvall A, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Malhi G. Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females--but not for males. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Jan;117(1):50-6.
14. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hebert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. 2008 Aug;193(2):134-9.
15. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*. 2003 Oct 10;302(5643):290-2.
16. van Heeringen K, Van den Abbeele D, Vervaeke M, Soenen L, Audenaert K. The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res*. 2010 Feb 28;181(2):141-4.
17. Kross E, Berman MG, Mischel W, Smith EE, Wager TD. Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Apr 12;108(15):6270-5.
18. Olie E, Courtet P, Poulain V, Guillaume S, Ritchie K, Artero S. History of suicidal behaviour and analgesic use in community-dwelling elderly. *Psychother Psychosom*. 2013;82(5):341-3.
19. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*. 1993 Mar;181(3):145-7.

20. Valente SM. *Messages of psychiatric patients who attempted or committed suicide*. Clin Nurs Res. 1994 Nov;3(4):316-33.
21. Meerwijk E, Weiss S. *Psychother Psychosom*. in press.
22. Olie E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. *Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act*. J Affect Disord. 2010 Jan;120(1-3):226-30.
23. Caldwell HK, Lee HJ, Macbeth AH, Young WS, 3rd. *Vasopressin: behavioral roles of an "original" neuropeptide*. Prog Neurobiol. 2008 Jan;84(1):1-24.
24. Yang J, Yuan H, Liu W, Song C, Xu H, Wang G, et al. *Arginine vasopressin in hypothalamic paraventricular nucleus is transferred to the nucleus raphe magnus to participate in pain modulation*. Peptides. 2009 Sep;30(9):1679-82.
25. Inder WJ, Donald RA, Prickett TC, Frampton CM, Sullivan PF, Mulder RT, et al. *Arginine vasopressin is associated with hypercortisolemia and suicide attempts in depression*. Biol Psychiatry. 1997 Oct 15;42(8):744-7.
26. Motto JA, Bostrom AG. *A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention*. Psychiatr Serv. 2001 Jun;52(6):828-33.
27. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. *Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning*. BMJ. 2005 Oct 8;331(7520):805.
28. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. *Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study*. BMJ. 2006 May 27;332(7552):1241-5.
29. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*. Bull World Health Organ. 2008 Sep;86(9):703-9.
30. Cebria AI, Parra I, Pamiás M, Escayola A, Garcia-Pares G, Punti J, et al. *Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population*. J Affect Disord. 2013 May;147(1-3):269-76.



# La persona con riesgo suicida: aquí y ahora. Entrevista clínica



P. A. Saiz Martínez, P. Burón Fernández, S. Al-Halabí Díaz, M. Garrido Menéndez, J. Rodríguez Revuelta, L. Jiménez Treviño, L. García Álvarez, J. Bobes García, M. T. Bascarán Fernández, M. Bousoño García, M. P. García-Portilla González

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre 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<sup>1</sup>. Concretamente, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) referentes al año 2011 sitúan al suicidio en España, por cuarto año consecutivo, como la primera causa no natural de defunción, con 3.180 personas fallecidas<sup>2</sup>. Estas cifras sitúan al suicidio, en los países industrializados, como una de las principales causas de carga producida por enfermedad cuando se tienen presentes los DALYs<sup>3</sup> ("disability adjusted life year").

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 adecuado conocimiento de la magnitud real del problema<sup>4</sup>. Hay que tener presente que el cómputo de los intentos de suicidio entraña numerosas dificultades 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<sup>5</sup>. Así, numerosos autores señalan una tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países, incluida España<sup>6</sup>.

## IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico<sup>7</sup>. En el creciente ambiente legalista en 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.

Existen numerosas guías clínicas en las que se abordan los estándares del tratamiento hospitalario de los pacientes con comportamiento suicida, entre ellas se incluye una recientemente editada en nuestro país (*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, 2012), si bien, ninguna de ellas está universalmente aceptada<sup>8</sup>. 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.

Más concretamente, 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<sup>9</sup>, en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de adecuada 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<sup>10</sup>. Lo cual 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<sup>10</sup>.

Por tanto, desde un punto de vista preventivo, para tratar de evitar la repetición de las tentativas de suicidio es fundamental realizar una adecuada evaluación de las personas que acuden a los servicios de salud tras haber realizado un intento suicida<sup>11</sup>, lo que contribuiría, de igual modo, a la prescripción de un tratamiento más adecuado<sup>12</sup>. 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<sup>13</sup>. 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 analizados e incluso el 5% de los pacientes analizados recibieron el alta médica sin una valoración psiquiátrica<sup>12</sup>.

Dicho de otro modo, uno de los problemas más frecuentes consiste en no documentar adecuadamente nuestros juicios y observaciones clínicas<sup>14</sup>. 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<sup>15</sup>. Por último, es necesario poner de manifiesto que la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) incluye en la Sección III los criterios diagnósticos para el "trastorno por comportamiento suicida" recomendándose la necesidad de evaluar la presencia (o no) de riesgo suicida<sup>16</sup> (APA, 2013).

### FACTORES DE RIESGO SUICIDA

El comportamiento suicida es el resultado final de la interacción de múltiples factores genéticos, psicológicos, ambientales y situacionales.

El modelo explicativo más aceptado en la actualidad es el de estrés-vulnerabilidad que integra:

- **Factores predisponentes** (generan vulnerabilidad): genes, acontecimientos vitales adversos (sobre todo en infancia), rasgos de la personalidad.
- **Factores precipitantes** (desencadenantes del comportamiento suicida en personas predispuestas): trastorno mental agudo, acontecimientos vitales adversos recientes<sup>17</sup>.

Los factores de riesgo suicida se dividen clásicamente en dos grandes grupos<sup>18</sup>:

- **Inmodificables:** 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, estado civil o creencias religiosas –, su cambio es ajeno al clínico.
- **Modificables:** se trata de factores psicológicos, psicopatológicos y sociales que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales.

**Factores de riesgo suicida inmodificables**

En la **Tabla 1** se resumen y se codifican, según su relevancia, los principales factores de riesgo suicida inmodificables.

**Tabla 1.** Factores de riesgo suicida inmodificables

<b>Genéticos</b>	Heredabilidad del suicidio independiente de la de los trastornos mentales Influencia relativa de los genes (en torno a 45%) Historia familiar de suicidio / intentos de suicidio mayor riesgo de suicidio consumado
<b>Neurobiológicos</b>	Hipofunción serotoninérgica relacionada con suicidio
<b>Sexo</b>	Predominio de suicidio consumado en sexo masculino (3:1) Predominio de tentativas suicidas en sexo femenino (2:1)
<b>Edad</b>	Aumentan con la edad (40% en mayores de 60 años) Cociente suicidio / tentativa de suicidio: - Adolescentes: 1/100 - Adultos: 1/25 - Ancianos: 1/4
<b>Apoyo sociofamiliar</b>	Mayor riesgo en separados, divorciados y viudos y menor riesgo en casados con hijos Aumenta el riesgo: vivir sólo, pérdida reciente de un ser querido y fracaso de relación amorosa en último año
<b>Situación laboral y económica</b>	Mayor riesgo en desempleados sobre todo si existen dificultades económicas añadidas
<b>Acontecimientos vitales estresantes</b>	Mayor riesgo si acontecimientos vitales estresantes recientes que conlleven pérdidas personales (divorcio, separación, muerte), financieras (pérdida de dinero o trabajo), problemas legales y conflictos interpersonales o pérdidas de salud física Mayor riesgo si antecedentes de maltrato físico / abuso sexual durante infancia
<b>Conducta suicida previa</b>	Factor de riesgo más sólido de suicidio consumado (riesgo: x25-x40) ≈ 50% de personas que se suicidan han realizado tentativas previas Mayor riesgo si la tentativa previa fue de elevada letalidad y baja rescatabilidad (suicidio frustrado)
<b>Otros</b>	Importancia de religión (protestantes > judíos > católicos > musulmanes) y religiosidad (a mayor religiosidad menor riesgo) Distribución geográfica: mayor riesgo en hemisferio norte

**Importancia relativa:**  Muy importante     Bastante importante     Importante

### Factores de riesgo modificables

En la **Tabla 2** se resumen y se codifican, según su relevancia, los principales factores de riesgo suicida modificables.

### Factores protectores

Son factores que contrarrestan la probabilidad del comportamiento suicida ante la presencia de factores de riesgo. Pueden dividirse en aquellos propios de la persona y los propios del entorno<sup>18</sup> (**Tabla 3**).

## EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida ha de realizarse siempre en nuestros pacientes y, como ya se ha comentado previamente, se recomienda registrar en la historia clínica el resultado. Por otra parte, hemos de tener siempre presente que el riesgo de suicidio es dinámico y no estático, por lo que resulta adecuada su monitorización de un modo continuado<sup>19</sup>, prestando especial atención a aquellos pacientes con antecedentes de tentativa suicida previa y a los que acuden a consulta por ideación suicida.

**Tabla 2.** Factores de riesgo suicida modificables

<b>Trastorno mental</b>	> 90% de suicidios se asocian a enfermedad mental Trastornos afectivos uni o bipolares: mayor riesgo (60% casos de suicidio y riesgo 15-20 veces superior a población general) Comorbilidad con otros trastornos mentales incrementa el riesgo (alcoholismo o consumo de otras sustancias, trastornos de la personalidad...) Especial riesgo en fase inicial o final del episodio depresivo (en fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición atenúan el riesgo)
<b>Enfermedad física</b>	Mayor riesgo si cronicidad, discapacidad, dolor crónico ó enfermedad terminal Aparición de sintomatología depresiva comórbida - factor determinante en la asociación suicidio – enfermedad física
<b>Dimensiones psicológicas</b>	Impulsividad agresiva con suicidalidad Desesperanza - factor psicológico muy relacionado con conducta suicida Pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva y poca capacidad de resolución de problemas → la desesperanza (asocian con riesgo suicida)

**Importancia relativa:**  Muy importante  Bastante importante  Importante

**Tabla 3.** Factores protectores de riesgo suicida

Personales	Medioambientales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad en resolución de problemas</li> <li>• Elevada autoestima</li> <li>• Habilidades sociales / interpersonales</li> <li>• Flexibilidad cognitiva</li> <li>• Estrategias de afrontamiento adecuadas</li> <li>• Hijos en el hogar (más en mujeres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado apoyo familiar y social</li> <li>• Religiosidad</li> <li>• Accesibilidad a los cuidados de salud</li> <li>• Relación terapéutica positiva</li> </ul>

La Organización Mundial de la Salud, a través de su edición de la clasificación CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria<sup>20</sup>, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida 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)

Por otra parte, es necesario reseñar que existen múltiples instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de aspectos directa ó indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas (**Tabla 4**). 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<sup>21</sup>.

**Tabla 4.** Escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas

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

A modo de resumen, se señalan los siguientes aspectos:

- Las escalas no específicas para la evaluación de riesgo suicida, pero que contienen ítems específicos que pueden resultar de utilidad al clínico, adolecen de un elevado número de falsos positivos:
  - Escala de Hamilton para la Depresión – ítem 3
  - Escala de Depresión de Montgomery-Asberg – ítem 6
  - Módulo C de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
- La escala de Ideación Suicida de Paykel está diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas de modo gradual y es muy sencilla de utilizar en la práctica clínica cotidiana.
- La escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio es un instrumento semiestructurado para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamientos suicidas. Permite realizar una clasificación de los pacientes en relación a su "estado suicida".
- A nivel ambulatorio puede ser de gran utilidad la Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida ya que permite, de una forma muy breve, evaluar la gravedad del riesgo suicida y su evolución de dicha durante el seguimiento ambulatorio del paciente.

### INTERVENCIÓN ESPECÍFICA SOBRE POBLACIÓN DE RIESGO

#### Manejo terapéutico de los pacientes con trastorno mental

A pesar de que el comportamiento suicida es, por naturaleza, multifactorial, existe una demostrada y estrecha relación entre la enfermedad mental y el suicidio que queda ilustrada por datos que ponen de manifiesto que ésta está presente en, al menos, el 90% de los casos de suicidio consumado<sup>22</sup>.

De hecho, la OMS incluye, entre otras medidas generales, para la prevención de los comportamientos suicidas, el correcto tratamiento de los trastornos psiquiátricos subyacentes<sup>23</sup>. Dada la complejidad del comportamiento suicida no existe, actualmente, un tratamiento específico para el mismo, por tanto, lo fundamental es tratar la patología psiquiátrica subyacente.

Aunque, como ya se ha comentado previamente, todos los trastornos mentales presentan un riesgo incrementado de realización de actos suicidas en relación con la población general, la magnitud de dicho riesgo varía en función del trastorno mental padecido, de modo que los trastornos más prevalentes, en los casos de suicidio consumado, son los trastornos afectivos, la dependencia de alcohol y/o otras drogas y las psicosis no afectivas.

#### Trastorno depresivo

Dada la interrelación entre depresión y suicidio, los antidepresivos (especialmente ISRS y ISRN) son los fármacos prescritos con más frecuencia en los pacientes con riesgo suicida. Datos procedentes de estudios ecológicos realizados en países de diferentes latitudes, ponen de manifiesto, con muy pocas excepciones, que existe una relación inversa

entre las ventas de antidepresivos no tricíclicos y la tasas de suicidio consumado<sup>24</sup>. En este sentido, hay que tener en cuenta que el incremento de las ventas de antidepresivos podría ser un marcador indirecto de un mejor manejo terapéutico de los trastornos depresivos, pero hay que tener presente que los antidepresivos son fármacos que también se utilizan muy frecuentemente en otras patologías para las que tienen indicación en ficha técnica como en el caso de los trastornos de ansiedad o incluso fuera de indicación. Por otra parte, el incremento de su uso no quiere decir que éste se haga siempre del modo adecuado, es decir, utilizando las dosis adecuadas y durante un tiempo suficiente, en función de las características del cuadro tratado.

En los últimos años, ha sido numerosa la bibliografía que se ha ocupado de la posibilidad de inducción de suicidalidad en niños y adolescentes en tratamiento con nuevos antidepresivos, especialmente con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), incluyéndose tal posibilidad en ficha técnica y limitándose su uso en menores de 18 años. A falta de explicaciones definitivas y teniendo presentes las críticas (como que la posible asociación derivada de un metaanálisis no implica causalidad), podría ocurrir que al comienzo del tratamiento antidepresivo, los más jóvenes, fueran más sensibles que los adultos a determinados efectos adversos que aparecen en la fase temprana del tratamiento con ISRS, como la desinhibición psicomotriz, el aumento de la ansiedad, la irritabilidad o la acatisia, que podrían asociarse con un incremento del riesgo de ideación y/o comportamientos suicidas<sup>8</sup>.

Por otra parte, la posibilidad de que aparezca ideación suicida durante el tratamiento con ISRS (u otros antidepresivos) podría ser edad-dependiente y más marcada en adolescentes o jóvenes adultos con cuadros depresivos complejos con bipolaridad subyacente, comorbilidad con trastornos de la personalidad, estrés situacional o falta de respuesta al tratamiento<sup>17</sup>.

A modo de resumen cabría señalar que una de las mayores dificultades para el uso de los ISRS en la depresión infanto-juvenil, radica en el hecho de que su eficacia antidepresiva, en estas edades, es inferior a la demostrada en el adulto y que, en todo caso, es necesario realizar un seguimiento adecuado de los pacientes de cualquier edad cuando se inicia un tratamiento de este tipo. Recomendándose, de igual modo, la facilitación de la adecuada información a los padres y su constatación en la historia clínica. Recordar, por último, que el único ISRS con indicación en ficha técnica para el tratamiento de depresión en niños y adolescentes es la fluoxetina.

En cualquier caso hay que tener presente la necesidad de un abordaje enérgico y precoz de la depresión ya que, datos muy recientes procedentes de un estudio longitudinal de 5 años de duración, ponen de manifiesto que entre los pacientes con depresión mayor el tiempo en que el paciente permanece depresivo es el principal factor de riesgo suicida a largo plazo<sup>25</sup>.

Subrayar, de igual modo, que estamos hablando de un grupo de fármacos con eficacia demostrada en el tratamiento de la depresión en el adulto, bien tolerados y seguros, en casos de sobredosis. Señalar en este sentido que el análisis pormenorizado de más de 82.000 episodios de tratamientos con antidepresivos pone de manifiesto que cuando se

usó un antidepresivo tricíclico o trazodona, el momento de mayor riesgo de suicidio fue el mes previo al inicio del tratamiento y el primer mes del mismo para descender luego progresivamente mientras que, en el caso de los tratamientos con nuevos anti-depresivos (ISRS, venlafaxina, mirtazapina, nefazodona y bupropion), el momento de mayor riesgo fue el mes previo al inicio del tratamiento y, sin embargo, en el primer mes del mismo se observó un descenso significativo que perduró durante los 6 meses de seguimiento<sup>26</sup>.

Cabe señalar que, aunque los antidepresivos juegan un papel muy importante en la prevención del suicidio, no se ha podido demostrar que tengan un efecto específico sobre la prevención de la conducta suicida, a diferencia de lo que ocurre con el litio cuya eficacia incluye tanto a la depresión bipolar como a la unipolar; se ha descrito un riesgo suicida un 80% más bajo en pacientes con trastornos afectivos (uni o bipolares) y tratamiento de continuación con litio durante una media de 18 meses<sup>27</sup>. No obstante, a la hora de elegir un tratamiento determinado siempre es necesario realizar el balance adecuado entre seguridad y eficacia del mismo<sup>28</sup>.

### Trastorno bipolar

En relación al trastorno bipolar, existen diversos trabajos que señalan que el suicidio consumado es más frecuente entre pacientes que no estaban recibiendo en ese momento un tratamiento adecuado. Así, Angst *et al.*<sup>29</sup>, ponen de manifiesto que los pacientes bipolares con tratamiento tienen una *ratio* de mortalidad estandarizada por suicidio considerablemente más bajo que los no tratados (6.43 vs 26.54,  $p = 0.001$ ). De modo que, uno de los métodos más eficaces para prevenir el comportamiento suicida en pacientes bipolares es tratar la enfermedad de base de modo efectivo.

Las evidencias más favorables en relación a la prevención de comportamiento suicida, tanto en la depresión mayor recurrente como en el trastorno bipolar, se obtienen con el litio. Más concretamente, el tratamiento a largo plazo con litio ha demostrado tener efecto antisuicidio tanto en ambos cuadros y ese efecto parece ser independiente del efecto estabilizador del humor<sup>30</sup>. Evidencias recientes sugieren que su marcado potencial antisuicida podría estar en relación con el efecto serotoninérgico del litio<sup>31</sup>.

También hay que tener presente que la retirada rápida del litio se asocia con un incremento de la conducta suicida, por lo que se recomienda una retirada gradual del mismo, al menos durante dos semanas<sup>27</sup>.

Otros estabilizadores como valproato o carbamazepina también han demostrado cierto efecto antisuicidio, pero éste es mucho menos robusto que el del litio<sup>32,35</sup>.

Algunos antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina y aripiprazol) han demostrado no sólo efecto antimaniaco sino también efecto antidepresivo y efecto estabilizador del humor a largo plazo. No obstante su efecto antisuicidio no ha sido aún demostrado.

El único antipsicótico que ha demostrado tener efecto antisuicidio es la clozapina, en pacientes con esquizofrenia<sup>36</sup>.

Recordar que el uso de monoterapia antidepressiva en pacientes con trastorno bipolar puede empeorar el curso del trastorno, no sólo por la posibilidad de virajes, sino porque puede dar lugar a la aparición o empeoramiento de un estado de agitación depresiva mixta, que puede actuar como facilitador del comportamiento suicida.

En la **Tabla 5** se resumen las principales evidencias, en relación a los comportamientos suicidas, de los tratamientos convencionalmente utilizados en el trastorno bipolar.

**Esquizofrenia**

En el caso de las psicosis no afectivas y, más concretamente en el caso de la esquizofrenia, es preciso tratar de forma específica la sintomatología depresiva y evitar los efectos secundarios, especialmente la acatisia, manteniendo la eficacia antipsicótica<sup>37</sup>. Los estudios con antipsicóticos atípicos no son del todo concluyentes y hasta la fecha sólo la clozapina ha demostrado su capacidad de reducir el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos y ha recibido dicho reconocimiento por parte de la *Food and Drug Administration* (FDA)<sup>36</sup>. En cualquier caso hay que tener presente que la interrupción del tratamiento antipsicótico se asocia a un incremento del riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia<sup>38</sup>.

**Manejo del comportamiento suicida en los servicios de urgencias**

En todo momento hay que tener presente la seguridad del paciente para tratar de contrarrestar el riesgo de persistencia / repetición de la conducta suicida y/o de fuga.

La valoración por parte del psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

**Tabla 5.** *Prevención del comportamiento suicida en el trastorno bipolar*

Tratamiento	Comentarios
<b>Litio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de prevención (disminución) de riesgo de suicidio / tentativa suicida en bipolares</li> <li>Mayor riesgo de comportamientos suicidas tras discontinuación</li> </ul>
<b>Anticonvulsivantes</b> Carbamazepina (CBZP) Valproato (VPT) Lamotrigina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor riesgo de comportamientos suicidas tras discontinuación</li> <li>Menor efectividad que Li en prevención riesgo suicida (VPT y CBZP)</li> <li>Falta de evidencias para la lamotrigina</li> </ul>
<b>Antipsicóticos (ATP)</b> Clozapina Otros ATP atípicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El único que ha demostrado reducción de riesgo suicida es la clozapina: pero es en pacientes con esquizofrenia y no tiene uso aprobado en bipolares (no constituye opción terapéutica de 1ª elección en bipolares)</li> <li>ATP atípicos: mayor riesgo de suicidio en mono ó terapia combinada con eutimizantes que los eutimizantes en monoterapia</li> </ul>
<b>Antidepresivos (ATD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No evidencia de reducción de riesgo suicida / manejo controvertido en bipolares</li> <li>ATD: mayor riesgo de suicidio en mono ó terapia combinada con eutimizantes que los eutimizantes en monoterapia</li> </ul>

La Organización Mundial de la Salud<sup>20</sup>, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación de un 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
- Existencia de antecedentes de comportamiento suicida

Por otra parte, señalar que la escala SAD PERSONS<sup>39</sup>, que evalúa el riesgo de comportamiento suicida en base a factores de riesgo sociodemográficos y clínicos, puede ser de utilidad para la toma de decisiones en un servicio de urgencias hospitalario (**Tabla 6**).

Es muy importante tener en cuenta a la hora de decidir el lugar idóneo (ambulatorio vs hospitalario) para realizar el tratamiento oportuno, que en caso de necesidad (riesgo elevado y negativa a recibir la ayuda terapéutica ofrecida) se debería de recurrir a la hospitalización involuntaria del paciente.

Por otra parte, se recomienda que los informes médicos realizados en los servicios de urgencia a personas que han intentado suicidarse contengan datos relativos a los siguientes indicadores: antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidios previos, apoyo social y familiar, ideación suicida en el momento de la evaluación, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento actual<sup>12</sup>.

De igual modo, al abandonar el hospital el paciente debería de recibir, por escrito, no sólo el plan terapéutico aplicado durante su estancia en el servicio de urgencias y la impresión diagnóstica, sino el plan de tratamiento y de futuro seguimiento en Centro de Salud Mental, así como toda la información que se considere de interés para su adecuada evolución<sup>12</sup>.

### CONCLUSIONES

- Los comportamientos suicidas pueden ser prevenidos con un abordaje terapéutico adecuado. Para ello es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo de suicidio y la realización de una adecuada valoración (y constatación de la misma) de nuestros pacientes.
- El comportamiento suicida no puede ser evitado en todas las ocasiones, ya que es un comportamiento complejo en el que intervienen numerosos factores de índole biopsicosocial interactuando entre sí. Factores tales como una detección temprana de riesgo suicida, un adecuado tratamiento y adherencia al mis-

Ingreso generalmente necesario	Seguimiento ambulatorio recomendado
<p><b>Tras tentativa suicida si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno mental grave y/o psicosis</li> <li>• Tentativa violenta / casi mortal / premeditada</li> <li>• Tomó precauciones para evitar ser rescatado / descubierto</li> <li>• Persistencia de plan / ideación</li> <li>• Lamenta / rechaza supervivencia</li> <li>• Varón, mayor de 45 años, especialmente si inicio reciente de de trastorno mental o ideación suicida</li> <li>• Escaso apoyo familiar y/o social</li> <li>• Impulsividad / Agitación grave</li> <li>• Juicio escaso</li> <li>• Rechazo de ayuda ofrecida</li> <li>• Cambios del estado mental de etiología orgánica</li> </ul> <p><b>En presencia de ideación suicida si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan específico de elevada letalidad</li> <li>• Tentativas suicidas previas (sobre todo graves y/o violentas)</li> <li>• Intencionalidad suicida elevada</li> <li>• Descompensación de trastorno mental grave</li> </ul>	<p><b>Tras tentativa / ideación / planes suicidas si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La intencionalidad suicida es reactiva a eventos precipitantes sobre todo si el punto de vista del paciente sobre la situación ha cambiado desde su llegada a urgencias</li> <li>• Tentativas / planes de baja letalidad</li> <li>• Disponibilidad de apoyo y situación vital estable</li> <li>• Actitud de cooperación con tratamiento prescrito</li> <li>• No existe descompensación aguda de trastorno mental grave</li> </ul>
Ingreso recomendable	Seguimiento ambulatorio podría ser más beneficioso que hospitalización
<p><b>En presencia de ideación suicida si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno mental grave y/o psicosis</li> <li>• Tentativa violenta / casi mortal / premeditada</li> <li>• Tentativas previas de elevada gravedad médica</li> <li>• Si posible contribución de enfermedad somática (trastorno neurológico agudo, cáncer, VIH)</li> <li>• Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar con tratamiento ambulatorio o de hospital de día</li> <li>• Necesidad de supervisión debido al tipo de exploraciones complementarias / tratamiento indicado</li> <li>• Apoyo familiar y/o social limitado</li> <li>• Dificultades para acceder a tratamiento ambulatorio adecuado</li> </ul> <p><b>En ausencia de tentativa / ideación / planes suicidas si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tras valoración psiquiátrica existen datos que sugieren elevado riesgo de suicidio e incremento reciente del mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con ideación suicida crónica en ausencia de tentativas previas graves</li> <li>• Disponibilidad de apoyo y situación vital estable</li> <li>• Posibilidad de tratamiento ambulatorio adecuado</li> </ul>

**Tabla 6.** Criterios para decidir el lugar idóneo de tratamiento del paciente con ideación o comportamiento suicida. Modificado de APA (2003)

mo, a medio y largo plazo, e intervenciones de tipo multidisciplinar contribuyen de modo notable a evitar su aparición.

- La formación continuada y 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 el suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Commission. *European Pact for Mental Health and Well-being*. EU High-Level Conference "Together for Mental Health and Well-being". Brussels, 12-13 June 2008.
2. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2011/l0/&file=05001.px&type=pcaxis&L=0>. 2013.
3. World Health Organization. *The global burden of disease*. 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Jimenez-Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, García-Portilla MP, Buron P, Garrido M, et al. *The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain*. *Crisis* 2012; 33: 46-53.
5. Mittendorfer Rutz E, Schmidtke A. *Suicide attempts in Europe*. En: Wasserman D, Wasserman C (eds.). *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2009. pp. 123-6.
6. Bobes J, Saiz PA, García-Portilla MP, Bascarán MT, Martínez S, Paredes B, et al. *Suicidal behaviour in Asturias (Spain)*. En: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof AD (eds.). *Suicidal behaviour in Europe*. Germany: Hogrefe & Huber, 2004. pp. 241-7.
7. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2003.
8. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. *Suicidality and risk of suicide -- definition, drug safety concerns, and necessary target for drug development: a consensus statement*. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1040-6.
9. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. *Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?* *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 151-8.
10. Oquendo M, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. *Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis*. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1383-4.
11. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, Casey D, Horrocks J, Lilley R, Noble R, Owens D. *Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project*. *J Affect Disord* 2008; 106: 285-93. 1040-6.
12. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, et al. *Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse*, *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2010; 3: 13-8.
13. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. *Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care*. *Ann Emerg Med* 2006; 48: 452-8.
14. Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE, Silverman MM. *Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part I: General clinical formulations and legal considerations*. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 245-56.
15. Bech P, Awata S. *Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales*. En: Wasserman D, Wasserman C (eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2009; pp. 305-11.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. DMM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
17. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 129-41.
18. Giner-Jiménez L, Pérez-Solá V. *Factores de riesgo*. En: Bobes J, Giner J, Saiz J (eds.). *Suicidio y Psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela, 2011; pp. 59-93.
19. Tanney BL. *Psychiatric diagnoses and suicidal acts*. En: Maris RW, Berman AL, Silverman MN (eds.). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press, 2000. pp. 311-41.

20. Organización Mundial de la Salud. CIE-10-AP. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria*. Madrid: Meditor, 1996; pp. 89-90.
21. García-Portilla MP, Bascarán MT, Saiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 6ª ed. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias, SL, 2011.
22. Lönnqvist J. *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, 2009; pp. 275-86.
23. World Health Organization. *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders; 4. Suicide*. Geneva: World Health Organization, 1993.
24. Bramness JG, Walby FA, Tverdal A. *The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980-2004*. *J Affect Disord* 2007; 102: 1-9.
25. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. *Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study*. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 801-8.
26. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. *Suicide risk during antidepressant treatment*. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 41-7.
27. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. *Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review*. *Bipolar Disord* 2006; 8: 625-39.
28. Baca-García E, Díaz-Sastre C, Saiz-Ruiz J, De Leon J. *How safe are psychiatric medications after a voluntary overdose?* *Eur Psychiatry* 2002; 17: 466-70.
29. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. *Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years*. *J Affect Disord* 2002; 68: 167-81.
30. Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B. *Does lithium exert an independent antisuicidal effect?* *Pharmacopsychiatry*. 2001 Jul;34(4):132-6.
31. Kovacsics CE, Gottesman II, Gould TD. *Lithium's antisuicidal efficacy: elucidation of neurobiological targets using endophenotype strategies*. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009; 49: 175-98.
32. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. *Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine*. *J Affect Disord* 2007a; 103: 5-11.
33. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J, Akiskal HS. *Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior Part 2. The impact of antidepressants*. *J Affect Disord* 2007b; 103: 13-21.
34. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. *Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior Part 3: impact of antipsychotics*. *J Affect Disord* 2007c; 103: 23-8.
35. Sondergard L, Garcia-Lopez A, Andersen P, Kessing LV. *Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide*. *Bipolar Disord* 2008; 10: 87-94.
36. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamira AC, Anand R, Bertoldo A, et al. *Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: Internacional Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 82-91.
37. Baca-García E. *Intervenciones sobre poblaciones de riesgo*. En: Bobes J, Giner J, Saiz J (eds.). *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela, 2011; pp. 143-61.
38. Herings RM, Erkens JA. *Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12: 423-4.
39. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale*. *Psychosomatics* 1983; 24: 343-5, 348-9.

# Programa de prevención y postvención de la conducta suicida

# 8

M. C. Tejedor Azpeitia

El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven; ignorado frecuentemente por el medio social.

En la literatura científica se ha evaluado la eficacia de numerosos programas; los resultados son moderados cuando persiguen la disminución de la mortalidad, pero con un efecto notable en la disminución de la repetición y la supervivencia tras los intentos suicidas.

Los programas de educación y sensibilización han mostrado su relevancia en la asistencia primaria. En este ámbito, hasta un 25% de enfermos atendidos presentan sintomatología psiquiátrica y se ha mostrado que el 60% de los suicidas fueron visitados durante el mes anterior a su muerte sin que se detectara el riesgo. Además, hasta un 30% de los suicidas mayores de 65 años no están vinculados a los Centros de Salud Mental siendo asistidos únicamente por los médicos de familia. El adecuado conocimiento de estos profesionales sobre los trastornos depresivos y los factores de riesgo suicida, especialmente sobre la detección de ideas suicidas, son decisivos para la prevención.

Por otro lado, los “*gatekeepers*” o catalizadores de la red social también tienen un papel importante en la detección de signos de alarma y conductas de riesgo.

El suicidio continúa siendo un tabú en casi todas las sociedades. Por ello, en los programas de prevención comunitaria, ya desde 1960, se publicitaron una serie de mitos y prejuicios sobre el suicidio para la población general cuya vigencia continúa. La educación médica permite identificar planes presuicidas reales, disminuye la censura social y facilita comunicar las ideas autodestructivas.

Los programas de intervención y seguimiento de las tentativas suicidas, han demostrado que entre los 12 y los 24 meses posteriores se agrava el riesgo tanto de repetición, como de consumación .

El riesgo de provocar una imitación de la conducta suicida ha derivado en una prudencia, a veces excesiva, que hace silenciar la problemática del suicidio y sus condicionantes; sin embargo, los medios también son eficaces para la adecuada información sobre la realidad suicida. Internet merece un comentario especial, sobre todo en relación con a la población adolescente y joven.

### METODOLOGÍA

El Programa de *Prevención de la Conducta Suicida* (PPCS), se ha desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Está coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) y el Centro de Salud Mental de Adultos de la Dreta de l'Eixample – Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis de Salut Mental (CSMA.CPB.SSM). El PPCS se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008.

En la primera fase, de septiembre 2005 a abril 2006, se creó un equipo multidisciplinar para tomar contacto con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos sociales en los que se debía asentar el PPCS y determinar los procesos y fases de desarrollo del proyecto, protocolizar la recogida de datos y diseñar los circuitos asistenciales para los pacientes desde los diferentes dispositivos implicados.

En la segunda fase se elaboró un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas en las que se introducían conceptos teóricos adaptados a cada grupo y se elaboraron una serie de materiales audiovisuales (trípticos, DVD) para informar y alertar sobre el tema del suicidio a los profesionales y agentes sociales que pudieran verse implicados en la detección de signos suicidas, también se creó un sitio web ([www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com)) para la identificación precoz de los signos de alerta, que ofrece la posibilidad de consulta directa con profesionales adscritos al PPCS a través de una dirección de correo electrónico. A nivel comunitario la actividad de psicoeducación sobre el riesgo suicida se extendió a las áreas básicas de salud, "gatekeepers": servicios de bienestar social, dispositivos de asistencia geriátrica, servicios de urgencias hospitalarias, asociaciones cívicas del distrito, comerciantes, familiares de enfermos mentales, comisión de pastoral diocesana, fuerzas de seguridad y bomberos, gestores de transporte público y medios de comunicación.

La tercera fase del PPCS, entre abril 2006 y diciembre 2007, consistió en la asistencia a los pacientes con ideación o conducta suicida. Los diferentes recursos asistenciales se dirigieron a la atención preferente en un máximo de 48 horas, para asegurar la continuidad asistencial. Se diseñó un plan terapéutico individualizado en el que se asignaba un terapeuta de referencia encargado de coordinar la atención prestada durante la atención recibida en el PPCS. Después de dicho periodo el paciente se integraba en el circuito asistencial de salud mental, en un programa que incluía un seguimiento a los 6 y 12 meses, considerado el periodo de mayor frecuencia de repetición o consumación de la tentativa suicida. También se organizaron grupos de psicoterapia cognitivo-conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes. A partir de la interconsulta hospitalaria se atendía a los pacientes ingresados que requerían cuidados médico-quirúrgicos.

En la última fase de seguimiento se evaluaba a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, recogiendo datos sobre la repetición de la conducta suicida, el seguimiento en el programa o la mortalidad.

### RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación comparan a los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS.

Entre septiembre de 2005 a diciembre de 2007 se atendieron 1317 pacientes con conducta o ideación suicida. Desde el inicio del programa asistencial en abril de 2006, a su final, en diciembre de 2007, se asistió a 325 sujetos de la "Dreta d l' Eixample" y 664 de otras zonas.

De los 325 pacientes de la "Dreta de l'Eixample", solo se incluyeron en el Programa 219. El resto no participó en el PPCS y fue remitido al psiquiatra habitual (60%); estaban vinculados a programas de drogodependencias (20%) o no participaron por otros motivos (20%).

Los datos de 219 pacientes de la "Dreta de l' Eixample" se aparearon con 180 pacientes procedentes de otros barrios colindantes que recibieron asistencia de manera contemporánea.

A los 12 meses de seguimiento el 32 % del grupo de comparación repitió la tentativa suicida, porcentaje que fue únicamente del 11% entre los pacientes que siguieron en el PPCS. Estos últimos también realizaron una cantidad media inferior de repeticiones (1'5 vs 2'9;  $p=0'001$ ). El número de ingresos durante el seguimiento fue la mitad en el grupo PPCS que en el grupo de comparación (9% vs 18%;  $p=0'03$ ).

Cinco pacientes que vivían en el sector "Dreta de l' Eixample" consumaron el suicidio durante el periodo de estudio, de ellos 2 mujeres estaban vinculadas al programa de prevención, los otros 3 (una mujer y 2 varones) tenían vinculación con su dispositivo de asistencia primaria.

### CONCLUSIONES

- El interés más relevante de este trabajo radica en la novedad de la experiencia en nuestro entorno, por ser un programa preventivo y comunitario, dirigido a la población general, basado en la educación sanitaria de las conductas autodestructivas y la coordinación de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales, para una asistencia inmediata, intensiva y que garantiza el seguimiento y la adherencia a los dispositivos de salud mental.
- La información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó una "epidemia de tentativas de suicidio" ni una sobredemanda asistencial. Este hecho se confirma en otras experiencias previas.
- Entre los pacientes atendidos por conducta suicida que pertenecen al sector Dreta de l'Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo de comparación, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria o por la iniciativa de los pacientes o su familia. Los resultados son indicativos de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda.

- Un marcador de la eficacia del programa se refleja en que los pacientes que realizaron el PPCS repitieron menos tentativas de suicidio que los del grupo comparador al año de seguimiento. En este periodo, descrito como de mayor riesgo de recidiva, la intervención pluridisciplinar (psiquiátrica, psicológica individual o grupal, trabajo social) se ha mostrado altamente eficaz para la disminución de la recidiva.
- Asimismo, disponer de circuitos ambulatorios de atención inmediata con una gestión individualizada de los casos, hacen que disminuya la necesidad de ingresos hospitalarios. En distritos donde no se dispone de asistencia ambulatoria específica, el número de hospitalizaciones es mayor para la contención del riesgo suicida durante las situaciones de descompensación clínica o crisis del paciente.
- En síntesis, la mayor contribución del PPCS es que permite la detección precoz de pacientes con ideación autolítica gracias al esquema asistencial diseñado que asegura la adherencia al tratamiento, todo ello optimizando los recursos existentes.

## INTRODUCCIÓN

### Narrativas de la comunidad médica ante el suicidio del médico

El año pasado, la revista *The Journal of Medical Humanities* publicó un interesante artículo del Dr. Rupinder K. Legha, titulado *A history of physician suicide in America*. El artículo se centra en los cambios que han tenido lugar en las narrativas de la comunidad médica en torno al suicidio del médico a lo largo del siglo XX y a principios del siglo XXI (**Tabla 1**). El autor delimita dos épocas por lo que respecta a dichas narrativas: la "Edad de Oro" de la medicina (que se extendería de 1900 a 1970) y la "Edad Moderna" (de 1970 a nuestros días). Como veremos a continuación, esta división artificial guarda notables similitudes con los cambios de actitud de la misma comunidad médica hacia el "médico enfermo".

La "Edad de Oro" se caracterizó, en opinión de Legha, por la alta consideración social (*status*) del médico, figura que gozaba entonces de notable autonomía y autoridad a la hora de ejercer su profesión. Los médicos se sentían protegidos por su propio grupo social, muy cohesionado, colectivo que defendía sus intereses y privilegios, al mismo tiempo que se sentían respetados por el resto de la sociedad, en gran medida gracias al poder que, sobre

**Tabla 1.** Las narrativas de la comunidad médica ante el suicidio del médico.

La Edad de Oro (1900-1970)	La Edad Moderna (1970-2013)
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reconocimiento social del médico</b> (avances terapéuticos). Gran autoridad y autonomía. Élite cohesionada. Perfeccionismo.</li><li>• <b>Psiquiatría.</b><ol style="list-style-type: none"><li>1) Cambio asilos, primeras terapias orgánicas, nacimiento del psicoanálisis.</li><li>2) Desde la II Guerra Mundial, inicio movimientos comunitarios, énfasis en la prevención, primeros psicofármacos, primeras clasificaciones.</li></ol></li><li>• <b>Suicidio.</b> Del énfasis en lo social al énfasis de lo individual (Freud, Menninger, existencialismos).</li><li>• <b>Suicidio médico= fracaso.</b> Características individuales que lo explican (previas y durante el ejercicio profesional). Irracional. Irresponsable.</li><li>• <b>Críticas suicidio psiquiatras y suicidio mujeres médico.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Imagen menos "todopoderosa" del médico</b> (la prevención más que la terapéutica). Autonomía del paciente. El médico queda incorporado en grandes estructuras-corporaciones.</li><li>• <b>Psiquiatría.</b><ol style="list-style-type: none"><li>1) Auge psicofarmacología (90s, APS atípicos e ISRS).</li><li>2) Difusión de "nosografías inclusivas".</li><li>3) Reducción estigma.</li></ol></li><li>• <b>Suicidio.</b> <i>American Suicide Foundation</i> (1987). Auge del modelo médico-biológico del suicidio.</li><li>• <b>Suicidio médico= médico enfermo.</b> Programas para médicos con patología mental y/o adictiva (70s). Estudio APA 1980. Consenso AFSP 2002.</li><li>• <b>Críticas a los sistemas-corporaciones</b> como responsables del malestar del médico.</li></ul>

la enfermedad, les habían otorgado los avances terapéuticos en campos como el del tratamiento de las enfermedades infecciosas o el de las intervenciones quirúrgicas. Se exigía a cambio a quien ejerciera la profesión una conducta impecable y no dar margen alguno a la debilidad o al error. Durante esta época, la psiquiatría comienza a experimentar un cambio de perspectiva, privilegiando el papel del individuo (en especial, por lo que respecta al suicidio, tras la apuesta de Durkheim por enfatizar el papel causal de la sociedad en la aparición del mismo) y situando al individuo como "causa última" que también se vio impulsada, en parte, por el nacimiento y desarrollo de las terapias y los discursos psicodinámicos. Es en esta época cuando comienzan las primeras terapias orgánicas (p.ej: la terapia de choque con insulina, la terapia electroconvulsiva o los primeros psicofármacos) y cuando los asilos comienzan a cambiar de aspecto. A partir de la Segunda Guerra Mundial los movimientos comunitarios, el énfasis en la prevención y las primeras nosografías "consensuadas" marcan los nuevos pasos de la psiquiatría.

Durante la "Edad de Oro" el suicidio del médico es visto por la comunidad médica como un fracaso, fruto de una "débil" personalidad incapaz de sobreponerse a la irracionalidad de las emociones. Con este acto, el médico deja de ser lo que la sociedad esperaba de él, un ejemplo a seguir. La condena del suicidio en este ámbito (reflejada en artículos de los propios médicos) se hacía más cruda aún por lo que respecta al suicidio de minorías (dentro de la comunidad médica) como el de las mujeres o el de los negros.

La "Edad Moderna" en cambio no apareció de forma brusca, si bien, Legha apunta a que la transición tiene lugar en torno a los años 70 del siglo pasado. En realidad, este punto de inflexión va en paralelo al cambio de actitud hacia el "médico enfermo" por parte de la comunidad médica. Si bien, ya en 1958, la estadounidense *Federation of State Medical Boards* publicaba un documento en el que advertía sobre la gravedad del problema, instando a adoptar medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas al respecto, no fue hasta 1973 que la *American Medical Association* publicó, en su revista oficial, un informe titulado *The sick physician* donde se hacían dos recomendaciones principales: por un lado, la necesidad de establecer programas orientados a la identificación y tratamiento de "médicos enfermos" y, por otro, la necesidad de desarrollar medidas legislativas que permitieran la aplicación de medidas disciplinarias cuando se detectaran profesionales con riesgo para la praxis. Es precisamente en dicho informe donde se define al "médico enfermo" como aquel que presenta un trastorno físico, mental o conductual que interfiere en su capacidad para ejercer de forma segura su profesión.

En la "Edad Moderna", el médico pierde el lugar de privilegio logrado en la etapa anterior y también gran parte de su autonomía, pasando a formar parte del engranaje de grandes estructuras profesionales o corporaciones sanitarias. De las relaciones "verticales" entre el médico y el paciente a las que hace mención P. Laín Entralgo, se pasa a las relaciones "horizontales" entre el médico y el usuario o cliente.

Por lo que respecta a la psiquiatría, la psicofarmacología experimenta un notable desarrollo (desde sus primeros pasos en los años 50), especialmente desde la aparición de los nuevos antidepresivos y antipsicóticos en los años 90. El estigma asociado a la enfermedad mental disminuye en lo que influyen, entre otras causas, las nosografías ampliamente inclusivas de cualquier forma de sufrimiento mental que dominan el panorama de

la psiquiatría académica de la mayoría de países industrializados y post-industrializados. Las narrativas sobre el suicidio entre los psiquiatras se ven sustentadas por el paradigma médico-biologicista al que se agregan pinceladas del modelo biopsicosocial. Al mismo tiempo, se fomentan asociaciones, como la *American Suicide Foundation* o la *Internacional Association for Suicide Prevention*, dependiente de la Organización Médica de la Salud (OMS), en las que no sólo se promociona la investigación sobre el suicidio sino también las campañas de prevención del mismo.

En cuanto al suicidio del médico, se privilegia la visión del médico que acaba suicidándose como la de alguien que padece una enfermedad mental y no ha sido capaz de pedir ayuda. Las críticas ponen el acento, sobre todo, en la “deshumanización” de las estructuras organizativas en las que el médico acaba desarrollando su ejercicio profesional y en el deterioro al que se le somete por una altísima exigencia laboral (largas jornadas de trabajo, litigios más frecuentes ante errores médicos, etc.)

En los últimos años, hay algunos hitos dignos de mención. En 1999, publicó Carla Fine su libro *No time to say goodbye*, en el que rememora a su marido, reputado urólogo neoyorkino que se suicidó por una sobredosis y se sobrepone al duelo llevando a cabo entrevistas a familiares o allegados de individuos que también se suicidaron. El mismo año de la publicación, apareció una reseña del libro en el *American Journal of Psychiatry* y la actitud del crítico, Michael Myers, estaba en plena sintonía con la visión del suicidio del médico en la “Edad Moderna” de la que habla Legha. Con el mismo espíritu, poco después, en el año 2002, la *American Foundation for Suicide Prevention* reunió a quince expertos para tratar sobre la depresión y el suicidio en el médico y, al año siguiente, publicó un artículo en el que hacía constar por escrito sus recomendaciones, entre las que subrayaba la importancia de reducir el estigma que comporta padecer una enfermedad mental entre los médicos (promocionando, así, la petición de ayuda en tales casos) y de limitar el acceso a los medios letales (la auto-prescripción, en el caso del médico) como estrategias fundamentales para prevenir el suicidio en ese colectivo profesional. La misma fundación promocionó en 2008 la producción y difusión de dos documentales sobre el suicidio en médicos (*Struggling in silence: Physician Depression and Suicide* y *Out of Silence: Medical Student Depression and Suicide*).

En España, el Programa de Atención al Médico Enfermo de Barcelona (PAIMM, en catalán) decidió comenzar a afrontar el problema impartiendo sendos talleres para psiquiatras con el fin de mejorar las estrategias de prevención de suicidio en los médicos (tanto en el IV Congreso PAIME en Málaga en 2011 como en el reciente Congreso de la Asociación Europea del Médico Enfermo, EAPH, en Dublín).

Como bien apunta Legha, no hay una transición abrupta entre la “Edad de Oro” y la “Edad Moderna” pues en ésta aún perviven actitudes de aquélla, pero sí puede hablarse de tendencias en los discursos que apuntan a la divisoria que él plantea.

### Programas para médicos enfermos

Los nuevos discursos sobre el suicidio van, como decíamos, en paralelo a las actitudes hacia el sufrimiento mental del médico por parte de los propios médicos. En realidad, cabría estimar que la prevalencia de enfermedades mentales en este colectivo fuera al menos similar a la de la población general y, en algunos casos como los trastornos afectivos, las

dependencias a sustancias legales y/o los trastornos de ansiedad, mayores que en la población general.

No obstante, se ha descrito que el médico presenta mayores dificultades a la hora de pedir ayuda cuando sufre y en esto pueden influir, entre otros, el estigma asociado con la enfermedad mental, el temor a la pérdida de credibilidad profesional, la fantasía de control cuando se desborda emocionalmente o la mayor tendencia a la racionalización o la negación de estos problemas, actitudes potenciadas por la filosofía de "invulnerabilidad" inculcada desde los programas de pregrado y que pervive aún como legado de los postulados de la "Edad de Oro" de la Medicina. La consulta al psiquiatra o psicólogo no suele darse en el encuadre adecuado y, para el manejo del malestar, la fácil accesibilidad a sustancias psicotropas propicia el "auto-tratamiento" lo que contribuye, aún más si cabe, a su aislamiento complicando la resolución de los problemas.

Finalmente, las consecuencias de esta demora en la petición de ayuda pueden llegar a concernir no sólo al bienestar psicofísico del médico sino a la seguridad de su praxis, como ocurre cuando, para paliar su malestar, recurre a sustancias psicoactivas que pueden interferir en su capacidad de ejercer con seguridad la Medicina o bien cuando su sufrimiento le impide hacerse cargo con suficientes garantías del cuidado de los pacientes.

En los Estados Unidos de Norteamérica, los primeros "programas para médicos enfermos" (*Impaired Physician Programs*) nacieron en los años 70 del siglo pasado. Dichos programas se iniciaron con una finalidad coercitiva, centrados en la persecución de las conductas adictivas en los profesionales sanitarios que repercutían en su actividad clínica. Los años 80 vieron florecer programas en las distintas asociaciones profesionales estadounidenses y, ya en 1990, se creó la Federación de Programas Estatales para la Salud del Médico (*Federation of State Physician Health Programs*).

Los *State Physician Health Programs* son entidades independientes, existentes en cada uno de los estados de la Unión, organizadas de forma diversa y con ámbitos y modos de actuación también diversos. No obstante, estos programas tienen como objetivo compartido cubrir cuatro grandes áreas de intervención:

- Educación y prevención
- Detección precoz
- Evaluación y tratamiento
- Rehabilitación y monitorización del proceso

En los últimos años han promocionado la atención a los problemas de salud mental. Otros países, como Canadá, Australia y Nueva Zelanda, se fueron sumando a estas iniciativas, primando las estrategias de cuidado del médico y de detección precoz de sus problemas de salud mental.

Los programas españoles son sólo unos de los distintos programas europeos auspiciados por asociaciones profesionales de médicos con el fin de intentar ofrecer a estos una asistencia de calidad en el caso de que padezcan enfermedades mentales. El "Manifiesto de Barcelona" del año 2001, se hacía eco de la preocupación de las asociaciones profesionales europeas por este problema. La *European Association for Physician Health*, EAPH, se constituyó

formalmente en el año 2009 con el fin de agrupar y aunar los esfuerzos llevados a cabo por las distintas iniciativas colegiales que, en este sentido, se estaban desarrollando en nuestro continente (especialmente notables, desde la última década del siglo pasado, la británica, la de los países nórdicos y la española).

En realidad, la primera experiencia europea de atención al médico enfermo nace en España, en concreto, en Cataluña. En noviembre de 1998, se puso en marcha en Barcelona el Programa de Atención al Médico Enfermo (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt, PAIMM) merced a la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y el Departament de Salut del Gobierno de la Generalitat que financiaba, y sigue financiando, una parte muy importante del proyecto además de haberlo incorporado recientemente a su cartera de servicios. En 2002, se estableció un nuevo convenio en el que participaban el DSGG, el CatSalut y la Fundación Galatea del Consejo del Colegio de Médicos de Cataluña. Desde julio de 2003, la Fundación Galatea es la encargada de gestionar el funcionamiento del PAIMM.

El objetivo era, y sigue siendo, atender de forma específica, de acuerdo con los contenidos desarrollados en el Código Deontológico Médico, a los médicos con problemas de salud mental y, al mismo tiempo, velar por el correcto desempeño de su ejercicio profesional. La Fundación Galatea firmó, en el año 2000, un convenio de colaboración con el Colegio de Enfermería de Barcelona (programa RETORN) para ofrecer a sus colegiados/as el mismo programa que a los médicos y en 2011 se sellaron nuevos acuerdos de colaboración tanto con el Colegio de Farmacéuticos (programa ÍTACA) como con el de Veterinarios de Barcelona (programa ASSIS).

Frente a las otras iniciativas europeas, el PAIMM es más ambicioso tanto en lo asistencial como en lo preventivo. El PAIMM se caracteriza por la atención integral al usuario (**Tabla 2**). Así, no sólo ofrece asistencia sanitaria directa sino que facilita la atención social, la asesoría legal y laboral y, en algunos casos, la formación complementaria o las ayudas económicas temporales a los profesionales colegiados que lo necesiten. El acceso al tratamiento es estrictamente confidencial. Esta característica constituye la piedra angular del programa puesto que, al garantizar el completo anonimato del médico que va a ser tratado, se atenúa el posible recelo a recibir tratamiento en el seno de un programa colegial (**Tabla 3**).

Progresivamente, el modelo catalán se ha ido exportando a otros Colegios de Médicos del resto de España, surgiendo diversos Programas de Atención Integral al Médico Enfermo

**Tabla 2.** Principios de la filosofía PAIME

Principios de la Filosofía PAIME
<ul style="list-style-type: none"><li>• No persecutoria</li><li>• No punitiva</li><li>• Promocionar la petición voluntaria de ayuda</li><li>• Ofrecer un tratamiento especializado, personalizado e integral</li><li>• Facilitar la prevención</li><li>• Promover la rehabilitación ("recuperar buenos profesionales")</li></ul>

Áreas de atención	Vías de acceso
<b>Área colegial.</b> Unidad de Acogida: 1. Recepción de casos (asignación nombre ficticio). 2. Seguimiento casos con necesidad control de la praxis (contratos terapéuticos)	PAIMM+PAIME (desde 1998)
<b>Área asistencial. Clínica Galatea.</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad Ambulatoria.</li> <li>• Programa Intensivo de Adicciones. Formato Hospital de Día.</li> <li>• Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.</li> </ul>	PAIMM (desde 1998)  1) PAIMM+PAIME (desde 1998) 2) Atención privada a médicos enfermos del resto de España (desde 2012)  1) PAIMM+PAIME (desde 1998) 2) Atención privada a médicos enfermos del resto de España (desde 2012)
<b>Área de dictámenes</b>	PAIMM (desde 1998)

**Tabla 3.** Áreas de atención y vías de acceso al PAIMM.

(PAIMES) que siguen la misma filosofía que el PAIMM catalán y llegando a implantarse en el 70% de las comunidades autónomas. La Unidad de Hospitalización del PAIMM de Barcelona es la unidad de referencia para ingresos del resto de PAIMES.

### EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL MÉDICO

El riesgo de suicidio en los médicos es superior al de la población general. De hecho, al analizar las causas de mortalidad de los médicos entre los años 1960 y 2000 en Noruega, el suicidio era la única en la que éstos superaban a la población general en edad laboral activa. Muchos estudios han analizado las tasas de suicidios consumados en médicos y en otros profesionales sanitarios como enfermeros/as, odontólogos, etc. Otros tantos identifican la ideación suicida en ciertos grupos profesionales o evalúan, retrospectivamente, la historia de intentos de suicidio durante la vida. Los médicos comparten los mismos factores de riesgo y protectores respecto al suicidio que los de la población general pero hay algunas características que hacen de ellos un colectivo especial de riesgo.

El prototipo de un médico con mayor riesgo de suicidio correspondería a un hombre o una mujer de 45 a 50 años que padece una enfermedad mental (de forma frecuente, síndromes depresivos junto con problemas de alcohol o trastornos por uso de otras sustancias) a lo que se suma aislamiento social (vivido como soledad) y/o la presencia de un problema médico grave. Por lo que respecta al sexo, se ha descrito que las mujeres médico tienen un mayor riesgo de suicidio que las mujeres de la población general, algo en lo que intervienen factores de diversa índole y cuyo análisis excede el propósito de esta exposición.

Como decía anteriormente, los médicos presentan una mayor prevalencia que la población general de trastornos adictivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Este tipo de trastornos, a su vez, aumentan el riesgo de suicidio en todo tipo de pacientes. Algunos rasgos de personalidad comunes dentro de los profesionales de la medicina (como la tendencia a conceder excesiva importancia a la identidad profesional, la negación de los problemas psicológicos y personales, la poca vinculación en las relaciones familiares, una baja autoestima, un alto perfeccionismo, altos niveles de crítica hacia los demás o una excesiva autosuficiencia) pueden contribuir a fomentar las estrategias inadecuadas de afrontamiento de los problemas y potenciar, aún más, si cabe, su malestar.

Si a todo lo anterior sumamos el retraso en la petición de ayuda que caracteriza al médico o la tendencia a la negación y al uso de la automedicación para paliar algunos síntomas de malestar, puede llegar a complicarse notablemente el sufrimiento y, ante la fácil accesibilidad a sustancias potencialmente letales y el conocimiento del grado de peligrosidad de las mismas, acabar en suicidio.

Por lo que respecta a la especialidad, se subraya que son los médicos generales o de atención primaria y comunitaria, los anestesiólogos, los psiquiatras y los odontólogos quienes presentan mayores tasas de suicidio. En cuanto a la situación laboral, el padecimiento del síndrome de desgaste profesional, los recientes cambios en el *status* profesional así como la vivencia de las consecuencias de errores médicos (que pueden desembocar en procedimientos judiciales) o la pérdida, en términos de autogestión, de la capacidad de controlar el propio trabajo, sintiéndose finalmente alienado en el mismo, se han identificado como factores específicos que incrementan el riesgo de suicidio del médico.

### ESTUDIOS SOBRE SUICIDIO. PAIMM

Con la intención de profundizar en el estudio del suicidio en el médico, un grupo de profesionales de las unidades clínicas y preventivas del PAIMM decidió el año pasado comenzar a analizar los datos de que se disponía hasta el momento y diseñar estudios que permitieran conocer mejor el alcance del problema en nuestro medio aprovechando, especialmente, las ventajas metodológicas que ofrecía disponer de una unidad de hospitalización de referencia nacional destinada al tratamiento de profesionales sanitarios con problemas graves de salud mental.

Un primer paso fue, gracias a la colaboración con la Unidad de Prevención de la Fundación Galatea, analizar, entre las causas de mortalidad de 1439 médicos de Cataluña fallecidos entre 2000 y 2009, los datos concernientes a suicidios consumados. Se identificaron 17 casos como "suicidios/autolesiones" y la prevalencia en los varones era del 1% (similar a la población general) mientras que en las mujeres era del 2,8% (frente al 0,4% de la población general). Estos datos coincidían con lo observado en estudios llevados a cabo en otros países europeos y en EE. UU.

Por lo que respecta a los intentos de suicidio, a principios de 2012, se llevó a cabo un primer estudio retrospectivo, analítico, con 493 informes clínicos de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización del PAIMM en la primera década de funcionamiento del programa (1998-2008). Se identificaron 36 informes (21 de médicos y 15 de enfermeros/as)

que habían llevado a cabo un intento de suicidio el mes previo a su hospitalización. Parte de los resultados de este estudio se avanzan en la presente exposición si bien ya han sido remitidos para su publicación por escrito a una revista internacional especializada en salud mental.

Sin embargo, ante las deficiencias metodológicas que suponía evaluar retrospectivamente la información sobre dichos intentos con informes clínicos, en mayo de 2012 se decidió poner en marcha un estudio (que sigue en curso), con pacientes ingresados en dicha Unidad de Hospitalización que puede dividirse, de acuerdo con su cronología y su diseño, en dos fases:

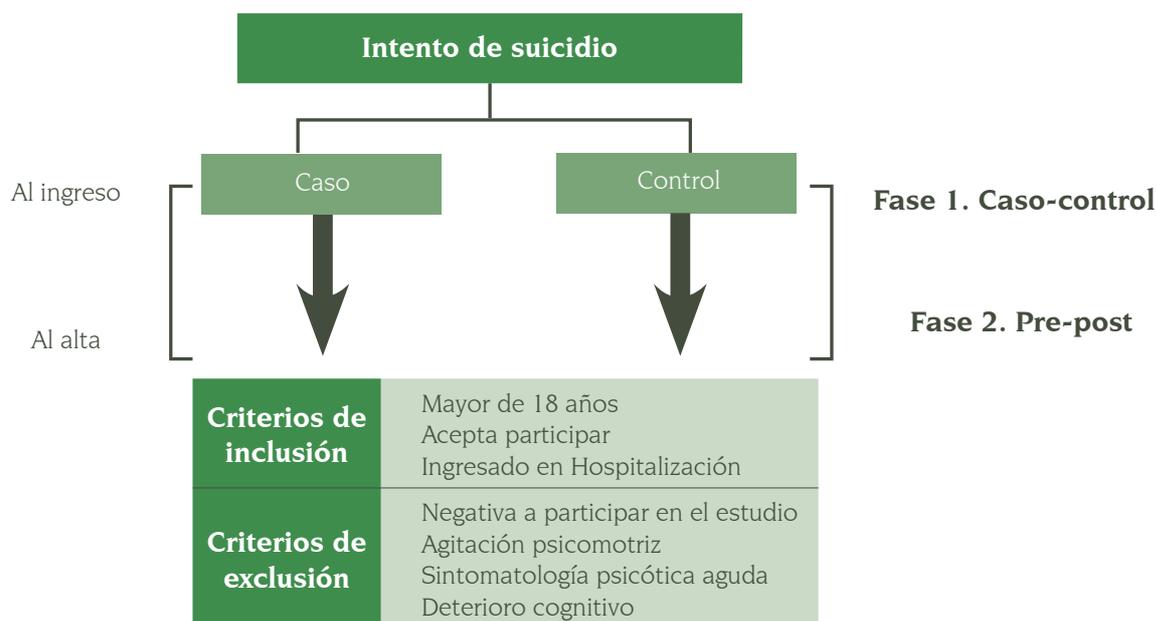
- 1ª Fase: Estudio observacional analítico caso-control
- 2ª Fase: Estudio cuasi-experimental pre-post con ambos grupos de pacientes evaluados al ingreso (1ª semana) y antes del alta (última semana)

Se han definido como "casos" aquellos pacientes que han llevado a cabo un intento de suicidio el mes previo al ingreso. Tanto a "casos" como a "controles" se les evalúa de forma sistemática y estructurada (**Figura 1** y **Tabla 4**).

Por el momento, pese a que el tamaño muestral impide extraer conclusiones extrapolables a la población de referencia, la novedad del estudio llevado a cabo (ya que no existen estudios sobre profesionales sanitarios ingresados tras un intento de suicidio ni en el ámbito nacional ni en el internacional) ha animado al equipo investigador a presentar algunos resultados preliminares en formato póster.

Esperamos que su contenido haya resultado de su interés y que contribuya a mejorar nuestro conocimiento de las causas del suicidio en el médico, con la finalidad última de prevenirlo, en la medida de nuestras posibilidades.

**Figura 1.** *Diseño del estudio en curso sobre intentos de suicidio en el PAIMM*



Índice de instrumentos		
Pruebas administradas	Casos	Controles
<b>Cuestionario laboral</b>	✓	✓
<b>Protocolo breve evaluación suicidio</b>	✓	✓
1. Cuestionario socio-demográfico general	✓	✓
2. Cuestionario clínico	✓	✓
3. Diagnóstico CIE-10 (principal y secundario)	✓	✓
4. Funcionalidad (EEAG)	✓	✓
5. Escala Ideación Suicida de Beck	✓	
6. Escala Intencionalidad Suicida de Beck	✓	
7. Cuestionario de circunstancias vitales de Brugha	✓	
8. Circunstancias vitales DSM-IV-TR	✓	
<b>Escala Desesperanza Beck</b>	✓	✓
<b>Inventario Razones para vivir</b>	✓	✓
<b>MINI</b>	✓	✓
<b>MCMII-II</b>	✓	✓
<b>Inventario de Burnout de Maslach</b>	✓	✓
<b>Escala de Riesgo-Rescate Weisman-Worden</b>	✓	

**Tabla 4.** Índice de los instrumentos utilizados en el estudio PAIMM en curso

### Agradecimientos

Agradezco a Dña. María Bravo Aguilera, Dña. Tània Pujol Culleré, a la Dra. Marcela Mezzatesta Gavá, al Dr. Xulián Mozo Alegría, a la Dra. Marta Casanovas Espinar y a D. Albert Díaz Martínez sus horas de dedicación al estudio en curso en el PAIMM sobre intentos de suicidio en profesionales sanitarios.

También quisiera alabar la iniciativa de los que pusieron en marcha el PAIMM y la Fundación Galatea así como a quienes siguen haciendo posible que continúe su andadura.

Todo con el fin de ayudar a los profesionales sanitarios que sufren, a quienes dedicamos nuestro trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aasland, O.G., Ekeberg, O., & Schweder, T. (2001). Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Social science & medicine* (1982), 52(2), 259–65.
2. Aasland, O.G., Hem, E., Haldorsen, T., & Ekeberg, Ø. (2011). Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC public health*, 11, 173.
3. Aasland, O.G. (2013). Physician suicide-why? *General hospital psychiatry*, 35(1), 1–2.
4. Alexander, B. H., Checkoway, H., Nagahama, S. I., & Domino, K. B. (2000). Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 93(4), 922–30.
5. Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., et al. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 289(23), 3161–6.
6. Clayton, P. J., & Reynolds, C. F. (2008). *Struggling in silence. Physician depression and suicide*. New York: American Foundation for Suicide Prevention.
7. Frank, E., & Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1887–1894.
8. Fridner, A., Belkic, K., Marini, M., Minucci, D., Pavan, L., & Schenck-Gustafsson, K. (2009). Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. *Gender medicine*, 6(1), 314–28.
9. Fine, C. *No time to say goodbye. Surviving the suicide of a Loved One*. 1999. Kindle Edition.
10. Garcia-Guasch, R., Roigé, J., & Padrós, J. (2011). Substance abuse in anaesthetists. *Current opinion in anaesthesiology*. doi:10.1097/ACO.0b013e32834ef91b.
11. Gold, M. S., Frost-Pineda, K., & Melker, R. J. (2005). Physician suicide and drug abuse. *The American journal of psychiatry*, 162(7), 1390.
12. Hawton, K., Agerbo, E., Simkin, S., Platt, B., & Mellanby, R. J. (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 320–6.
13. Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of epidemiology and community health*, 55(5), 296–300.
14. Hawton, K., Clements, A., Simkin, S., & Malmberg, A. (2000). Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 93(6), 351–7.
15. Hawton, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2004). Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 1.
16. Hawton, K., & Vislisel, L. (1999). Suicide in nurses. *Suicide & life-threatening behavior*, 29(1), 86–95.
17. Hem, E., Aasland, O. G., & Ekeberg, O. (2004). Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors. *Anaesthesia and intensive care*, 32(2), 288–9; author reply 289–90.
18. Hem, E., Grønvd, N. T., Aasland, O. G., & Ekeberg, O. (2000). The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(3), 183–9.
19. Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglum, P., & Ekeberg, O. (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychological medicine*, 35(6), 873–80.

20. Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglum, P., & Ekeberg, O. (2005). Suicide among physicians. *The American journal of psychiatry*, 162(11), 2199–200.
21. Hendin, H., Maltzberger, J. T., & Haas, A. P. (2003). A physician's suicide. *The American journal of psychiatry*, 160(12), 2094–7.
22. Legha, R.K. (2012). A History of Physician Suicide in America. *Journal of Medical Humanities*, 33(4), 219-44.
23. Lindeman, Sari, Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 168(3), 274–9.
24. Myers, M.F. (1999) No time to say goodbye. *Surviving the death of a Loved One*. *Am J Psychiatry*, 156(4), 653-653
25. Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G. D., Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., et al. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *La Clinica terapeutica*, 161(6), 511–4.
26. Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of psychiatric nursing*, 20(3), 135–43.
27. Rich, C. L., & Pitts, F. N. (1980). Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-72. *The Journal of clinical psychiatry*, 41(8), 261–3.
28. Sargent, D.A. (1987). Preventing Physician Suicide. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 257(21), 2955–56.
29. Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295–2302.
30. Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of affective disorders*, 64(1), 69–79.



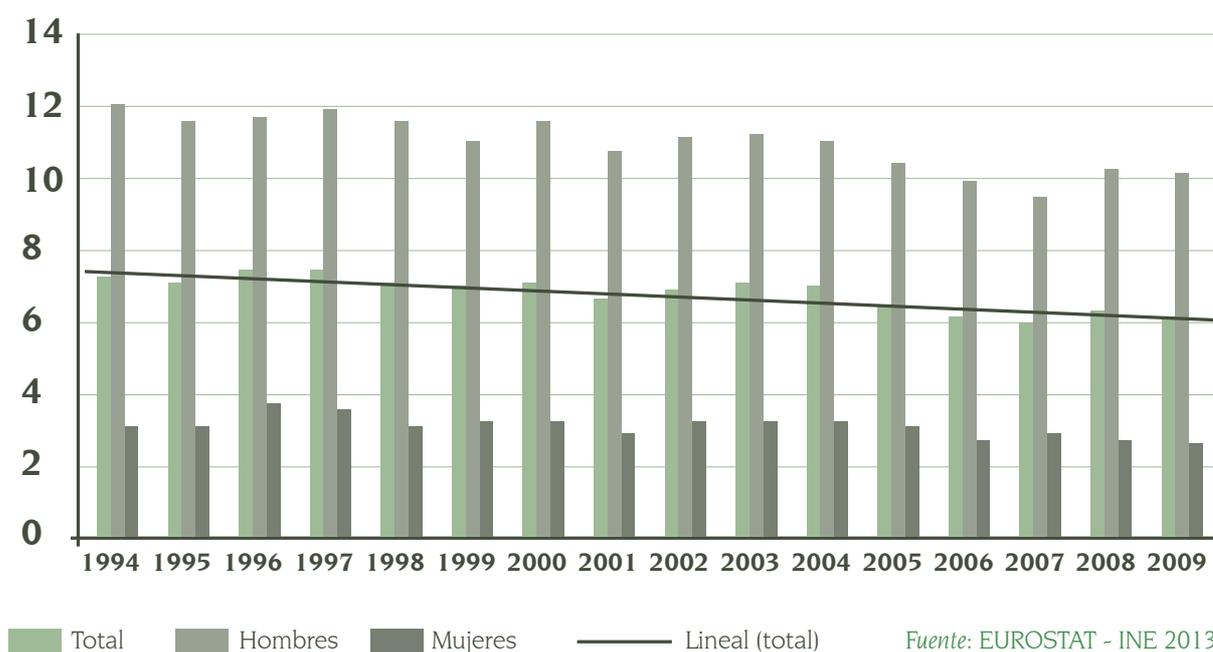
## EPIDEMIOLOGÍA

Antes de revisar el estado actual de los programas de prevención, tanto específicos como genéricos del comportamiento autolítico, es pertinente realizar una aproximación cuanti-cualitativa a la epidemiología y al peso que los trastornos mentales y del comportamiento ejercen sobre el suicidio consumado.

En nuestro entorno español las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas se mantienen relativamente estables en los últimos quince años (**Figura 1**).

En España, dentro de la mortalidad evitable, se ha conseguido, tras un proceso programado de intervención sobre la accidentalidad vial, disminuir la mortalidad por accidentes de tráfico durante los últimos seis años (**Figura 2**), por lo que la mortalidad accidental por comportamiento autolítico ha pasado a situarse en primer lugar.

**Figura 1.** Tasas estandarizadas de mortalidad: suicidio y lesiones autoinfligidas. España 1994-2009



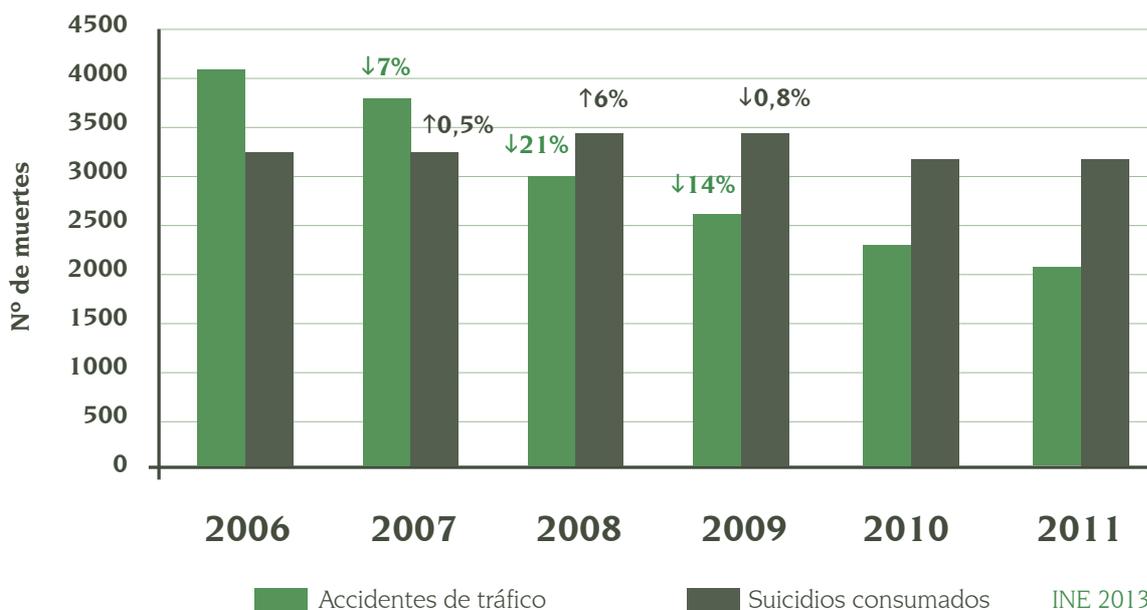


Figura 2. Mortalidad accidental comparada. España 2006-2011

Este reto que señala, con más intensidad si cabe, la necesidad de intervenir de forma específica en sentido preventivo, está siendo recogido recientemente con mayor claridad y apoyo institucional de nuestro medio.

### APOYO INSTITUCIONAL EN EUROPA Y ESPAÑA. ACCIÓN DE SOCIEDADES PROFESIONALES

Dentro del área europea, el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020<sup>1</sup> de la Organización Mundial de la Salud, aprobado el 25 de mayo (M. Muijtjen) de 2013, durante la 66ª Asamblea Mundial de Salud, establece como objetivos principales los siguientes:

- Fortalecer el liderazgo y la gobernanza de la salud mental eficaz.
- Prestar servicios de asistencia social de la salud mental global, integrada y responsable y en entornos basados en la comunidad.
- Implementar estrategias de promoción y prevención en salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos y la investigación para la salud mental.

Por otra parte, la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Unión Europea (DG-SANCO) como consecuencia del nuevo Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar<sup>2</sup>, se han establecido las siguientes cinco prioridades: depresión y suicidio, salud mental de los jóvenes, salud mental en el mundo laboral, salud mental en ancianos y lucha contra el estigma y exclusión social.

Como se desprende del orden de las prioridades en primer término figura la prevención y atención al comportamiento autolítico.

Asimismo, la Sección de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) en su Plan de Actuación 2012-2014 asume tres principios fundamentales para estos años: garantizar calidad en la práctica clínica, fomentar el desarrollo de los profesionales de la psiquiatría y proporcionar la debida formación postgraduada (Mat Hermans 2013).

Dentro de las sociedades profesionales, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) ha desarrollado una guía dirigida a la prevención y tratamiento del comportamiento autolítico<sup>3</sup>. Dentro de la guía se contemplan los siguientes puntos: crisis suicida, diagnóstico, tratamiento, equipo de tratamiento, familia, soporte social, seguridad y formación de personal.

Respecto al apoyo a la investigación en el marco europeo está previsto el Programa de investigación e innovación Horizon 2020, aprobado en la Conferencia de Presidentes de la Comunidad Europea con una dotación económica muy importante. Dentro de este programa se contempla el comportamiento autolítico como uno de los objetivos a estudiar (Horizon 2020).

En relación con el entorno institucional español, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia de Salud Mental 2007-2012<sup>4</sup> y la correspondiente Evaluación de la misma<sup>5</sup>. Por otra parte se ha publicado la Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 del Plan Nacional sobre Drogas<sup>6</sup> y el correspondiente Plan de Acción 2013-2016. Desde el Ministerio de Sanidad también se ha puesto en marcha el II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016<sup>7</sup>. En todos ellos se establecen las pautas de promoción de la salud mental, prevención de los comportamientos autolíticos y las mejores prácticas clínicas para la atención de las personas con riesgo o que ya han realizado comportamientos autolíticos.

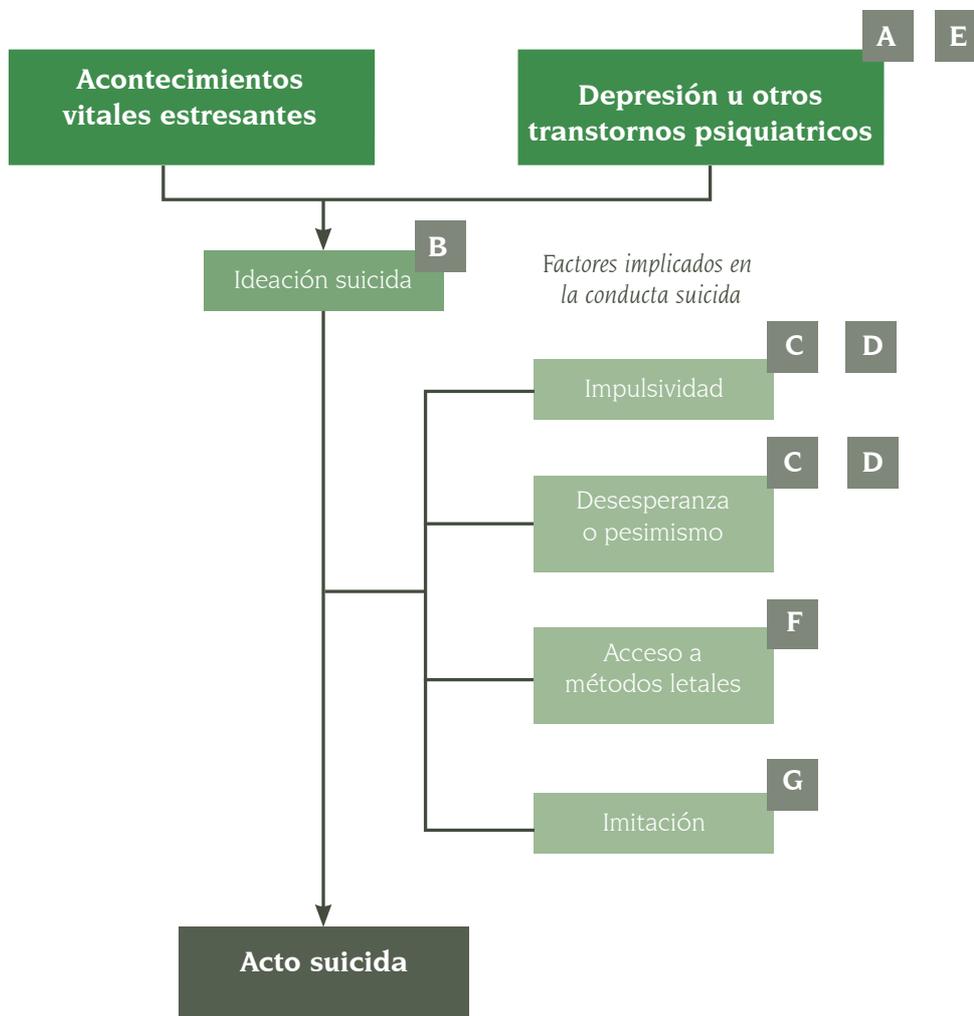
De otro modo, el Congreso de los Diputados ha aprobado el día 12 de noviembre de 2012<sup>8</sup> una proposición no de Ley en el que se insta al Gobierno a promover dentro de la Estrategia de Salud Mental una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio, que se incorpore al documento 2009-2013 y, en el mismo marco, desarrollar políticas transversales que incorporen la perspectiva de género y presten especial atención a los grupos más vulnerables (niños, adolescentes, ancianos y personas en riesgo de exclusión) en relación a la prevención del suicidio, así como a promover campañas de visibilización, sensibilización, concienciación y apoyo a la Red de Salud Mental, de acuerdo con los servicios de las CC. AA., enfocado principalmente a mejorar las medidas preventivas, el protocolo de manejo del suicidio y la atención y seguimiento inmediato a los intentos de suicidio.

Desde las sociedades profesionales también se han desarrollado esfuerzos tratando de facilitar las mejores prácticas clínicas y de prevención estableciendo recomendaciones específicas para la prevención y el manejo del comportamiento suicida en España, recogidas en diversos soportes<sup>9,10</sup>.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad por su parte, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia ha publicado la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud<sup>11</sup>.

### PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Para intentar responder a la pregunta: ¿qué funciona en prevención del comportamiento autolítico? se sugiere tener en cuenta el siguiente algoritmo<sup>12</sup> en el que se tienen en cuenta los distintos tipos de programas preventivos.



En esta revisión sistemática de estrategias de prevención de suicidio<sup>12</sup> se muestran como efectivas las siguientes:

Tipos de intervención preventiva:

- Programas de atención y concienciación para médicos de atención primaria, público en general, agentes comunitarios, sociales o de organizaciones
- Detección de individuos con riesgo elevado

Tratamiento:

- Farmacoterapia: antidepresivos, incluidos los ISRS; antipsicóticos
- Psicoterapia: programas de prevención del alcoholismo; terapia cognitivo conductual
- Seguimiento preventivo de personas con intentos suicidas

- Restricción del acceso a medios letales
- Información a los medios de comunicación de las pautas a seguir en los casos de suicidio

Los programas educativos de prevención realizados en Europa, *Gotland Study* en Noruega, *Jämtland Study* en Suecia, *Kiskunhalas Study* en Hungría y *Nuremberg Alliance against Depression* en Alemania y *European Alliance against Depression* que incluye a varios países de Europa, están dirigidos a profesionales de atención primaria. También mencionar el *Gotland Study* (Noruega) que consiste en programas de formación continuada para mejorar el reconocimiento y abordaje de los trastornos depresivos en atención primaria y así disminuir los comportamientos suicidas.

Se analizaron las consecuencias a largo plazo (> 3 años) y se observó un retorno de las tasas de suicidio a los valores iniciales, así como un escaso efecto sobre la suicidalidad en varones, por lo que las medidas adoptadas fueron la realización de cursos de recuerdo a los profesionales.

La *Nuremberg Alliance against Depression – European Alliance against Depression* (Alemania – Europa), partió de datos iniciales de Nüremberg en comparación con los de Würzburg (2002) y se realizaron cuatro niveles de intervención durante 2001-2002, con optimización de asistencia primaria, campaña de relaciones públicas, cooperación de diferentes estamentos sociales (enfermería geriátrica, sacerdotes, profesores, medios de comunicación) y con soporte para las personas afectadas y sus familiares. La evaluación del primer año de intervención mostró una reducción del 20% de conductas suicidas tras comparar con datos iniciales y con la región control, Würzburg.

¿Qué hemos aprendido de los programas educativos dirigidos a MAP? La necesidad de cursos de "recuerdo", de labor educativa/de formación en diferentes colectivos sociales, en colectivos de pacientes, población general y cuidadores. Se ha demostrado mayor efectividad si son específicos ya que los distintos grupos requieren diferentes estrategias. Asimismo, la necesidad de que las campañas preventivas dirigidas a población general se acompañen de una adecuada dotación de medios en el sistema sanitario.

Es muy relevante destacar la investigación europea consorciada, cuyos estudios se describen a continuación:

En primer lugar el MONSUE (*Monitoring Suicidal Behaviour in Europe*): estudio derivado del WHO/EURO *Multicentre Study* en el que han participado siete países europeos –España representada por la Universidad de Oviedo–, con una muestra de más de 10000 sujetos. Los objetivos de este estudio han sido evaluar en Europa la frecuencia de tentativas suicidas (TS) y sus factores de riesgo con el fin de desarrollar estrategias que reduzcan el riesgo suicida y finalmente evaluar el efecto de medidas específicas. De este estudio se ha comunicado a través de la literatura de impacto aspectos destacables como características sociodemográficas y clínicas, necesidad de cuidados específicos<sup>13,14</sup>.

El estudio SEYLE<sup>3</sup> (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) ha sido desarrollado en doce países europeos, España entre ellos desde la Universidad de Oviedo, con los objetivos siguientes: reducir la frecuencia de comportamiento suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos como objetivo general y como específicos obtener información sobre el estado de salud/bienestar de los adolescentes europeos, realizar intervenciones que

generen un mejor estado de salud a través de la reducción de comportamientos de riesgo y suicidas, evaluar la intervenciones frente a un grupo control y, finalmente, recomendar modelos de promoción de salud en adolescentes. El método empleado ha sido la intervención psicoeducativa en el medio escolar sobre adolescentes, familiares y educadores. De este estudio existen ya numerosas publicaciones de impacto, entre las que señalamos como más representativas las que se refieren a metodología, psicopatología ansioso-depresiva, impacto funcional e incremento de riesgos, así como la influencia del uso de internet<sup>3,15,19</sup>.

Otro estudio europeo es el SUPREME (*Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion*), en el que ha participado siete países europeos, con representación española en el IMIM-Parc de Salut del Mar de Barcelona, cuyo objetivo principal es prevenir el suicidio y promover la salud mental en jóvenes de 14 a 24 años a partir de Internet y los medios de comunicación.

Con el objetivo de reducir la tasa de absentismo escolar y mejorar la salud mental de los adolescentes se ha realizado el estudio WE-STAY (*Working in Europe to Stop Truancy among Youth*), utilizando el método de recoger datos sobre absentismo escolar con el fin de estimar la prevalencia, correlacionar datos socio-psicológicos y psiquiátricos y datos sobre actitud familiar, para detectar personas de riesgo y ofrecerles orientación y ayuda.

En nuestro país también se han desarrollado por parte de la Universidad de Sevilla, liderados por el Dr. Giner<sup>20</sup> estudios de postvención e intervención familiar que destacan, entre otros factores intervinientes importantes, el uso de alcohol.

Del estudio ESEMED que se ha desarrollado en la Comunidad Europea<sup>21</sup>, han detectado como factores de riesgo (*Odds Ratio*) de intento de suicidio en personas con ideas de suicidio abuso/dependencia de alcohol (2.11), ser mujer (1.89), estar en desempleo (1.82) y tener diagnóstico de depresión (1.63).

En el contexto norteamericano, la propia Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en 2003, indica cuáles son los factores protectores a promover: Permanencia de hijos en el hogar, Sentido de responsabilidad familiar, Embarazo, Práctica religiosa, Satisfacción vital, Estilo de afrontamiento positivo, Capacidad de resolución de problemas, Soporte social y Adecuada relación terapéutica.

El trabajo de Baca-García<sup>22</sup>, realizado a partir de los datos de las encuestas del NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) profundiza en las distintas variables clínicas y sociodemográficas que subyacen en la ideación y en los intentos autolíticos.

En España se ha estudiado muy bien la influencia del género, la presencia de impulsividad y los criterios que el clínico español tiene presentes para el ingreso de las personas con riesgo autolítico<sup>23,25</sup>.

Finalmente destacar cuáles son las necesidades de mejora detectadas para la prevención de comportamientos autolíticos: validez de los registros regionales de casos, homogeneización de los planes, protocolos e indicadores evolutivos, desarrollo profesional continuo (c. suicida), codificación de comportamientos suicidas, programas específicos de postvención, incluir indicadores en las AGC (Áreas de Gestión Clínica), detección y actuaciones sobre grupos de riesgo, desarrollo de redes y consorcios específicos.

### CONCLUSIONES

En relación con los programas de prevención de comportamiento suicida, se destacan los siguientes aspectos:

- En la última década frente al comportamiento autolítico, se ha conseguido mayor apoyo: institucional, científico, organizativo, profesional y preventivo.
- Inicialmente ha de asumirse que un buen programa preventivo comienza por un adecuado conocimiento de la magnitud del problema y precisa evaluación interna y externa.
- Resulta muy recomendable que se utilicen preferentemente los programas preventivos que han demostrado efectividad y, por otra parte, se desarrollen programas preventivos específicos multisectoriales a nivel regional y nacional, con dotación de medios adecuada y evaluación posterior.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2010*. Ginebra, 2013
2. Hübel M. "EU proposed strategies to diminish the burden of mental disorders." *European Psychiatry* Volume 28, Supplement 1 - Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry-, Pages 1, 2013
3. Wasserman C, et al "Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study". *BMC Public Health*. 2012 Sep 12;12:776.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2007. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Evaluación de la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social – Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*. Delegación del Gobierno para el PNSD. Madrid, 2009
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Dirección General de servicios para la familia y la infancia. *II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016 (II PENIA)*. Madrid, 2013
8. Congreso de los Diputados. *Boletín Oficial de las Cortes Generales Serie D, Núm. 175*
9. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y grupo RECOMS. *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida*. Bobes García, Giner Ubagó y Saiz Ruiz Eds. Triacastela, Madrid. ISBN 978-84-95840-59-2. 2011
10. Ayuso-Mateos JL Y Otros. "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 5 (1): 8-23. 2012
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02*. Madrid, 2012
12. Mann JJ, et al. "Suicide prevention strategies: a systematic review". *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.
13. Carli V, et al. "The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics". *BMC Public Health*. 2013 May 16;13:479
14. Bursztein Lipsicas C, et al. "Immigration and recommended care after a suicide attempt in Europe: equity or bias?". *Eur J Public Health*. 2013 Jun 27
15. Wasserman D1, et al. "Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial." *BMC Public Health*. 2010 Apr 13;10:192
16. Durkee T, et al. "Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors". *Addiction*. 2012 Dec; 107 (12): 2210-22.
17. Balázs J, et al. "Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk". *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Jun; 54(6):670-7.
18. Brunner R, et al. "Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries". *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Nov 12.
19. Kaess M, et al. "Risk-behavior screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe". *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014.
20. Giner L, et al. "Adolesc Med Health". 2007 Jan-Mar;19(1):99-113

21. Bernal M, et al. "Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study". *J Affect Disord*. 2007 Aug; 101(1-3):27-34
22. Baca-García E, et al. "Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002". *Mol Psychiatry*. 2010 Mar; 15(3):250-9.
23. Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, Oquendo MA, Saiz-Ruiz J, de Leon J. *Suicide attempts and impulsivity*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr; 255(2):152-6. Epub 2004 Nov 19.
24. Baca-García E, et al. "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt". *Psychiatr Serv*. 2004 Jul; 55(7):792-7.
25. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Mann JJ, Oquendo MA. "Suicidal behavior in young women". *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Jun; 31(2):317-31.

### OTRAS REFERENCIAS

- Almeida OP, et al. "Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults". *Br J Psychiatry*. 2012 Dec; 201(6):466-72
- Carli V, et al. "Serious suicidal behaviors: Socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample". *Nord J Psychiatry*. 2014 Jan; 68(1):44-52
- Fischer G, et al. "Depression, deliberate self-harm and suicidal behaviour in adolescents engaging in risky and pathological internet use". *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2012; 61(1):16-31.
- Haring C, et al. "Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial". *BMC Public Health*. 2010 Apr 13; 10:192.
- Kelleher I, et al. "Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies". *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Dec; 69(12):1277-83
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Delegación del Gobierno para el PNSD. *Plan de acción sobre drogas*. España 2013-2016. Madrid, 2013
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. "Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression". *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-88



## CONSIDERACIONES PREVIAS

### Suicidio y cultura

Los aspectos neurobiológicos del suicidio, homogéneos en los sujetos, son independientes de los aspectos culturales.

El suicidio, como todo suceso del ser humano, tiene un determinante cultural, que lo plastifica, como no podría ser de otra forma, en una sociedad que avanza y retrocede en sus usos y costumbres.

Siguen vigentes los asertos de E. Durkheim sobre el suicidio como ruptura de la cohesión social que propicia la solidaridad interhumana. Por ello, todos los factores culturales (como la religión o las creencias de trascendencia con la naturaleza) son factores protectores del suicidio pues en ellas el suicidio se considera como un fracaso de la solidaridad y de la trascendencia. La pertenencia y, sobre todo, la práctica de una de las cuatro grandes religiones es un factor de protección frente al suicidio.

Los modelos culturales sobre el suicidio en los macro y microgrupos sociales explican (según Chuet *et al* 2010) el 95% del riesgo existente:

- Grado de aceptación social
- Forma de expresar el malestar
- Estrés de pertenecer a una minoría
- Discordancia social

El suicidio se asocia directamente con la marginación grupal e inversamente con la integración y cohesión con el grupo.

En cuanto a las crisis económicas y políticas (Europa, 2007. URSS, 1995) se demuestra que los factores de potenciación siguen funcionando en tanto no desaparecen el elemento creencial, ideológico o material que los sustentan.

### Suicidio y crisis económica

La crisis económica del momento actúa como un inductor de estresores comunes que ya se han considerado como factores de riesgo de suicidio, como son la pérdida del bienestar social y de la autoestima.

En el análisis de la influencia de la crisis económica sobre las tasas de suicidio en las distintas naciones afectadas, la depresión y el alcoholismo que sí son derivados de aquella,

introduce un factor de confusión para la interpretación de la posible relación entre suicidio y situación económica.

Esta relación va a ser muy difícil de estudiar ya que los datos poblacionales no son extrapolables a los individuos concretos.

### **SUICIDIO EN DISTINTAS POBLACIONES**

#### **Suicidio en los trastornos afectivos limítrofes**

Se incluyen en esta clasificación: los trastornos afectivos de baja intensidad, los trastornos bipolares tipo II y los trastornos mixtos. La importancia del estudio de los trastornos afectivos limítrofes radica en la posibilidad de prevenir precozmente tentativas de suicidio en las que puedan desembocar los pacientes diagnosticados con estos trastornos.

El riesgo de suicidio en adolescentes con depresiones subsindrómicas (depresiones menores) es prácticamente el mismo que el presentado por pacientes con depresión mayor, lo cual permite concluir que los cuadros depresivos menores en adolescentes tienen un alto riesgo de suicidio, siendo por ello fundamental su detección precoz y el seguimiento continuado de los mismos.

La edad temprana de comienzo temprana de los trastornos afectivos es, en sí misma, un factor de riesgo suicida.

Los paciente con sintomatología atípica y con diagnóstico de trastorno bipolar II y trastorno límite de la personalidad comórbido, tienen un alto riesgo de suicidio, de consumo de sustancias y de haber padecido abusos (sobre todo sexuales) en la infancia.

#### **Suicidio en las personas con problemas relacionados con el alcohol**

Desde un punto de vista epidemiológico debe destacarse que los alcohólicos tienen un riesgo de suicidio entre 60 y 120 veces superior al de la población general sin patología psiquiátrica.

La fatal asociación entre alcohol y suicidio es sensiblemente más intensa entre los jóvenes, incrementándose el riesgo suicida en la medida en que el inicio en el consumo de alcohol sea más precoz.

Siempre que se atienda una tentativa suicida con alcoholemia positiva en urgencias, debe investigarse la posible existencia de problemas relacionados con el alcohol, determinando si estamos ante un patrón de abuso o de dependencia.

Tanto la experiencia clínica como la literatura científica, confirman que los pacientes alcohólicos tienen un riesgo suicida muy superior a otras patologías psiquiátricas. En base a lo anterior, las consecuencias para la praxis clínica son las siguientes:

- Deben ser tomadas en serio las tentativas suicidas en personas en las que se compruebe alcoholemia positiva.
- Un momento especialmente peligroso con incremento del riesgo suicida, viene representado por las recaídas en alcohólicos tras un periodo de abstinencia.
- Los factores de riesgo suicida para alcohólicos son: diagnóstico de episodio depresivo mayor; detección de circunstancias vitales estresantes; haber sufrido rupturas

interpersonales (particularmente de pareja); contar con un escaso apoyo social; presentar alta agresividad – impulsividad; uso de otras drogas como la cocaína; padecer una enfermedad orgánica grave; haber verbalizado ideas suicidas; y contar con historia de tentativas suicidas previas.

- La intervención inmediata en alcohólicos suicidas resulta esencial para evaluar sistemáticamente la ideación suicida; analizar la conveniencia de hospitalizar al paciente (estancias hospitalarias breves pueden salvar la vida del enfermo); realizar intervenciones psicoterapéuticas; y propiciar un soporte familiar más estable.

### Suicidio y sexo

Es un fenómeno mundial (con excepción de India y China) que los varones se suicidan más y que las mujeres lo intentan.

Esta paradoja se explica en función no del sexo sino de su expresión fenotípica en el género y constituye un fenómeno de estructura multifactorial.

El género femenino conlleva elementos socioculturales que van más allá del sexo ya que conlleva todo un entramado de adquisiciones en el Yo de estereotipos sociales.

Por ello, en la discusión de suicidio y sexo podemos afirmar que el suicidio es un fenómeno de géneros en el que el consumado va ligado a estereotipos de la masculinidad, mientras que la tentativa a los de feminidad. Redunda en ello el hecho de que los femeninos sean a través de medios poco violentos, más pasivos.

En el género masculino el suicidio es icono de orgullo y resistencia y en la mujer tiene, generalmente, una gran carga emocional de vacío por ruptura.

El modo de ejecutar el suicidio (armas de fuego versus ingesta de fármacos) hace que la masculinidad imprima actividad al suicidio contra la pasividad del suicidio femenino.

### Suicidio en los médicos

La visión que la profesión médica, en su conjunto, ha tenido en relación al hecho del suicidio del médico se ha ido transformando con el transcurrir de los años, pasándose de la consideración del mismo como un fracaso de la persona (médico) que se suicidaba o lo intentaba a la consiguiente condena absoluta del acto suicida, al reconocimiento en el último tercio del siglo pasado de la figura del médico enfermo con dificultad para ejercer de forma segura su profesión. El suicidio en el médico es, en la actualidad, interpretado en el seno de la colectividad médica, como el resultado final de alguien que padece una enfermedad mental y no ha sido capaz de pedir ayuda o no se le ha prestado la suficiente desde el ámbito médico.

A raíz del cambio de perspectiva desde la que se observa e interpreta el suicidio en el médico, se posibilita el desarrollo de programas de atención a médicos enfermos y, con ello, la prevención del suicidio en los mismos. En España contamos con el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), cuyo objetivo específico es la atención a los médicos con problemas de salud mental procurando restablecer el correcto ejercicio de su actividad profesional.

Los principios que inspiran la actividad del PAIME son: no persecución; no punición; promoción de la petición voluntaria de ayuda; ofrecimiento de un tratamiento especializado, personalizado e integral; facilitar la prevención; y promover la rehabilitación del médico.

La importancia de la existencia y el perfeccionamiento constante de programas de atención al médico enfermo, se ve respaldada por los siguientes datos epidemiológicos:

- El riesgo de suicidio en los médicos es superior al de la población general, siendo ligeramente mayor en mujeres que en hombres.
- Los médicos comparten con la población general los mismos factores de riesgo y factores protectores respecto del suicidio. No obstante poseen algunas características inherentes a su quehacer profesional, que los convierten en un colectivo especial de riesgo. Estas características son: mayor y más fácil accesibilidad a medicamentos, mejor conocimiento de la letalidad de los fármacos, retraso en la solicitud de ayuda ante el padecimiento de una enfermedad mental, singular incidencia en los médicos del síndrome de desgaste profesional, deterioro del estatus socio-laboral del médico y consecuencia judiciales derivadas de errores médicos.
- El patrón típico que se encuentra tras el suicidio consumado de un médico es: edad comprendida entre los 45 y 50 años, raza blanca, padecimiento de un trastorno mental, muy frecuentemente depresión junto con abuso o dependencia del alcohol y otras sustancias, aislamiento social y presencia de enfermedad médica grave.

### ACTUACIONES INMEDIATAS EN EL RIESGO DE SUICIDIO

El objetivo primordial de la actuación inmediata frente al suicidio radica en que la entrevista al paciente se realice ya en el mismo servicio de urgencias ya que esto representa una oportunidad única para hacer posible un seguimiento posterior eficaz al paciente con alto riesgo suicida. En este sentido debe destacarse que:

- Existe un alto porcentaje de enfermos con historia de ideación y/o tentativa suicida que no reciben una atención sanitaria adecuada.
- El pronóstico de los pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio es muy malo, especialmente en lo que presentan un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo unipolar o bipolar.

Es un hecho demostrado que indagar el riesgo de suicidio en un apartado específico de la historia clínica psiquiátrica es un medio concreto de prevenir conductas suicidas y se puede aventurar que disminuye las tasas de suicidios (consumados y tentativas).

La evaluación del riesgo suicida en un enfermo es una de las tareas más difíciles a las que debe enfrentarse el clínico. Esta investigación clínica ve reforzada si la exploración del riesgo de suicidio se apoya también en alguna de las escalas de evaluación de riesgo existentes.

Los elementos más válidos para la **evaluación del riesgo suicida** en un enfermo mental serían, según la CIE 10, los siguientes:

- Tipo de ideación suicida (esporádica o persistente)
- Tipo de determinación al suicidio (posibilidad o firmeza)

- Nivel de elaboración del plan suicida
- Grado de soledad
- Consumo de sustancias (alcohol y/o drogas)
- Nivel de dificultad social

A pesar del consenso general existente en relación con la absoluta necesidad de realizar una atención médica continuada a los pacientes con alto riesgo de suicidio, en la práctica **se constata que la continuidad en el tiempo de la atención médica no se lleva a cabo** por razones diversas, atribuibles a los enfermos y también a los médicos. Algunas de las razones que justifican esta manifiesta contradicción son las siguientes:

- Desde el punto de vista de los pacientes: la baja percepción que estos tienen de la necesidad de tratamiento, considerando además que cualquier tipo de acción terapéutica sobre ellos resultará ineficaz; la creencia errónea de poderse recuperar sin ayuda externa de ningún tipo, ya que están convencidos de no presentar problemas graves.
- Desde el punto de vista médico: existe un déficit manifiesto de diagnóstico del riesgo suicida en los servicios de urgencia en los que no se practica una valoración psiquiátrica completa.

Los pacientes con riesgo suicida presentan: impulsividad, hostilidad, inestabilidad emocional, escasa percepción de apoyo social, hipersensibilidad al rechazo social y dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales. Todas estas características convierten a estos enfermos en sujetos especialmente inestables en la relación terapéutica, lo cual justifica en gran medida las **dificultades para la valoración correcta del riesgo suicida y el consiguiente seguimiento médico** mantenido de estos pacientes.

En consecuencia podemos concluir:

- La organización actual de la atención psiquiátrica a pacientes suicidas dista mucho de ser la adecuada.
- Se hace necesaria la creación y puesta en marcha de unidades especiales para la atención de pacientes con historia de intento suicida y para aquellos en los que se detecte un riesgo de suicidio elevado.
- Estas unidades deberán contemplar de forma protocolizada periodos de hospitalización breve sistemática.

Los **objetivos de la hospitalización breve sistemática** son:

- La prevención del suicidio a corto plazo
- La facilitación de una la continuidad de la atención
- La elaborar y puesta en práctica de protocolos de evaluación psiquiátrica completa
- La estimulación de la la colaboración de la familia del paciente
- El alivio el dolor psicológico (cuya detección es esencial para determinar el nivel de riesgo suicida) de los enfermos, para favorecer la alianza terapéutica y evitar el paso a la acción. Debe entenderse por dolor psicológico: la sensación duradera, sostenible y desagradable que resulta de la evaluación negativa de la capacidad o deficiencia del yo

- La planificación de actuaciones tras el ingreso para el seguimiento preventivo del paciente suicida que incluyan contactos telefónicos y/o postales, así como consultas de enfermería/médicas, al objeto de restaurar los vínculos sociales del enfermo

### DIFICULTADES DE LA PREVENCIÓN. PROYECTOS Y REALIDADES

#### Postvención y prevención

Se puede afirmar que las campañas divulgativas de prevención de conductas suicidas no provocan un incremento de intentos suicidas ni de suicidios consumados.

La información razonada sobre los riesgos suicidas facilita la petición de ayuda para aquel.

#### Proyectos y realidades de la prevención

Existen variados programas de prevención del suicidio y guías de actuación. Está por comprobar su puesta en marcha, los elementos que han funcionado y los resultados que se pueden considerar estratégicos para su continuación. Sí han funcionado:

- Programas preventivos en jóvenes, adultos y edad involutiva
- Líneas estratégicas de investigación en prevención de suicidio
- Diversas guías de prevención de las que se desconoce su alcance de difusión

En España actualmente se dispone de:

- Estrategias en salud Mental (2007 – 2016) del Ministerio de Sanidad
- Propuesta no de Ley del Parlamento
- Guías de prevención y tratamiento (Galicia, Madrid y Andalucía)
- Recomendaciones de la Sociedad Española de Psiquiatría y de Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

Las intervenciones preventivas específicas sobre grupos de riesgo son las siguientes: trastornos mentales graves; trastornos depresivos; adicciones; trastornos de la personalidad; intentos de suicidio previos; adolescencia y población involutiva en riesgo.

En este sentido se han demostrado útiles:

- Los curso de "recuerdo"
- La necesidad de que la labor formativa sea diferente según las características específicas de cada grupo
- Las campañas preventivas en población general que se acompañan de una dotación específica en el sistema sanitario

En Europa se investiga sobre Prevención del Suicidio:

- Proyecto SEYLE (presencia española): reducción de suicidios en adolescentes
- WE-STAY: detección personas de riesgo suicidio
- SUPREME (presencia española)





