

# ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

*De la clínica y el consenso a la prevención*

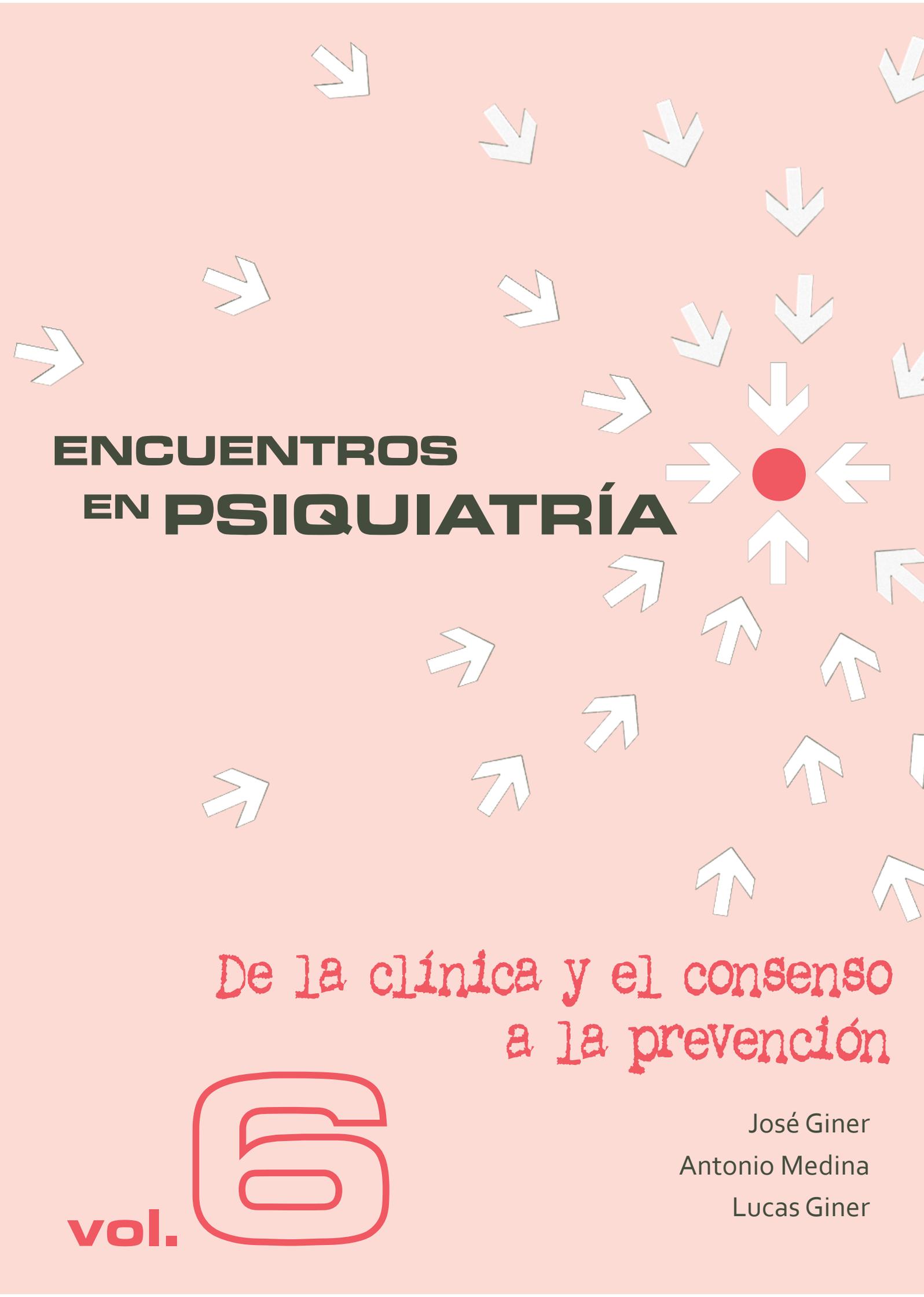
*De la clínica y el consenso  
a la prevención*

xxxxxx

  
**ADAMED**  
ESPECIALIZADOS  
EN ESPECIALISTAS

vol. **6**

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner



**ENCUENTROS  
EN PSIQUIATRÍA**

De la clínica y el consenso  
a la prevención

**vol. 6**

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner

Título: **DE LA CLÍNICA Y EL CONSENSO A LA PREVENCIÓN  
(Encuentros en Psiquiatría)**

© Copyright Contenidos 2016: Los autores

© Copyright Edición 2016: Adamed

ISBN: 978-84-15905-73-8

Depósito Legal: M-9593-2016

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**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Enrique Baca García**

*Departamento Psiquiatría  
Fundación Jiménez Díaz  
Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Hospital Universitario Infanta Elena  
Hospital General de Villalba  
Departamento Psiquiatría. UAM  
Department of Psychiatry. Columbia University. Nueva York,  
EE. UU.  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Antonio Benabarre**

*Psiquiatra, consultor. Programa de Trastornos Bipolares  
Servicio de Psiquiatría  
Institut Clini de Neurociències. Hospital Clinic de  
Barcelona. IDIBAPS  
Universitat de Barcelona*

### **Julio Bobes**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Patricia Burón**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Luis Caballero**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica  
Grupo HM Hospitales  
Universidad San Pablo CEU. Madrid*

### **Manuel Canal Rivero**

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. UGC- Salud Mental  
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut.  
Universitat Autònoma de Barcelona*

### **Philippe Courtet**

*Université de Montpellier  
Département d'Urgences & Post-Urgences Psychiatriques,  
Pôle Urgences, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier,  
INSERM Unité 1061 "Neuropsychiatrie: Recherche  
Epidémiologique et Clinique"*

### **Lorena de la Fuente**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Diego de la Vega**

*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

### **Sergio Fernández-Artamendi**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

### **Leticia García-Álvarez**

*Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM*

# Índice de autores

## **Jorge García Egea**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. UGC- Salud Mental

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

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Juan Gibert Rahola**

Departamento de Neurociencias de la Universidad de Cádiz  
Cíber del Área de Salud Mental, CIBERSAM

## **Lucas Giner**

Universidad de Sevilla

## **Celso Iglesias**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Esther Jiménez**

Psicóloga. Programa de Trastornos Bipolares. Servicio de  
Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic  
de Barcelona  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Rafael Lillo Roldán**

Profesor Titular de Psiquiatría  
Universidad de Córdoba

## **Jorge López-Castroman**

CHRU Nîmes, Francia

## **Antonio Medina León**

Catedrático de Psiquiatría  
Universidad de Córdoba

## **Isabel Menéndez-Miranda**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **María José Moreno Díaz**

Profesor Titular de Psiquiatría  
Universidad de Córdoba

## **Mercedes Navío Acosta**

Directora del Grupo de Expertos para la Prevención del  
Suicidio de la Estrategia de Salud Mental del Sistema  
Nacional de Salud

## **Jordi E. Obiols Llandrich**

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat  
Autònoma de Barcelona

## **Diego J. Palao Vidal**

Profesor Titular de Psiquiatría. Director ejecutivo de Salud  
Mental. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitario.  
Universidad Autònoma de Barcelona

## **Marta Quesada Franco**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron  
Universidad Autónoma de Barcelona  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Julia Rodríguez-Revuelta**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Diana Rothova**

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica  
Grupo HM Hospitales.  
Universidad San Pablo CEU. Madrid

## **Miguel Ruiz Veguilla**

IBIS. Unidad de Psicosis y Neurodesarrollo  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. UGC- Salud Mental

## **Pilar Alejandra Sáiz**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo, Asturias  
Centro de Investigación en Red de Salud Mental,  
CIBERSAM

## **Julio Seoane**

Catedrático de Psicología Social  
Universidad de Valencia

*"El motivo del suicidio es la vida misma"*

*Kardeus, 1934*

Los elementos que confluyen en la explicación positivista o en la comprensión fenomenológica del suicidio son altamente complejos. Una muestra de ello es que los "Encuentros en Psiquiatría" han alcanzado ya su sexta edición alrededor de este tema sin que se hayan agotado las posibilidades de discusión sobre este asunto.

Si el crimen o los actos de perversidad nos parecen monstruosos, con relación a la naturaleza humana, el suicidio, la muerte dada a sí mismo, corre el peligro de ir contra los más elementales principios de las leyes de la evolución y de la vida psíquica en su naturaleza intrínseca.

Sin embargo la vida psíquica, nuestra vida en definitiva, porque lo que no es psíquico no es vida propiamente dicho, es profundamente conflictiva porque es doble la contradicción en ella. La vida psíquica, en primera instancia, no solo nos vincula a nosotros mismos en la mismidad, sino también en las representaciones que de nosotros hacemos en las relaciones interpersonales, y por último en los desórdenes infraestructurales del sujeto biológico de la vida psíquica.

Elementos biológicos y estructuras psíquicas de la conciencia se entremezclan para poder entender las conductas de los seres humanos. Son planos distintos pero que se muestran dependientes sin que hasta el momento podamos establecer la jerarquía de los mismos en relación a la conducta suicida.

No podemos, aún, determinar el orden de los acontecimientos en una secuencia de linealidad temporal que explique el fin del acto comportamental.

Este libro recoge las ponencias que se desarrollaron en abril del año 2015 y abarca aspectos clínicos de la conducta suicida, la evaluación del riesgo de suicidio y la prevención de estas conductas. En cada uno de los capítulos no solo se describe lo analizado y concluido, sino que se abren las puertas a nuevas interrogantes y con ellas a nuevas vías de investigación o de prevención al fenómeno del suicidio.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

**Editores**



# SUMARIO

## INTRODUCCIÓN

### SUICIDIO Y POLÍTICA

*Julio Seoane*

## I. ASPECTOS CLÍNICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

### 1. FACTORES DE RIESGO DE INTENTOS DE AUTOLISIS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: DIFERENCIAS TEMPORALES

*Miguel Ruiz Veguilla, Manuel Canal Rivero, Jorge García Egea, Jordi E. Obiols Llandrich*

### 2. CONDUCTA SUICIDA ASOCIADA AL TRASTORNO BIPOLAR

*Esther Jiménez y Antonio Benabarre*

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO MÉDICAMENTE GRAVES

*Marta Quesada Franco*

## II. ABORDAJE Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

### 4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN DISPOSITIVOS AMBULATORIOS

*Pilar Alejandra Sáiz, Patricia Burón, Susana Al-Halabí, Sergio Fernández-Artamendi, Leticia García-Álvarez, Lorena de la Fuente, Julia Rodríguez-Revuelta, Isabel Menéndez-Miranda, Celso Iglesias, M<sup>a</sup> Paz García-Portilla, Julio Bobes*

### 5. ABORDAJE Y EVALUACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE

*Enrique Baca García*

### 6. VIGILANCIA, EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO

*Philippe Courtet, Diego de la Vega, Lucas Giner*

# Sumario

## III. ABORDAJES PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

### 7. MEDIADORES ENTRE EL MALTRATO INFANTIL Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ADULTO

*Jorge López-Castroman*

### 8. ABORDAJE Y PREVENCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA: PROPUESTA DE MÍNIMOS Y RECOMENDACIONES DE MÁXIMOS

*Mercedes Navío Acosta, Evelyn Huizin, José Antonio Blanco Garrote, María Loreto Medina Garrido, Víctor Pérez Sola, Javier Jiménez Pietropaolo, Nel Anxelu González Zapico, Cecília Borràs, Guadalupe Morales Cano, Enrique Baca García*

### 9. SUICIDIO CONSENSUS: UN PROYECTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA

*Diego J. Palao Vidal*

### 10. ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO

*Juan Gibert Rahola*

### 11. SUICIDIO Y TABÚ: UN COMENTARIO A PROPÓSITO DE LA MUERTE DEL ESCRITOR CHECO BOHUMIL HRABAL

*Luis Caballero, Diana Rothova*

## IV. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS

*Antonio Medina León, María José Moreno Díaz, Rafael Lillo Roldán, Lucas Giner Jiménez*

# 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 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 estos 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, entre el 90-95% de los suicidios consumados no tienen nada que ver con los "intentos", ni estos con aquellos.

Esto que resulta 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 POLÍTICA

J. Seoane

## LA EXTRAÑA PAREJA

**S**uicidio y política constituyen una pareja problemática, puesto que señalan la intersección de dos áreas de estudio que son en sí mismas difíciles tanto en su definición, contexto y repercusiones. Pero si renunciamos a esas tareas previas de fundamentación lógica y territorial, tenemos que reconocer que la relación íntima entre comportamiento suicida y conducta política no es nueva ni tan siquiera reciente. Si el suicidio fuera un acto estrictamente personal, sin repercusiones en los grupos próximos y en el ambiente social, no habría desatado durante siglos tantas habladurías, críticas, reacciones emocionales ni estudios e investigaciones para comprender y modificar sus intenciones. Por eso David Lester, uno de los estudiosos actuales más interesantes del comportamiento suicida, dijo hace ya tiempo que **el suicidio puede entenderse como un acto político en el que la persona suicida intenta cambiar el equilibrio de poder en su grupo social o, en general, en la sociedad**<sup>1,2</sup>. Naturalmente esto exige entender la política en un sentido amplio, es decir, cualquier situación en la que una persona o grupo intenta influir o cambiar las relaciones de poder en los demás. **Hasta en el intento de suicidio, añade Lester, a menudo se pretende forzar determinadas respuestas en aquellos que nos importan.**

Sin embargo, esta relación parece excesivamente simple para una pareja tan peculiar. Produce la falsa sensación de que el papel dominante pertenece al suicida, mientras que la política se limita a sufrir las consecuencias de sus intenciones de control. Nada más alejado de lo que sabemos hasta ahora. Incluso los clásicos sabían que **el fenómeno suicida era parcialmente el resultado de la mayor o menor integración en el grupo y en la sociedad, junto con el grado de equilibrio y estabilidad de las normas sociales**<sup>3</sup>. Es decir, que los fenómenos políticos, en la medida en que inciden en la integración y regulación social, también influyen en el comportamiento suicida. Este es el caso de **la guerra, el terrorismo o las protestas políticas que no solo apuntan a la violencia hacia los demás sino que también alteran la agresión hacia uno mismo.** Como ocurre también, al margen del conflicto y la violencia política, con las campañas electorales, el triunfo político de partidos o la constitución de **nuevos gobiernos y legislaturas**, modificando así el ambiente y las expectativas sociales de buena parte de la población, algo que también repercute directa o indirectamente en las tasas de suicidio.

Ya se entienda como un acto político en sí mismo o como la resultante de una serie de hechos sociales entre los que destaca la propia política, lo cierto es que el suicidio y la política mantienen una relación quizá no muy intensa pero lo suficientemente significativa como para ocuparse de ella. A los distintos aspectos de esa relación dedicaremos las próximas páginas.

### POLÍTICOS SUICIDAS

A primera vista parece que la tarea que planteamos consiste en estudiar a los políticos que se suicidan, sus características y las estadísticas que los definen. Sin embargo, es esta una visión bastante ingenua porque la relación entre suicidio y política es bastante más complicada que el suicidio de los políticos. Por otro lado, resulta difícil determinar lo que entendemos por políticos, podemos referirnos a dirigentes de primer nivel, primeros ministros, o a candidatos en elecciones o simplemente a miembros de gabinetes gubernamentales o a muchos otros que ocupan puestos en la administración. Así, resulta prácticamente imposible obtener datos sobre políticos que se suicidan, sus tendencias y peculiaridades.

Sin embargo, eso no significa que sea inútil el estudio de casos o el análisis de ejemplos que resultan muy significativos. Por ejemplo, Harold D. Lasswell, uno de los precursores de la psicología política, nos ofrece multitud de tipos patológicos entre los políticos<sup>4</sup>, algunos de los cuales muestran claras tendencias suicidas. O también Steven Stack<sup>5</sup> que estudia la imitación que produce el suicidio de personajes célebres, incluidos aquellos que destacan en los medios de comunicación por su posición política. Con todo, existen algunos casos que son muy representativos del suicidio en el ámbito político y que se repiten una y otra vez en los estudios de este campo. Por ejemplo, Marco Porcio Catón (96-46 a.C.) o simplemente *Catón el Joven*, que se enfrentó políticamente durante muchos años a Julio César en la Roma Clásica, hasta que el enfrentamiento se convirtió en militar y terminó con la derrota de Catón. Ante la posibilidad de ser perdonado por César y quedar así comprometido todo su partido, prefirió el suicidio para dejar claro su desprecio por la política de César y la reivindicación de la propia, actitud que efectivamente deterioró el prestigio de César y cooperó en su caída y asesinato posterior. Es decir, un caso evidente de suicidio con una motivación política<sup>6</sup>.

En otras ocasiones, la meta del suicidio no es tan claramente política pero la vida pública también pasa factura por los riesgos profesionales que comporta. Este puede ser el caso de James Forrestal (1892-1949), Secretario de Defensa de los Estados Unidos en la época de la presidencia de Truman. Forrestal tenía algunos problemas de personalidad que añadidos al exceso de trabajo, las sutilezas de la política exterior en un momento complejo y los errores cometidos en el tratamiento médico al tratar de ocultar sus dificultades de salud (depresión, ansiedad y reacciones paranoides), le condujeron inesperadamente al suicidio el mismo día que recibía el alta médica<sup>7</sup>. O también lo ocurrido con Robert Budd Dwyer (1939-1987) que se *suicidó con una pistola delante de las cámaras de televisión de Pensilvania*, después de haber ocupado diversos cargos públicos en la política de ese estado, para intentar demostrar que era inocente de una acusación de corrupción a punto de ser sentenciada a muchos años de cárcel<sup>8</sup>.

En cualquier caso, no parece que el suicidio de los políticos tenga características psicológicas o sociológicas muy distintas a las del ciudadano normal y corriente, al margen de *algunas peculiaridades propias de la ocupación o la intencionalidad expresamente política de unos pocos ejemplos*.

## VIOLENCIA Y CONFLICTO

Mucho más fructífero e interesante para el estudio del suicidio es el campo de la violencia y el conflicto que con frecuencia rodean a la actividad política. Todos recordamos la conocida frase de von Clausewitz de que **la guerra es la continuación de la política por otros medios, y el suicidio acompaña con frecuencia tanto a la guerra, como a determinadas formas de terrorismo** que tanto preocupan en los momentos actuales o, simplemente, como un componente clásico de la protesta política.

### Suicidio y Guerra

El suicidio desciende en tiempos de guerra porque los ciudadanos de los países en conflicto tienden hacia una mayor integración social por razones evidentes. Por lo menos esto es lo que se dice en el estudio sobre *El Suicidio* de Durkheim (1897). Las grandes guerras nacionales, afirma Durkheim, tienen la misma influencia que las perturbaciones políticas. En 1866 estalla la guerra entre Austria e Italia y los suicidios disminuyen en un 14 por 100 en uno y otro país. Esos hechos, añade Durkheim, no se explican más que de una manera, y es porque las grandes conmociones sociales, como las grandes guerras populares, avivan los sentimientos colectivos, estimulan tanto el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política como la fe nacional y, conectando las actividades a un mismo fin, determinan, al menos por cierto tiempo, una integración más fuerte de la sociedad.

La hipótesis de Durkheim sobre guerra y suicidio se mantiene viva hasta los tiempos actuales. Sin embargo, hay que reconocer que se han encontrado **múltiples contradicciones y bastantes excepciones, principalmente relacionadas con la economía y las tasas de desempleo**<sup>9</sup>. Por eso Lester y Yang<sup>10</sup> afirman que debe investigarse más el grado de ansiedad experimentado por los diferentes segmentos de la población durante las guerras. Dicho de otra manera más sencilla, cuando Durkheim relaciona guerra y suicidio está pensando principalmente en conflictos armados entre dos países vecinos, que originan sentimientos patrióticos, miedo a la derrota, odio hacia el enemigo y demás componentes tradicionales en este tipo de enfrentamientos. Pero la situación se complica bastante cuando posteriormente las guerras se producen entre muchos países, guerras mundiales que necesitan numeración, o entre países a miles de kilómetros de distancia como la Guerra de Vietnam, o se viven en países neutrales rodeados por el conflicto, y así muchas variantes más. La hipótesis de disminución del suicidio es válida pero incorporando gran cantidad de matices.

Por eso resulta muy interesante el trabajo realizado por Tubergen y Ultee<sup>11</sup> analizando de forma constructiva la hipótesis de Durkheim. Resume las críticas en tres grandes ejemplos que sirven de categoría: en primer lugar, **por qué disminuyen las tasas de suicidio en países que fueron neutrales, es decir, que no estaban en guerra, durante la Primera y la Segunda Guerra Mundial, como por ejemplo en Suiza.** En segundo lugar, **cómo es posible que aumentaran, en lugar de disminuir, las tasas de suicidio especialmente al principio y al final de la Segunda Guerra Mundial en países que fueron ocupados mediante actos de guerra, como por ejemplo en Holanda.** Y en tercer lugar, **por qué no disminuyeron las tasas de suicidio en Estados Unidos durante las dos guerras mundiales, inclusive teniendo en cuenta los distintos niveles de actividad económica.**

Las respuestas de Tubergen y Ultee son bastante evidentes y muy eficaces. Es obvio que se puede ser neutral aunque rodeado por la barbarie, la destrucción y la muerte, hasta el punto de que el temor, el miedo a verse empujado hacia el conflicto, actúa como un factor de integración social y desciende el suicidio aunque en realidad no estés en estado de guerra. O, por el contrario, un país puede estar en guerra pero a tantos kilómetros del escenario del conflicto que los ciudadanos no sienten la necesidad de integración hasta el punto de impedir o disminuir los casos de suicidio. El caso de Holanda es especial, efectivamente la tasa de suicidios aumentó significativamente en particular al principio y al final de la contienda, en contradicción con las expectativas de la hipótesis de Durkheim. Pero Tubergen y Ultee consiguen exponer los datos del problema de tal forma que apuntan a una solución coherente (Tabla 1).

**Tabla 1.** Datos absolutos y relativos de suicidio entre la población total, población judía, colaboracionistas y el resto en Países Bajos, 1937-48

Año	Población Total		Judíos		Colaboracionistas		Resto	
1937	745	(8,7)	33	(23,6)	-	-	712	(8,5)
1938	833	(9,6)	25	(17,8)	-	-	808	(9,5)
1939	742	(8,5)	28	(20,0)	-	-	714	(8,3)
1940	1074	(12,2)	234	(167,1)	-	-	840	(9,7)
1941	645	(7,2)	38	(27,1)	-	-	607	(6,9)
1942	875	(9,7)	249	(177,9)	-	-	626	(7,1)
1943	826	(9,1)	165	(117,9)	-	-	661	(7,4)
1944	666	(7,3)	-	-	11	(7,3)	655	(7,3)
1945	1009	(10,9)	-	-	88	(58,7)	921	(10,2)
1946	849	(9,1)	-	-	7	(4,7)	842	(9,2)
1947	701	(7,3)	-	-	7	(4,7)	694	(7,4)
1948	698	(7,2)	-	-	0	(0)	698	(7,2)

Fuente: CBS (1999).

Nota: Tasas de suicidio por 100 000 entre paréntesis

Adaptada de Tubergen y Ultee (2006)

Al principio de la guerra, los judíos que viven en Holanda esperan lo peor ante la invasión, comienzan a sentirse excluidos de la sociedad y aumentan los suicidios entre ellos. Hacia el final de la guerra, los judíos se sienten más seguros pero todos los que han colaborado con las fuerzas de ocupación esperan represalias y exclusión social, por lo que se eleva la tasa de suicidios en ese grupo. En conjunto, los suicidios aumentan en el país durante la guerra, pero si se prescinde de esos grupos de riesgo, el resto de la población mantiene las tasas o estas hasta descienden en determinados momentos.

En resumen, la tesis de Durkheim sobre la disminución del suicidio en tiempos de guerra a causa de una mayor integración social de las poblaciones en conflicto parece válida como tendencia, pero necesita una adaptación en cada caso teniendo en cuenta los grupos implicados dentro de cada sociedad y en cada uno de los países en guerra.

## Terrorismo suicida

Otro de los comportamientos que relacionan la violencia y el conflicto político con el suicidio es el terrorismo, especialmente cuando se utiliza la propia vida como un instrumento para dañar al que se considera enemigo. Es el caso más evidente donde la violencia hacia uno mismo y hacia los demás van juntas, donde homicidio y suicidio están estrechamente unidos.

Aunque en los momentos actuales el terrorismo suicida constituye uno de los problemas específicos del conflicto política actual, sin embargo todos los estudiosos coinciden en que es un fenómeno que existió a lo largo de toda la historia, de tal forma que se menciona reiteradamente a los zelotes, los sicarios, los nizaríes o hashshashin, los *kamikazes* japoneses, y un largo etcétera siempre presente en los artículos al uso<sup>12,13</sup>. Sin embargo, como fenómeno actual existe un cierto acuerdo en que fue el ataque suicida a la embajada iraquí en Beirut el que inicia los tiempos modernos de este fenómeno. Por supuesto, los ataques del 11 de septiembre de 2001 sobre Nueva York y otros objetivos cercanos constituyeron el punto de partida para la aparición de una inmensa cantidad de literatura sobre el terrorismo suicida, no siempre suficientemente fundamentada y con frecuencia oportunista y ligera. Esta exuberancia de literatura ha conducido a que algunos autores sean pesimistas sobre lo conseguido en la investigación actual<sup>14</sup> mientras que otros todavía mantienen una cierta esperanza<sup>15</sup>. Silke y Schmidt-Petersen<sup>16</sup> escriben un magnífico artículo sobre esta situación de perplejidad científica, destacando los 100 artículos más citados sobre esta materia, lo cual no garantiza nada pero al menos sirve de cierta orientación en estos momentos.

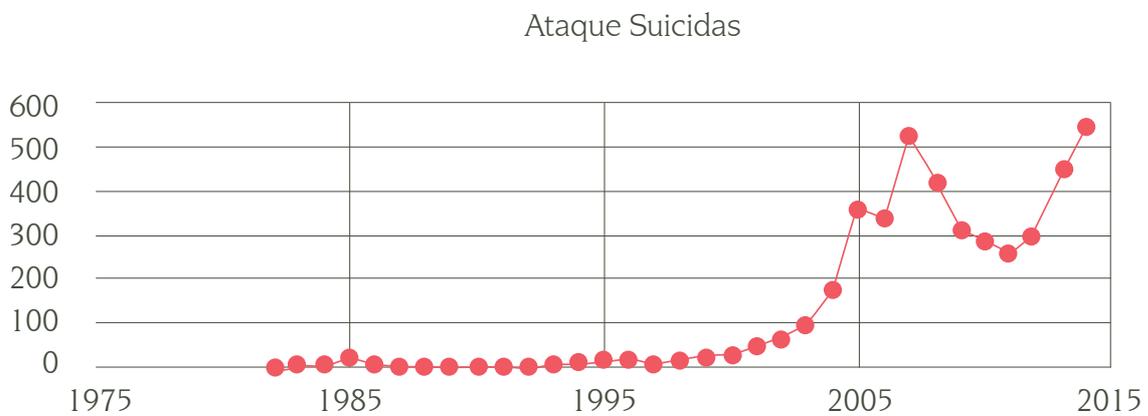
Afortunadamente, el tema que estamos tratando es el de suicidio y política y, por tanto, el terrorismo suicida nos interesa en tanto que afecta a la propia vida y no necesitamos adentrarnos en el terreno estratégico, en las diferencias del terrorismo demostrativo, destructivo o suicida<sup>17</sup>, o en la incidencia de las distintas religiones, poblaciones y comunidades. Nos basta en estos momentos con un simple listado (**Tabla 2**) de ataques de terrorismo suicida en los tiempos actuales, para ver que es un fenómeno en alza, cada vez más letal y, en consecuencia, digno de tener en cuenta en los estudios sobre suicidio (**Figura 1**).

Es evidente que 4315 suicidas en 33 años, que producen 43 332 muertos y con un incremento tan espectacular en los últimos años, son datos que impresionan bajo cualquier punto de vista y que merecen un estudio urgente. Sin embargo, a pesar de la existencia de algunas bases de datos bastante pormenorizadas, además de múltiples entrevistas y estudios de casos, no consiguen aportar excesivos avances ni explicativos ni predictivos. Los perfiles demográficos del terrorista suicida no acaban de coincidir en muchos estudios y los perfiles psicológicos todavía menos, a pesar de que muchos de ellos pretenden directamente encontrar diversas patologías para la tranquilidad de la opinión pública. Por tanto, lo único que se pueda aportar con cierta seguridad es que estos sujetos encajan mayoritariamente en la vieja categoría del fanatismo y del verdadero creyente<sup>18</sup>, de la misma forma que se ajustan casi todos al suicidio altruista de Durkheim<sup>3</sup>, entendiendo por altruismo en este caso una integración casi patológica dentro del grupo de referencia. Aunque ni siquiera estas últimas afirmaciones se pueden generalizar, porque aparecen cada día casos nuevos que se apartan de estas categorías y necesitan nuevos matices explicativos.

**Tabla 2.** Datos tomados de la base de datos sobre el Proyecto Chicago de Seguridad y Terrorismo Suicida

Año	Ataques	Muertos	Heridos
1982	1	115	28
1983	5	414	368
1984	3	29	49
1985	22	259	262
1986	3	33	24
1987	3	68	137
1988	2	7	11
1989	2	0	9
1990	3	11	3
1991	4	80	68
1992	1	4	0
1993	6	237	102
1994	11	218	438
1995	19	252	869
1996	17	286	1751
1997	9	60	514
1998	15	337	5488
1999	20	86	300
2000	28	208	502
2001	46	3191	7421
2002	66	588	2457
2003	92	802	3913
2004	175	1904	5956
2005	355	3225	8317
2006	339	2647	5857
2007	525	5679	13413
2008	414	3244	7946
2009	307	3158	9054
2010	283	2668	7194
2011	257	2394	6102
2012	290	2309	6224
2013	447	4135	9670
2014	545	4684	8634
<b>Total</b>	<b>4315</b>	<b>43 332</b>	<b>113 081</b>

**Figura 1.** Ataque Suicidas



### Protesta suicida

Dentro de la violencia y el conflicto que con frecuencia rodean al ámbito de la política, incidiendo así en el comportamiento suicida, además de la guerra y el terrorismo es inevitable mencionar también la protesta suicida<sup>19</sup>. Al contrario que en el terrorismo suicida, la protesta suicida no intenta dañar a nadie, simplemente se mata a sí mismo para manifestar la defensa de una causa colectiva, no privada, sino pública. Biggs<sup>20,21</sup> exige que se cumplan cuatro criterios para poder hablar de protesta suicida y diferenciarlo claramente de otros tipos de suicidio:

1. Es necesario que el sujeto intente matarse voluntariamente o dañarse gravemente con esa intención.
2. El acto no intenta dañar a nadie ni producir destrozos materiales.
3. El acto es público, bien en un lugar público o va acompañado de un escrito a políticos o al público en general.
4. El acto es por una causa colectiva y no por motivos personales ni familiares.

Como de costumbre, este tipo de suicidio puede rastrearse a lo largo de distintas culturas y en diferentes épocas, como por ejemplo en el Japón medieval pero también en el occidente actual. Sin embargo hay que reconocer que el acto de protesta del monje budista Quang Duc, que se prendió fuego en Saigón en 1963 como protesta por la persecución a su religión por parte del Presidente Diem, católico ferviente y dictador apoyado por los países occidentales, marca un momento muy significativo de la protesta suicida. Quang Duc planificó su protesta, su gente avisó a la prensa, la foto ardiendo de un monje recorrió el mundo, y las repercusiones de su acto y posteriores repeticiones de otros monjes llevaron a la derrota y asesinato del Presidente Diem. Es decir, un acto de protesta suicida que consiguió plenamente su objetivo. A partir de ese momento, "quemarse a lo bonzo" se convirtió en un acto repetido en todo el mundo. Según los datos de Biggs<sup>21</sup>, fue el método preferido de protesta suicida a partir de 1963, con una gran diferencia sobre los procedimientos utilizados en años anteriores.

**Tabla 3.** Protesta suicida según método 1919-1970 (Biggs, 2013)

	1919-1962	1963-1970	1963-1970 (excluyendo República del Vietnam)
Media anual por fuego	0,02	11,3	5,1
Media anual por otros métodos	0,5	1,4	1,0
Fuego en % Total	4%	89%	84%

Sería un error considerar este método de quemarse en señal de protesta como algo exótico y ajeno a nuestra cultura. Debe recordarse, por ejemplo, que Joseba Elósegui, un militante del nacionalismo vasco y senador en varias legislaturas, se prendió fuego envuelto en una ikurriña el 18 de septiembre de 1970, en unos campeonatos de pelota vasca presididos por

Franco, aunque no consiguió su propósito de perder la vida a pesar de estar varios días muy grave a causa de su acción. Pero también el 4 de septiembre de 2007 un ciudadano rumano se prendió fuego con gasolina delante de la Subdelegación del Gobierno en Castellón de la Plana y murió unos días después.

En cualquier caso, con mayor o menor frecuencia, la protesta suicida es un acto utilizado en todo el mundo con intencionalidad política y que recurre a la propia vida como sistema de persuasión ante propios y extraños.

### Elecciones y Gobiernos

Estudiar el suicidio a través de la guerra, el terrorismo o la protesta política significa relacionar la violencia contra los demás y la violencia contra uno mismo, algo muy conocido de siempre; algo similar a decir que las tasas de homicidio y de suicidio correlacionan de forma positiva en casi todas las circunstancias. Sin embargo, el suicidio establece relaciones más sutiles con la política, de tal forma que también reacciona en períodos de calma política, altera su comportamiento en las campañas electorales, le influyen los resultados electorales y hasta parece que es sensible a los distintos gobiernos e ideologías dominantes. Si esto es así, aunque siempre es discutible, entonces el suicidio también podría ser un indicador social muy complejo y sugestivo de la actividad política cotidiana. Veamos algunos datos relacionados con este tema.

### Campañas electorales

En 1973, David P. Phillips y Kenneth A. Feldman escriben un trabajo<sup>22</sup> donde se plantean si la hipótesis de la integración social de Durkheim puede estar relacionada con las tasas de mortalidad. En concreto, Phillips y Feldman piensan que las personas más integradas también serán aquellas que participan con mayor frecuencia e intensidad en los ritos y ceremonias de su sociedad, de tal forma que cuando se acercan esas fechas aplazan su muerte en la medida de lo posible. Contrastan esta hipótesis en tres ocasiones sociales muy especiales: el cumpleaños de personas famosas, el día del *Yom Kippur* entre los judíos y, el caso que nos ocupa, los dos meses anteriores a las elecciones presidenciales en Estados Unidos. Consiguen resultados positivos en las tres ocasiones, pero especialmente en los meses de septiembre y octubre de los años electorales en una serie que abarca de 1904 a 1968, frente a los mismos meses en años no electorales. En esas fechas desciende la tasa de mortalidad y también observan cierto aumento en las fechas posteriores. Aunque Phillips y Feldman se ocupan de la mortalidad en general y no del suicidio, sin embargo su trabajo significa el inicio de los estudios sobre suicidio y elecciones en años posteriores.

Myron Boor<sup>23</sup> se ocupa directamente del suicidio en períodos electorales. Apoyándose en los resultados previos de Phillips y Feldman<sup>22</sup>, Boor observa que la proporción de suicidios y la proporción de muertes por otras causas ocurridas en septiembre y octubre de 14 años electorales eran significativamente menores que las mismas proporciones en los mismos meses de los 28 años no electorales contiguos. También es cierto que existen otras muchas variables que pueden incidir en la disminución del suicidio en períodos electorales (por ejemplo, Wassermann<sup>24</sup>, pero la tendencia general es tan persistente que continúa apareciendo en todos los estudios. Por ejemplo, Wendy M. Rahn realiza un trabajo<sup>25</sup> sobre

tasas de suicidio en elecciones desde enero de 1948 hasta diciembre de 1993 (es decir, 12 elecciones presidenciales), controlando otras posibles variables extrañas (economía, celebraciones, acontecimientos, etc.) y llega a la misma conclusión que los anteriores: los meses de elecciones presidenciales están asociados a tasas bajas de suicidio.

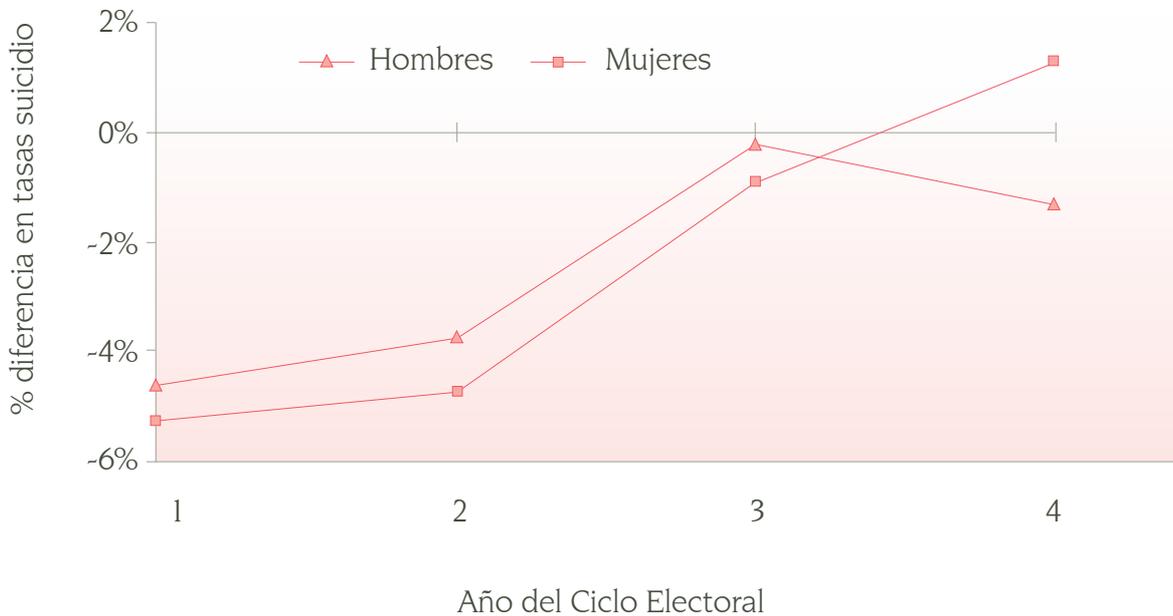
### Resultados electorales

La mayor parte de los trabajos iniciales sobre suicidio y elecciones se centraron en el período electoral, es decir, en los meses anteriores a la elección, cuando la campaña y los temas políticos producían cierta cohesión o integración social que facilitaba el descenso de los suicidios. También es cierto que casi todos ellos comentaban que en los meses posteriores se producía un pico elevado en las tasas de mortalidad, como si aquellos que habían soportado las dolencias que padecían hasta después del acontecimiento incrementasen la mortalidad, aunque no ocurría lo mismo con las tasas de suicidio que continuaban bajas durante cierto tiempo después.

Sin embargo, el período poselectoral contiene problemas que conviene matizar. En las elecciones presidenciales de Estados Unidos, cada estado vota a un candidato que gana o pierde a nivel nacional. Es decir, al final de las elecciones existen estados que votaron por el candidato perdedor y otros que triunfaron en su elección. Sería interesante conocer en cuál de las dos situaciones se produce un mayor descenso en las tasas de suicidio; o, de otra manera, determinar si pesa más la integración social a nivel nacional o, por el contrario, es más importante la cohesión en el plano local. Pues bien, el trabajo de Timothy J. Classen y Richard A. Dunn<sup>26</sup> se plantea precisamente eso, el efecto de los resultados de la elección presidencial en las tasas de suicidio, teniendo en cuenta también algunas otras variables que podrían incidir en el proceso. Se podría esperar que las esperanzas frustradas producen más suicidio, de forma que los estados perdedores aumentan su tasa. Sin embargo, en una serie de datos desde 1981 hasta el año 2005 se manifiesta exactamente el efecto contrario, **pesa más la integración social a nivel local que la desesperación ante el fracaso del candidato**. Los datos de la **Figura 2** (de Classen y Dunn<sup>26</sup>) representan el porcentaje de diferencia en la tasa de suicidio de los estados perdedores sobre los ganadores, a lo largo de los cuatro años del ciclo electoral. El descenso es superior en los meses inmediatamente posteriores a la elección, para ir suavizándose durante el segundo año hasta llegar prácticamente a una diferencia cero entre ambos tipos de estados, los ganadores y los perdedores.

También se puede observar un mayor descenso en las tasas de suicidio de las mujeres en los estados perdedores, puesto que estamos hablando de suicidio consumado aunque el perfil evolutivo es prácticamente igual salvo a lo largo del tercer año.

En definitiva, podemos concluir que **no solo afectan las campañas electorales al comportamiento suicida, sino que también hay que tener en cuenta los resultados de esas elecciones y solamente nos queda por indagar en qué sentido se producen esos resultados. Es decir, si las tasas de suicidio también se ven alteradas en función de la ideología de los candidatos ganadores o, al menos, si los gobiernos más o menos conservadores o progresistas afectan al suicidio.**

**Figura 2.** Diferencia en tasas de suicidio por número de años después de la elección

*Adaptado de Classen y Dunn, 2010*

### Gobiernos e ideologías

La influencia de las ideologías sobre el comportamiento político de los ciudadanos y hasta sobre su personalidad es un viejo tema investigado en psicología política y otras ciencias afines. Pero su posible impacto en el suicidio es bastante más reciente, especialmente si se estudia recurriendo a series de datos que fundamenten las hipótesis de partida. Véase, por ejemplo, los trabajos, comentarios y críticas de Masterton y Platt<sup>27</sup>, Lester<sup>1,2</sup>, Shaw, Dorling y Smith<sup>28</sup> o Stack<sup>5</sup>.

Uno de los trabajos más citados, en cualquier caso, es el de Page, Morrell y Taylor<sup>29</sup>, sobre una larga serie de datos desde 1901 a 1998 en Australia y Nueva Gales del Sur (NSW) en los que registra suicidios y también el gobierno conservador o laborista a nivel estatal o federal. Los resultados que obtienen son bastante sugerentes, en la medida en que aparecen **claramente asociados los gobiernos conservadores a un aumento de suicidios, disminución cuando gobiernan los laboristas y posiciones intermedias cuando hay una mezcla laborista/conservador en el plano estatal y federal**, como puede observarse en la **Tabla 4**.

**Tabla 4.** Efecto gobiernos eederal / estatal sobre riesgo de suicidio en hombres y mujeres en Nueva Gales del Sur (1901-1998)

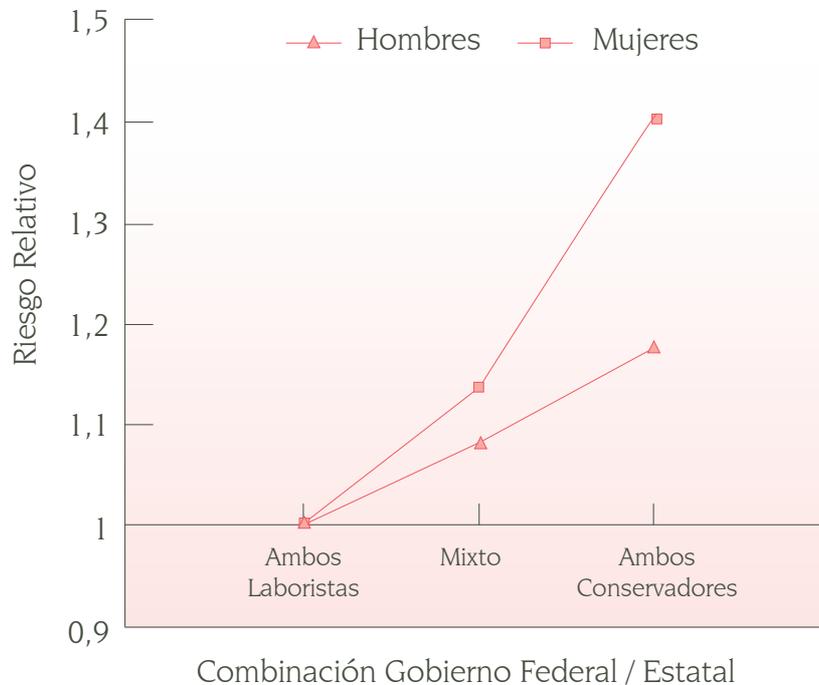
	Hombres			
	Número de suicidios	Tasa/100 000 ajustada por edad	RR ajustado por edad	RR ajustado edad y otras variables
<i>Combinación federal / estatal</i>				
Ambos Laboristas †	7391	23,02	1,00	1,00
Mixtos	17268	26,01	1,13***	1,08**
Ambos Conservad.	8322	28,32	1,23***	1,17***
Tendencia Lineal			p<0,001	p<0,001
	Mujeres			
	Número de suicidios	Tasa/100 000 ajustada por edad	RR ajustado por edad	RR ajustado edad y otras variables
<i>Combinación federal / estatal</i>				
Ambos Laboristas †	2121	7,00	1,00	1,00
Mixtos	5853	8,26	1,18***	1,14***
Ambos Conservad.	3116	10,78	1,54***	1,40***
Tendencia Lineal			p<0,001	p<0,001

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001, †Grupo referenc.

*Adaptada de Page et al., 2002*

Todavía más fácilmente se puede ver este efecto en la **Figura 3**, donde el riesgo relativo de suicidio es 1, es decir, sin asociación entre laboristas y aumento de suicidio, un incremento considerable tanto en hombres como en mujeres cuando existe una mezcla de laboristas y conservadores a nivel estatal / federal, y bastante más relación cuando ambos planos de gobierno (federal y estatal) con conservadores. Teniendo en cuenta la amplitud dela serie de datos, estos datos resultan ampliamente significativos.

**Figura 3.** Efecto de la combinación de gobierno Federal / Estatal sobre el riesgo de suicidio en hombres y mujeres en Nueva Gales del Sur (1901-1998). Ajustado por edad, cambio anual en GDP (%), sequías, I GM, II GM y epidemia adicción sedantes

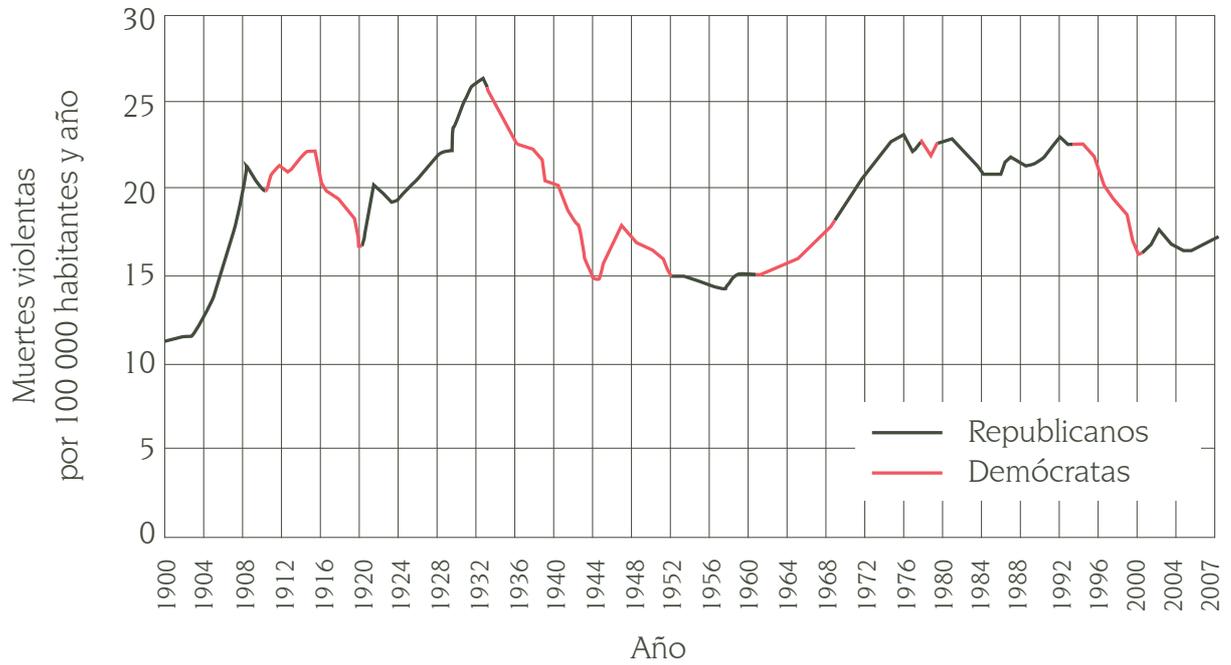


*Adaptada de Page et al., 2002*

Esta tendencia maligna entre gobiernos conservadores y suicidio, con todo lo que tiene de sorprendente y aparentemente tendenciosa, resulta escandalosamente planteada en el libro de James Gilligan sobre aquellos políticos que son más peligrosos que otros, una especie de desafío estadístico y conceptual sobre el suicidio en los gobiernos conservadores en Estados Unidos. Siguiendo textualmente el resumen de Gilligan sobre sus conclusiones que, según afirma, demuestran:

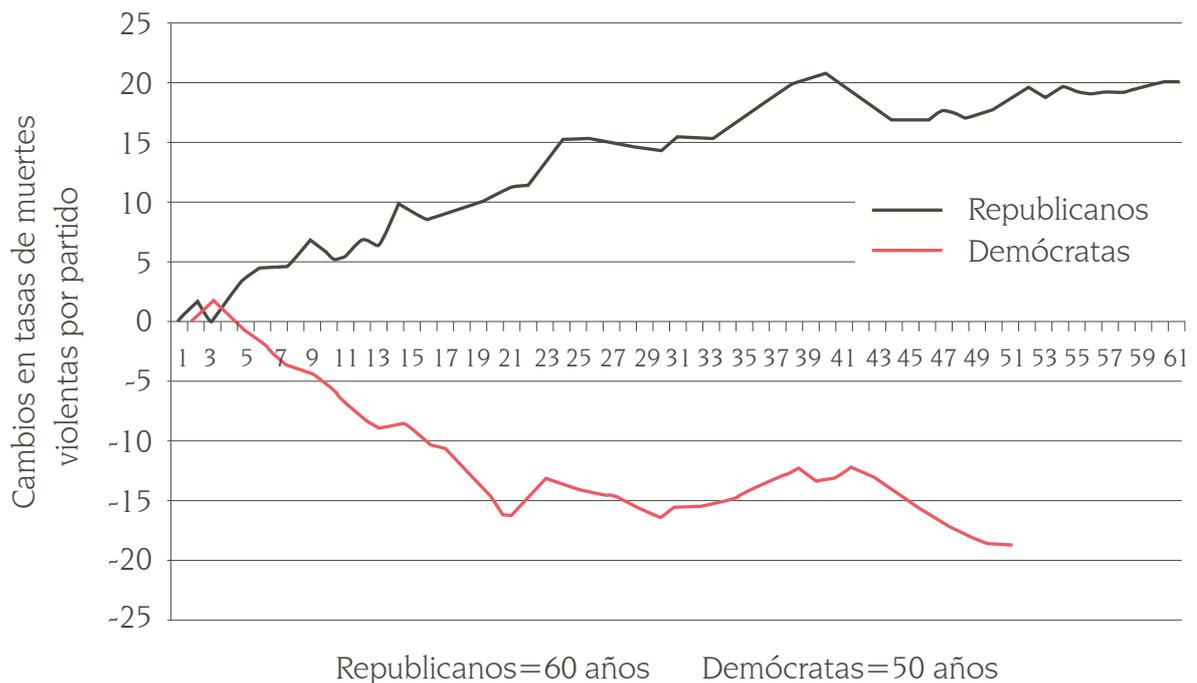
- 1.- El aumento y disminución de las tasas de homicidio y suicidio desde 1900 hasta 2007.
- 2.- Los tres períodos en los que las tasas de violencia mortal (homicidio + suicidio) alcanzaron niveles epidémicos y después descendieron a niveles no-epidémicos (**Figura 4**).
- 3.- La asociación de estos períodos de tasas epidémicas de violencia mortal con las administraciones republicanas y de niveles no-epidémicos con las administraciones demócratas.
- 4.- Que los cambios anuales en las tasas de homicidio y de suicidio muestran un incremento acumulativo neto durante los 59 años en que los republicanos estuvieron en el poder (a partir de la línea base del año 1900), y de la misma forma una disminución importante durante los 48 años de administración demócrata.

**Figura 4.** Muertes violentas en años de republicanos y demócratas



Naturalmente, si esa cantidad de muertes violentas se acumulan a lo largo de más de un siglo, las cifras alcanzan proporciones muy importantes (**Figura 5**).

**Figura 5.** Incremento (+) y disminución (-) acumulativos anuales en tasas de muertes violentas (suicidios + homicidios) ajustadas a edad, por 100 000 habitantes y año durante las administraciones republicanas frente a demócrata, en EE. UU., 1900-2010<sup>30</sup>



Republicanos=60 años      Demócratas=50 años

En definitiva, el libro de Gilligan proporciona unos resultados tan directos y sorprendentes que merecen ser analizados con más calma. De todas formas, la tendencia de los gobiernos conservadores a provocar mayores tasas de suicidio, en mayor o menor proporción, parece bastante consolidada a través de múltiples trabajos e investigaciones.

### CONCLUSIONES

Ahora quizá se entienda un poco mejor lo que pretendíamos decir cuando afirmábamos que suicidio y política es una extraña pareja. Aunque conceptualmente parecen tener poca relación, sus relaciones son históricas y actuales demuestran todo lo contrario. Influyen entre sí tanto en períodos de conflicto y violencia como en las etapas de tranquilidad y rutina democrática, en unos casos disminuyendo la incidencia del suicidio mientras que en otros se disparan las tasas en una relación apasionada. A Durkheim le gustaba decir que el suicidio es un hecho social, una afirmación que tiene un significado muy preciso en el contexto de la fundamentación de la sociología que él defendía. Pero en un sentido más amplio y vago, habría que añadir que no solo es un hecho social sino también político; es decir, el suicidio no solo se enraíza en algunas alteraciones psiquiátricas o psicológicas, no solo es un fenómeno existencial que afecta al individuo, tampoco se limita a factores biológicos, el suicidio es un acto y un resultado de las relaciones de poder dentro de la sociedad, pretende influir en los demás y está condicionado por las ceremonias, ritos, conflictos y estructuras de gobierno de los grupos a los que pertenecemos. Hoy más que nunca sabemos que la afirmación en la vida, al igual que la afirmación en la muerte, es una orientación que afecta a todos los problemas políticos que están en juego en los momentos actuales, es igual que sea el cambio climático, la violencia de género, las guerras neoliberales o la desigualdad económica. En el fondo, elegir entre la vida o la muerte, es decir, el suicidio no es una pareja más de la política, es la política en sí misma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lester D. Suicide and presidential elections in the USA. *Psychological Reports*, 1990;67, 218
2. Lester D. Suicide as a political act. *Psychological Reports*, 1990;66, 1185-1186
3. Durkheim E (1897). *El Suicidio*. Buenos Aires: Schapire, 1965
4. Lasswell HD (1930). *Psicopatología y Política*. Buenos Aires: Paidós, 1963
5. Stack S. Political regime and suicide: some relevant variables to be considered. *J Epidemiol Community Health*, 2002;56:727
6. Silke A. The Role of Suicide in Politics, Conflict, and Terrorism. *Terrorism and Political Violence*, 2006;18:35-46
7. Post J. *When illness strikes the leader*. New Haven: Yale University Press, 1993
8. Kearns R, Kiesling W. *The Sins of Our Fathers*. Yardbird Books, 1988
9. Marshall JR. Political integration and the effect of war on suicide. *Social Forces*, 1981;59, 771-785
10. Lester D, Yanf B. The Influence of War on Suicide Rates. *The Journal of Social Psychology*, 1992;132(1), 135-137
11. Van Tubergen F y Ultee W. Political Integration, War and Suicide. The Dutch Paradox? *International Sociology*, 2006; Vol 21(2): 221-236
12. Atran S. Genesis of Suicide Terrorism. *Science*, 2003;vol. 299
13. Atran S. The Moral Logic and Growth of Suicide Terrorism. *The Washington Quarterly*. 2006;29:2 127-147
14. Sageman M. The Stagnation in Terrorism Research. *Terrorism and Political Violence*. 2014;26:565-580
15. Schmid AP (ed.). *The Routledge Handbook of Terrorism Research*. Londres y Nueva York: Routledge, 2011
16. Silke A, Schmidt-Petersen J. The Golden Age? What the 100 Most Cited Articles in Terrorism Studies Tell Us. *Terrorism and Political Violence*, 2015;0:1-21
17. Pape RA. *Dying to Win. The Strategic Logic of Suicide Terrorism*. Random House, Nueva York, 2005
18. Hoffer E (1951): *El verdadero creyente*. Madrid: Tecnos, 2009
19. Benn JA. *Burning for the Buddha: Self-Immolation in Chinese Buddhism*. Honolulu, Hawaii: University of Hawaii Press, 2007
20. Biggs M. Dying without Killing: Self-Immolations, 1963-2002. En: Gambetta (ed.). *Making Sense of Suicide Missions*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2005
21. Biggs M. How Repertoires Evolve. The Diffusion of Suicide Protest in the Twentieth Century. *Mobilization: An International Quarterly*. 2013;18(4): 407-428
22. Phillips DP, Feldman KA. A dip in deaths before ceremonial occasions: some new relationships between social integration and mortality. *American Sociological Review*. 1973; Vol. 38 (December):678-696
23. Boor M. Effects of United States presidential elections on suicide and other causes of death. *American Sociological Review*. 1981; Vol. 46 (October):616-618
24. Wasserman IM. Political business cycles, presidential elections, and suicide and mortality patterns. *American Sociological Review*, 1983; Vol. 48 (October: 711-720)
25. Rahn WM. *Matters of Life and Death: Presidential Election Rituals and Monthly Suicide Rates in the U.S., 1948-1993*. Working Paper, University of Minnesota, Department of Political Science, 2006
26. Classen TJ, Dunn RA. The Politics of Hope and Despair: The Effect of Presidential Election Outcomes on Suicide Rates. *Social Science Quarterly*. 2010 Vol. 91, Num. 3, September
27. Masterton G, Platt S. Parasuicide and general elections. *British Medical Journal*. 1989;298:803-4
28. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Mortality and political climate: how suicide rates have risen during periods of Conservative government, 1901-2000. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56, 10

29. Page A, Morrell S, Taylor R. Suicide and political regime in New South Wales and Australia during the 20th century. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:766–772
30. Gilligan J. *Why Some Politicians Are More Dangerous than Others*. Malden, MA: Polity Press, 2011

# ASPECTOS CLÍNICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA



# Factores de riesgo de intentos de autolisis en primeros episodios psicóticos: Diferencias temporales

M. Ruiz Veguilla, M. Canal Rivero, J. García Egea, J.E. Obiols Llandrich

## INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio sobre el suicidio. Se obtuvieron datos provenientes de 172 países que fueron recogidos entre 2000 y 2012. Algunos de los datos más sobrecogedores recogidos en el estudio muestran cómo en el mundo se produce un suicidio cada cuarenta segundos y un intento de suicidio cada tres segundos. El ratio global de suicidios se cifra en 16/100 000. Los autores terminan concluyendo: "Este informe es una llamada a la acción para hacer frente a un gran problema de salud pública que ha sido convertido en un tabú durante demasiado tiempo".

Se han realizado estudios sobre la prevalencia de los intentos de suicidio en los diferentes trastornos mentales. En concreto, se ha hallado que:

1. El 44,8% de las personas con trastorno del estado de ánimo
2. El 34,6% con trastornos de ansiedad
3. El 7% de las personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria
4. Alrededor del 25,8% con trastornos adaptativos
5. Un 30% de las personas con trastornos de personalidad realizan algún intento autolítico a lo largo de su vida. En el caso de la esquizofrenia, el suicidio es la principal causa de muerte prematura. Aproximadamente el 12% de los pacientes realizan algún intento de suicidio a los 24 meses después del primer episodio psicótico y cerca del 50% de los pacientes realizarán algún intento de suicidio a lo largo de su vida

El riesgo de suicidio en esquizofrenia aumenta en las primeras fases de la enfermedad. Una gran parte de los pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico informan de la presencia de intentos de suicidio anteriores al inicio del tratamiento.

Algunos de los principales factores asociados al suicidio en esquizofrenia son:

1. Historia previa de intentos de suicidio
2. Conciencia de enfermedad
3. Abuso de sustancias / alcohol
4. Temprana edad de inicio de la enfermedad
5. Depresión
6. Largo periodo de no tratamiento
7. Presencia de síntomas negativos

*Insight* se refiere a un complejo estado de conciencia que los pacientes tienen acerca de su propia enfermedad. Una de las primeras definiciones aportadas fue la realizada por Aubrey Lewis quien definió el *insight* como "la correcta actitud al cambio en uno mismo". En la década de los años 90 se planteó la conciencia de enfermedad como un concepto multidimensional siendo identificadas cinco dimensiones: uno, conciencia de tener una enfermedad mental; dos, reconocimiento de la necesidad de tratamiento; tres, conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad; cuatro, conciencia de los síntomas psicóticos y, cinco, atribución de los síntomas a la enfermedad mental. La ausencia de *insight* ha sido considerada como uno de los síntomas más frecuentes de la esquizofrenia. En cambio, los resultados existentes sobre el papel que juega el *insight* en el suicidio son aún inconsistentes. Es necesario continuar investigando la conciencia de enfermedad y evidenciar su papel en los intentos de suicidio.

Las personas con rasgos dependientes de la personalidad tienen mayor riesgo suicida. Una alta preocupación, conductas pasivo-dependientes y rápida fatigabilidad están asociadas con intentos de suicidio en psicóticos. Existen investigaciones que han encontrado relación entre diferentes dimensiones de la personalidad y la ausencia de *insight*. En concreto, diferentes publicaciones muestran como las personas con rasgos esquizoides tienen dificultades en tomar conciencia de su enfermedad abandonando su propio cuidado. Características de personalidad como estilos inflexibles de percibirse a uno mismo provocan menor efectividad en los estilos de afrontamiento, lo que está estrechamente relacionado con la ausencia de *insight*.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra del estudio está compuesta por 65 pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico. Los participantes del estudio fueron evaluados durante su primer contacto con los Servicios de Salud Mental entre diciembre de 2003 y diciembre de 2008. Los pacientes fueron diagnosticados de psicosis afectiva y psicosis no afectiva de acuerdo con los criterios DSM-IV (295-298 códigos para la psicosis). Todos los participantes en el estudio fueron previamente evaluados por personal cualificado empleando la entrevista estructurada SCID para confirmar la presencia de síntomas psicóticos. Los pacientes con diagnóstico de enfermedad neurológica o historia de traumatismo con pérdida de conciencia fueron excluidos. Los participantes en este estudio fueron debidamente informados y han dado su consentimiento. La propuesta de investigación fue aprobada por el Comité Ético.

### Medidas

- **Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)**. Entrevista clínica semiestructurada que establece diagnósticos DSM-IV. Consiste básicamente en un guión concreto que debe seguir el clínico pero que permite flexibilidad para llevarla a cabo, debiendo ser administrada por profesionales con experiencia entrenados y permite el diagnóstico de cualquier trastorno mental con alta fiabilidad.

- **Adaptación española de *Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*.** Se trata de una entrevista semiestructurada. La escala mide tres dimensiones principalmente:
  - Conciencia de trastorno mental
  - Conciencia de los efectos de la medicación
  - Conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad mental

Además dispone de 17 ítems que mide síntomas específicos. En concreto, conciencia y atribución de los síntomas.

Todas las subescalas se puntúan de 1 a 5. Las puntuaciones más elevadas indican un nivel incorrecto de conciencia/atribución.

- **Adaptación española de *Personality Assessment Schedule (PAS)*.** Se trata de una prueba compuesta por 36 ítems que mide 24 variables de personalidad. Las puntuaciones están medidas en una escala de 0 a 8 de intensidad, donde 0 significa ausente; de 1 a 3, leve expresión sin repercusión en el funcionamiento; de 4 a 6, problemas sociales relacionados con los rasgos de personalidad; de 7 a 8, severa disfuncionalidad. La principal ventaja de PAS es que se puede caracterizar a los pacientes según DSM-IV o se puede medir la personalidad de manera dimensional. Esta escala informa acerca de la presencia de cinco *cluster* de personalidad: esquizoide, sociopatía, pasivo-dependiente, anancástico y esquizotípico.
- **Duración de Psicosis no Tratada (DUP).** Medido como tiempo en semanas desde que se inicia la presencia de síntomas psicóticos hasta el tratamiento con antipsicóticos. El inicio de la psicosis es definido como la presencia de los siguientes síntomas durante al menos una semana: delirio, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento, marcado y bizarro trastorno motor, comportamiento claramente inapropiado y/o desorganizado, con un marcado deterioro del funcionamiento.
- **Adaptación española de *Positive and Negative Syndrome Scale*.** Es una escala compuesta de treinta ítems diseñada para medir síntomas positivos (ítems P1 hasta P7) y negativos (ítems N1 hasta N7) en pacientes que han sido diagnosticados de esquizofrenia así como psicopatología general (G1 hasta G16). Nosotros hemos empleado para la corrección de la prueba el modelo propuesto por Wallwork, compuesto por un factor positivo (P1, P3, P5 y G9), factor negativo (N1, N2, N3, N4, N6 y G7), factor de desorganización (P2, N5, G11), factor de excitación (P4, P7, G8 y G14) y factor de depresión (G2, G3 y G6).

La información sobre los intentos de suicidio se obtuvo a través de una de las preguntas de las que se compone la escala *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN). Esta escala contiene una pregunta acerca del intento de suicidio: ¿has pensado en suicidarte o incluso has hecho algún intento de suicidio? ¿cuándo? ¿qué ocurrió?

La severidad de los síntomas se evaluó tal como lo ha hecho Van Os, quien clasifica la gravedad de los síntomas como severo<sup>1</sup>, moderado<sup>2</sup>, medio<sup>3</sup> o recuperado<sup>4</sup> que indica el nivel de sintomatología que presenta el paciente la mayor parte del tiempo.

## RESULTADOS

La muestra del estudio está compuesta por 65 personas (21 mujeres, 44 hombres), con edades comprendidas entre los 14 y 54 años (media: 26,2; DT  $\pm$  9,5) nueve de los cuales fueron diagnosticados de psicosis afectiva (13,8%), mientras 56 lo fueron de psicosis no afectiva (86,2%) de acuerdo con los criterios DSM-IV. En los primeros 6 meses, 14 personas realizaron algún intento de suicidio (21,5%). De los 6 a los 12 meses, 6 personas intentaron realizar algún intento de suicidio por primera vez.

### Procedimiento

Durante el primer contacto con los Servicios de Salud Mental se obtuvieron datos de carácter clínico y sociodemográfico. A los 6 meses y 12 meses, se registraron el número de intentos de suicidio que se habían producido hasta la fecha.

### Análisis bivariados

Las diferencias entre aquellos pacientes que presentaron intentos de suicidio entre el primer episodio psicótico (PEP) y los seis meses, y aquéllos que lo hicieron entre los 6 y 12 meses tras este primer episodio, fueron estudiadas frente a aquéllos que no presentaron este tipo de conducta.

- **Diferencias entre intentos de suicidio entre PEP-6 meses vs no intento**

Diferencias significativas fueron halladas en: PAS-Pasivo-Dependiente ( $2,0 \pm 1,5$  vs.  $1,2 \pm 0,8$ ;  $P=0,01$ ), PAS-Esquizotípico ( $1,8 \pm 1,6$  vs.  $0,8 \pm 1,1$ ;  $P=0,04$ ), PAS-Sociopatía ( $1,9 \pm 1,0$  vs.  $1,6 \pm 1,1$ ;  $P=0,05$ ), PAS-Esquizoide ( $2,3 \pm 1,5$  vs.  $1,4 \pm 1,5$ ;  $P=0,05$ ) y severidad de los síntomas ( $1,5 \pm 1,3$  vs.  $0,7 \pm 1,0$ ;  $P=0,02$ ). Diferencias casi significativas en diagnóstico ( $P=0,07$ ) y no conciencia de trastorno mental ( $4,6 \pm 0,6$  vs.  $3,7 \pm 1,5$ ;  $P=0,08$ ).

- **Diferencias entre intento de suicidio entre 6 y 12 meses tras PEP vs no intento**

Diferencias significativas fueron halladas en: PAS-Pasivo-Dependiente ( $0,80 \pm 0,57$  vs.  $1,42 \pm 0,90$ ;  $P=0,05$ ), severidad de los síntomas ( $1,67 \pm 1,03$  vs.  $0,72 \pm 1,09$ ;  $P=0,04$ ). Diferencias casi significativas en PANSS (factor depresión) ( $3,00 \pm 1,94$  vs.  $3,78 \pm 1,40$ ;  $P=0,08$ ).

### Regresión binaria

- **Intentos de suicidio PEP- 6 meses**

Las variables incluidas en la regresión fueron: diagnóstico de psicosis afectiva ( $P=0,07$ ), no conciencia de trastorno mental ( $P=0,08$ ), PAS-Esquizoide ( $P=0,05$ ), PAS-Sociopatía ( $P=0,06$ ), PAS-Pasivo-Dependiente ( $P=0,01$ ), PAS-Esquizotípico ( $P=0,04$ ) y severidad de los síntomas ( $P=0,02$ ).

Los predictores resultaron ser: no conciencia de trastorno mental (OR=5,2; 95% IC=1,5-18,3), PAS-Sociopatía (OR=2,9; 95% IC=1,2-7,0) y diagnóstico (psicosis afectiva) (OR=22,2; 95% IC=2,1-250).

### • Intentos de suicidio 6-12 meses tras PEP

Los factores independientes fueron: PANSS (factor depresión) ( $P=0,08$ ), PAS-Pasivo-Dependiente ( $P=0,05$ ) y severidad de los síntomas ( $P=0,04$ ).

Los predictores resultaron ser: bajas puntuaciones en Pasivo-Dependiente ( $OR=11,1$ ;  $95\% IC=1,0-125$ ), severidad de los síntomas ( $OR=4,5$ ;  $95\% IC=1,2-16,9$ ) y PANSS (factor depresión) ( $OR=2,6$ ;  $95\% IC=1,0-6,7$ ).

## CONCLUSIONES

En la literatura científica existe gran cantidad de publicaciones que han postulado la existencia de diferentes factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes con primeros episodios psicóticos. No obstante, los resultados en este campo de estudio aún son inconcluyentes. De esta situación surge la primera de las implicaciones de este trabajo, en concreto, la aportación de evidencia científica acerca de los factores de riesgo asociados al suicidio en primeros episodios psicóticos.

Por otra parte, en la actualidad no existen paquetes de tratamiento integrado en esquizofrenia que tengan en cuenta los factores asociados al suicidio. La inclusión de estos factores en el tratamiento y su implementación puede ayudar a la mejora de las intervenciones, así como una reducción de la alta proporción de intentos de suicidio y suicidios que se presentan en este grupo de pacientes.

Por tanto, tres son las principales implicaciones de este trabajo:

- Análisis de los factores de riesgo y su influencia en los intentos de suicidio en personas que han sufrido un primer episodio psicótico.
- Aplicación de los resultados en la práctica clínica que ayude a mejorar las intervenciones clínicas.
- Prevención de las conductas suicidas en este grupo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albayrak Y, Ekinci O, Caykoylu A. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1130–1136
2. Amador XF, Strauss DH. *The scale to assess unawareness of mental disorder*. Columbia University and New York State Psychiatric Institute, 1990
3. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1991;17:113–132
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association, 2002
5. American Psychiatric Association. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson: Barcelona, 2003; p.40
6. American Psychiatric Association. Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL). En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson: Barcelona, 2003; pp. 910-911
7. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Agartz I, Bratlien U, Romm KL, Mork E, Rossberg JI, Steen NE, Andreassen OA, Melle I. Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res*. 2010;23:257-262
8. Campos MS, García-Jalón E, Gilleen, David AS, Peralta V, Cuesta V. Premorbid Personality and Insight in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2011; vol. 37 no. 1; pp. 52–60
9. Clarke M, Whitty P, Browne S, McTigue O, Kinsella A, Waddington JL. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2006;86 (1-3), 221-5
10. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156: 798-808
11. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2013;187, 9–20
12. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2008;38 (8), 1157–1166
13. Lewis A. The psychopathology of Insight. *Br J Med Psychol*. 1934;14, 332-348
14. López-Morínigo JD, Ramón-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide a systematic update. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53, 313-322
15. López-Morínigo JD, Wiffen B, O'Connoer J, Dutta R, Di Forti M, Murray RM, David S. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation. *Early Interv in Psychiatry*. 2014;8, 113-21
16. López M, Rodríguez S, Apiquian R, Páez Agraz F, Nicolini Sánchez H. Estudio de traducción y validación de la Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*. 1996 Supl. (3): 24-29
17. Morgan VA, Waterreus A, Jablensky A. People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012; 46: 735–752
18. Morgan KD, David AS. Awareness is not the same as acceptance: exploring the thinking behind insight and acceptance. En: Dimaggio G, & Lysaker PH (eds.). *Metacognition and severe adult mental disorders. From research to treatment*. London and New York: Routledge, 2010. pp 95-114
19. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*. 2001;31, 381–400
20. World Health Organisation. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): CIDI-interview (version 2.1)*. Geneva: World Health Organisation. 1998

# CONDUCTA SUICIDA ASOCIADA AL TRASTORNO BIPOLAR



E. Jiménez, A. Benabarre

## INTRODUCCIÓN

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente, un millón de persona mueren al año debido a suicidio, estimándose que esta cifra incrementará en medio millón más en el año 2020.

La conducta suicida es un fenotipo extremadamente complejo cuya emergencia depende de múltiples factores, entre los que destacan las variables de índole biológica, clínica y ambiental, así como las interacciones que se establecen entre ellas. Aunque se estima que, aproximadamente, el 90% de las personas que consuman o intentan el suicidio sufren algún tipo de enfermedad psiquiátrica, mayoritariamente trastornos afectivos, existe evidencia que sugiere que la herencia de la conducta suicida es independiente, al menos parcialmente, de la transmisión de la enfermedad mental.

Tradicionalmente, los factores de riesgo asociados a la conducta suicida se han clasificado en factores de tipo psiquiátricos/clínicos, biológicos y ambientales. Múltiples factores se han asociado a la emergencia de dicho tipo de comportamientos, que ha sido conceptualizada, por autores como Mann *et al.*, como el resultado de interacciones complejas entre la diátesis individual para cometer actos suicidas y algunos desencadenantes (*triggers*). La diátesis se refiere a la propensión, por parte del sujeto, a manifestar conductas de tipo suicida, aspecto que, como mencionábamos con anterioridad, puede ser relacionado o independiente del diagnóstico psiquiátrico. De este modo, algunos factores de riesgo podrían relacionarse bien con la diátesis o bien con los disparadores.

## TRASTORNO BIPOLAR Y CONDUCTA SUICIDA

En el caso concreto del trastorno bipolar, el suicidio es la causa más común de mortalidad prematura, llegando a duplicar, e incluso triplicar, las observadas entre la población general<sup>1-3</sup>.

Se calcula que el riesgo anual de tentativa suicida entre la población bipolar se sitúa en torno al 1%, superando casi en sesenta veces el riesgo observado entre la población general. De hecho, se estima que, aproximadamente, entre un 15-20% de los pacientes bipolares mueren a causa de suicidio.

La frecuencia con la que los pacientes bipolares presentan ideación y conductas suicidas es de la más elevada entre las diferentes patologías psiquiátricas, presentando las mayores tasas de riesgo absoluto de muerte debida a suicidio, en el caso de los hombres; y siendo tan solo superado por la esquizofrenia, en el caso de las mujeres<sup>4</sup>. Se estima que entre un

30-40 % de los pacientes bipolares presenta ideación suicida y que, aproximadamente, entre 25-50 % de ellos llegará a cometer al menos una tentativa suicida a lo largo de la vida<sup>5</sup>. Cabe destacar, que las ratios de tentativas suicidas versus suicidio consumado entre la población bipolar (aproximadamente, tres tentativas por cada suicidio consumado) son mucho más reducidas que las observadas entre la población general (treinta tentativas por cada suicidio), aspecto que denota la elevada letalidad inherente a los intentos suicidas perpetrados por este grupo de pacientes<sup>6</sup>.

La frecuencia de aparición de las conductas suicidas varía en función del tipo de episodio afectivo vivenciado. En este sentido, la mayor parte de ellos (79-89 %) se llevan a cabo durante los episodios de polaridad depresiva, puros o mixtos; con menos frecuencia durante los episodios mixtos (definidos según los criterios del antiguo DSM-IV-TR) o de manía disfórica (11-20%) y en mucha menor frecuencia durante los episodios de manía eufórica o eutimia (0-5%)<sup>1</sup>. Además de la polaridad afectiva, los primeros años de enfermedad constituyen uno de los períodos de mayor riesgo para la comisión de actos autolíticos, considerándose el suicidio como una de las 24 causas más frecuentes de muerte entre los grupos de pacientes bipolares más jóvenes<sup>7,8</sup>.

### FACTORES MODULADORES DEL RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Hasta la fecha, numerosos estudios se han centrado en analizar el impacto que determinados factores de riesgo de tipo sociodemográficos, clínicos y psicosociales ejercen sobre la emergencia de la conducta suicida. Respecto a variables de tipo sociodemográfico, ser mujer<sup>9-11</sup>, no estar casado<sup>12</sup> y la presencia de un consumo excesivo de tabaco<sup>12</sup>, incrementan el riesgo de suicidio en este grupo concreto de pacientes. Los pacientes bipolares, que han presentado tentativas suicidas previamente, tienden también a haber vivenciado un mayor número de experiencias vitales negativas<sup>12,13</sup>, presentar una peor calidad de vida<sup>12</sup> y un mayor deterioro a nivel de funcionamiento psicosocial<sup>14</sup>.

En lo relativo a variables más relacionadas con el curso de la propia enfermedad, la comisión de actos suicidas se asocia a un *debut* precoz<sup>15-18</sup>, mayor duración de la enfermedad<sup>19,20</sup>, historia previa de intentos suicidas<sup>21-23</sup>, presencia de ideación suicida<sup>5,19,20,24</sup>, polaridad inicial depresiva<sup>25-27</sup>, trastorno bipolar tipo II<sup>28,29</sup>, mayor duración sin recibir tratamiento<sup>30</sup>, polaridad predominante depresiva<sup>31</sup>, ciclación rápida<sup>32,33</sup>, un número mayor de episodios depresivos y/o mixtos<sup>19,34-36</sup>, depresión atípica<sup>37</sup>, empleo de tratamientos antidepresivos<sup>38,39</sup> y baja adherencia<sup>40</sup>.

La historia de abuso de drogas o alcohol<sup>12,17,22,34,41,42</sup>, trastornos de ansiedad<sup>24,43</sup> y trastornos de la personalidad pertenecientes al *cluster* B, especialmente el trastorno límite<sup>24,44,45</sup>, son comorbilidades que se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio entre la población bipolar.

Respecto al funcionamiento cognitivo, numerosos datos indican que los pacientes bipolares con historia de tentativas suicidas presentan alteraciones neurocognitivas en áreas atencionales, de toma de decisiones, procesamiento visual y memoria verbal<sup>46-48</sup>.

Por otro lado, a excepción del temperamento hipertímico, el temperamento irritable, depresivo, ansioso y ciclotímico se encuentran sobrerrepresentados entre la población bipo-

lar que ha perpetrado algún acto suicida<sup>1,49-52</sup>, por lo que se consideran factores de riesgo entre la población de pacientes que nos ocupa.

Finalmente, una de las dimensiones de la personalidad que se ha vinculado a una mayor vulnerabilidad para la conducta suicida es la **impulsividad**. Este rasgo dimensional, cuya presencia se ha asociado a un **mayor riesgo de tentativas no letales** incluso entre la población general, adquiere una mayor relevancia en el caso de los pacientes afectivos, dado que su incremento no solo multiplica el riesgo de comisión de tentativas, sino también su nivel de severidad y la probabilidad de consumación suicida<sup>53</sup>. En el caso concreto del trastorno bipolar, la impulsividad adquiere mayor relevancia dado que su presencia se considera como un rasgo central del mismo, mostrándose muy elevada independientemente de la fase de la enfermedad<sup>7</sup>. Diversos estudios han concluido que la impulsividad es un potente predictor del riesgo suicida entre los pacientes bipolares<sup>53,54</sup>.

Como hemos podido comprobar, si bien la lista de factores de riesgo asociadas a las conductas suicidas en el trastorno bipolar es extensa, más reducido es el número de variables para las que se haya demostrado que ejercen un **rol protector** ante este tipo de conductas. Mostrar **objeciones religiosas o morales ante el suicidio<sup>55,56</sup>**, **tener descendencia<sup>57</sup>** y **una red de apoyo familiar y social óptima<sup>58,59</sup>** se han asociado con un menor riesgo de suicidio.

Por el contrario, más explorado ha sido el efecto protector que los tratamientos farmacológicos empleados usualmente para tratar el trastorno bipolar ejercen sobre el riesgo suicida. En este sentido, múltiples trabajos han demostrado que **el tratamiento con litio**, uno de los pilares del tratamiento del trastorno que nos ocupa, debido a su eficacia tanto en las fases agudas como en la profilaxis a largo plazo, reduce el riesgo tanto de comisión de tentativas como la de consumir el suicidio<sup>6,60-62</sup>. Es más, la evidencia indica que, una vez establecido el tratamiento con dicho eutimizante, la interrupción de este multiplica con creces el riesgo de cometer una tentativa suicida, especialmente durante el año posterior a dicha discontinuación<sup>63</sup>.

Sin embargo, poco se conoce sobre cuáles son los mecanismos biológicos subyacentes al efecto protector que el litio proporciona. A pesar de que las bases moleculares del efecto terapéutico del dicho eutimizante no se han esclarecido completamente, existe consenso al considerar que la vía de los fosfoinositoles y de la Wnt/GSK3 $\beta$ -catenina<sup>64</sup> están implicadas en su mecanismo de acción. De hecho, la variabilidad genética asociada a ambas vías, no solo se ha asociado a la presencia del trastorno bipolar, sino que también se asocia con el nivel de respuesta al litio observada entre este grupo de pacientes<sup>65</sup>.

Es sabido que, en concentraciones terapéuticas adecuadas, el litio inhibe inmediatamente las enzimas IMPA1, IMPA2, INPP1 y GSK-3 $\beta$ , todas ellas relacionadas con las vías anteriormente mencionadas. Se hipotetiza que esta acción a corto plazo ejercida por el litio provoca un efecto inicial que podría resultar en adaptaciones en cascada *down-stream*, como por ejemplo, la reprogramación de la expresión génica. Dichas adaptaciones inducirían el reestablecimiento de las redes neuronales que se supone que están alteradas en el trastorno bipolar, gracias a la optimización de procesos como la función sináptica, la neuroprotección y la neuroplasticidad<sup>65,66</sup>.

Por otro lado, diferentes investigaciones arrojan resultados en los que se describe que las propiedades antisuicidas inducidas por el fármaco aparecen incluso cuando la remisión del episodio agudo no se ha alcanzado por completo, evidenciándose en todos los grupos de pacientes de modo equivalente, independientemente del nivel de respuesta al fármaco mostrado (excelente, parcial o no respuesta)<sup>67,68</sup>. Por todo ello, diversos autores hipotetizan que el efecto antisuicida atribuido al litio podría deberse a la capacidad de éste para reducir los niveles de impulsividad<sup>61,69</sup>. Según estos autores este argumento se fundamentaría, por un lado, en los múltiples hallazgos que confirman que dicho fármaco reduce los niveles de impulsividad -no solo en la población bipolar sino también en otros trastornos del control de los impulsos<sup>70-73</sup> - y por otro, en el demostrado efecto regulador que el litio ejerce sobre el sistema de neurotransmisión serotoninérgico, tradicionalmente asociado a la impulsividad, gracias a la inhibición de la GSK3 $\beta$  por parte de este<sup>74</sup>.

### **VARIABILIDAD GENÉTICA EN VÍAS IMPLICADAS EN EL MECANISMO DE ACCIÓN DEL LITIO: IMPACTO SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA E IMPULSIVIDAD**

Teniendo en cuenta que, como mencionábamos con anterioridad, el litio es uno de los fármacos de los que se dispone mayor evidencia sobre su potencial antisuicida, resulta sorprendente que a diferencia de lo acontecido con otros fármacos, como por ejemplo los antidepresivos, la investigación sobre el impacto que la variabilidad en genes implicados en el mecanismo de acción del litio no hayan sido, prácticamente, explorados hasta la fecha.

Gracias a parte de nuestros trabajos, hemos detectado que genes implicados en el ciclo de los fosfoinositoles, así como en la vía Wnt/ $\beta$ -catenina conferirían una mayor vulnerabilidad para la emergencia de conductas suicidas en el trastorno bipolar.

Nuestros datos muestran que la presencia de determinados alelos/genotipos en SNPs pertenecientes a los genes IMPA2 (AA en el rs669838), INPP1 (GG en el rs4853694) se asociaba a un incremento de más del doble y más del triple, respectivamente, para la comisión de tentativas suicidas en comparación con aquellos pacientes que no presentaban los alelos/genotipos en cuestión.

Respecto al gen GSK3 $\beta$ , del mismo modo que sucedía con los genes mencionados con anterioridad, la variabilidad asociada a dicho gen podría considerarse como un potencial marcador de riesgo suicida en el trastorno bipolar, dado que los pacientes que presentaban en su genotipo los alelos T y A para los polimorfismos rs1732170 y rs11921360, respectivamente, presentaban, aproximadamente, entre dos y tres veces mayor riesgo de cometer actos autolíticos en comparación con aquellos que no los portaban<sup>75</sup>.

Por otro lado, partiendo de las hipótesis que consideran la potencial relación entre el efecto antisuicida atribuido al litio y la reducción de los niveles de impulsividad obtenidos gracias al efecto de dicho fármaco, nos propusimos estudiar el impacto de la variabilidad genética en las vías de los fosfoinositoles, así como en la vía Wnt/ $\beta$ -catenina en los niveles de impulsividad en una muestra de pacientes bipolares. Nuestros resultados sugerían que la variabilidad en el gen que codifica la enzima GSK3 $\beta$  se asociaba a niveles incrementados de impulsividad atencional-cognitiva en el caso del trastorno bipolar. Más concretamente,

los pacientes portadores de los alelos T y G en los SNPs rs1732170 y rs334558, respectivamente, presentaban una impulsividad caracterizada por una mayor dificultad para focalizar y mantener la atención, una menor resistencia a la complejidad cognitiva y dificultades en la atención sostenida. Cabe destacar que el impacto genético sobre la impulsividad persistió aún controlado por el efecto de posibles covariables y fueron posteriormente confirmados por los análisis haplotípicos<sup>76</sup>.

### CONCLUSIONES

- La conducta suicida es una de las complicaciones más graves de los pacientes psiquiátricos.
- La evidencia indica que el tratamiento con litio presenta propiedades antisuicidas.
- En el trastorno bipolar, existen polimorfismos en genes pertenecientes a vías implicadas en el mecanismo de acción del litio que incrementarían el riesgo de emergencia de la conducta suicida.
- Algunas de estas variaciones genéticas parecen estar implicadas también en el incremento de la impulsividad en los pacientes bipolares.
- Estos hallazgos abren nuevas vías de investigación sobre los mecanismos moleculares responsables de la acción antisuicida atribuida al tratamiento con litio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, Duleba T, Girardi P y Rihmer Z. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 2012;143, 16-26
2. Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A y Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet.* 2002;359, 241-247
3. Ketter TA. Strategies for monitoring outcomes in patients with bipolar disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12, 10-16
4. Nordentoft M, Mortensen PB y Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68, 1058-1064
5. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P y Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005;66, 1456-1462
6. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK y Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2006;8, 625-639
7. Baldessarini RJ, Pompili M y Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectr.* 2006;11, 465-471
8. Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger CR y Nylander PO. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disord.* 2004;6, 130-138
9. Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, Bonnin CM, Grande I, Sanchez-Moreno J, Vieta E y Colom F. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord.* 2011;133, 443-449
10. Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin JM, Bertsch J, Gerard S, Reed C y Lukasiewicz M. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord.* 2011;13, 377-386
11. Tondo L, Lepri B y Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116, 419-428
12. Antypa N, Antonioli M y Serretti A. Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar Disorder. *J Psychiatr Res.* 2013;47, 1800-1808
13. Papolos D, Hennen J y Cockerham MS. Factors associated with parent-reported suicide threats by children and adolescents with community-diagnosed bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2005;86, 267-275
14. Rosa AR, Franco C, Martínez-Aran A, Sánchez-Moreno J, Salamero M, Valenti M, Tabares-Seisdedos R, González-Pinto A, Kapczinski F y Vieta E. Functional impairment and previous suicide attempts in bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica.* 2008;20, 300-306
15. Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseva A, Etain B, Rouillon F y Leboyer M. Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J Clin Psychiatry.* 2004;65, 1035-1039
16. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, Delbello MP, Bowden CL, Sachs GS y Nierenberg AA. Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry.* 2004;55, 875-881
17. López P, Mosquera F, De LJ, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F y González-Pinto A. Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62, 963-966
18. Tsai SY, Lee JC y Chen CC. Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. *J Affect Disord.* 1999;52, 145-152
19. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM y Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord.* 2000;59, 107-117
20. Roy-Byrne PP, Post RM, Hambrick DD, Leverich GS y Rosoff AS. Suicide and course of illness in major affective disorder. *J Affect Disord.* 1988;15, 1-8

21. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J y Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66, 693-704
22. Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41, 6-11
23. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20, 17-22
24. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr., McElroy SL, Denicoff KD, Obrocea G, Nolen WA, Kupka R, Walden J, Grunze H, Pérez S, Luckenbaugh DA y Post RM. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003;64, 506-515
25. Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Burke AK, Sher L, Parsey RV, Everett B, Mann JJ y Oquendo MA. Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord*. 2007;104, 245-250
26. Ryu V, Jon DI, Cho HS, Kim SJ, Lee E, Kim EJ y Seok JH. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei Med J*. 2010;51, 641-647
27. Daban C, Colom F, Sánchez-Moreno J, García-Amador M y Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47, 433-437
28. Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, Lester D, Girardi P y Tatarelli R. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Rev Neurother*. 2009;9, 109-136
29. Rihmer Z y Pestaloty P. Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22, 667-673
30. Altamura AC, Dell'osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R y Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260, 385-391
31. Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I y Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006;93, 13-17
32. García-Amador M, Colom F, Valenti M, Horga G y Vieta E. Suicide risk in rapid cycling bipolar patients. *J Affect Disord*. 2009;117, 74-78
33. Cruz N, Vieta E, Comes M, Haro JM, Reed C y Bertsch J. Rapid-cycling bipolar I disorder: course and treatment outcome of a large sample across Europe. *J Psychiatr Res*. 2008;42, 1068-1075
34. Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV y Kennedy JL. Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5, 58-61
35. Goodwin FK y Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. Nueva York: Oxford University Press, 1999
36. Pacchiarotti I, Mazzarini L, Kotzalidis GD, Valenti M, Nivoli AM, Sani G, Torrent C, Murru A, Sánchez-Moreno J, Patrizi B, Girardi P, Vieta E y Colom F. Mania and depression. Mixed, not stirred. *J Affect Disord*. 2011
37. Sánchez-Gistau V, Colom F, Mane A, Romero S, Sugranyes G y Vieta E. Atypical depression is associated with suicide attempt in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120, 30-36
38. Pacchiarotti I, Valenti M, Colom F, Rosa AR, Nivoli AM, Murru A, Sánchez-Moreno J y Vieta E. Differential outcome of bipolar patients receiving antidepressant monotherapy versus combination with an antimanic drug. *J Affect Disord*. 2011;129, 321-326
39. Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I y Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2012;73, 778-782
40. González-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E y Baldessarini RJ. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord*. 2006;8, 618-624
41. Gonzalez-Pinto A, Aldama A, González C, Mosquera F, Arrasate M y Vieta E. Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *J Clin Psychiatry*. 2007;68, 242-247

42. Finseth PI, Morken G, Andreassen OA, Malt UF y Vaaler AE. Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disord.* 2012;14, 727-734
43. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 11, 8-11
44. Neves FS, Malloy-Diniz LF y Correa H. Suicidal behavior in bipolar disorder: what is the influence of psychiatric comorbidities? *J Clin Psychiatry.* 2009;70, 13-18
45. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM y Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry.* 2005;66, 339-345
46. Harkavy-Friedman JM, Keilp JG, Grunebaum MF, Sher L, Printz D, Burke AK, Mann JJ y Oquendo M. Are BPI and BPII suicide attempters distinct neuropsychologically? *J Affect Disord.* 2006;94, 255-259
47. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D y Correa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord.* 2009;112, 231-236
48. Martínez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Góikolea JM, Comes M y Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161, 262-270
49. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK, Lester D, Narciso V, Ferracuti S, Tatarelli R, De PE y Girardi P. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology.* 2008;41, 313-321
50. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK y Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord.* 2009;116, 18-22
51. Azorin JM, Kaladjan A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S y Akiskal HS. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry.* 2009;50, 115-120
52. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Fusar-Poli P, Akiskal HS, Rihmer Z, Lester D, Romano A, De OI, Strusi L, Ferracuti S, Girardi P y Tatarelli R. Affective temperamental profiles are associated with white matter hyperintensity and suicidal risk in patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2011;129, 47-55
53. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL y Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162, 1680-1687
54. Malloy-Diniz LF, Neves FS, de Moraes PH, De Marco LA, Romano-Silva MA, Krebs MO y Correa H. The 5-HTTLPR polymorphism, impulsivity and suicide behavior in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord.* 2011;133, 221-226
55. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK y Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry.* 2004;161, 2303-2308
56. Dervic K, Carballo JJ, Baca-García E, Galfalvy HC, Mann JJ, Brent DA y Oquendo MA. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2011;72, 1390-1396
57. Qin P y Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60, 797-802
58. Goodwin FK y Jamison KR. *Manic-Depressive Illness* (Second edition). Nueva York: Oxford University Press, 2007
59. Rihmer Z y Fawcett J. Suicide and Bipolar Disorder. En: Yatham LN y Maj M (eds.). *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations*. Wiley-Blackwell, 2010; pp. 62-68
60. Cipriani A, Pretty H, Hawton K y Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2005;162, 1805-1819
61. Cipriani A, Hawton K, Stockton S y Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346, f3646

62. Rihmer Z y Gonda X. The effect of pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients. *CNS Neurosci Ther.* 2012;18, 238-242
63. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F y Tohen M. Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *J Clin Psychiatry.* 1998;59, 405-414
64. Serretti A, Drago A y De Ronchi D. Lithium pharmacodynamics and pharmacogenetics: focus on inositol mono phosphatase (IMPase), inositol poliphosphatase (IPPase) and glycogen synthase kinase 3 beta (GSK-3 beta). *Curr Med Chem.* 2009;16, 1917-1948
65. Serretti A y Drago A. Pharmacogenetics of lithium long-term treatment: focus on initiation and adaptation mechanisms. *Neuropsychobiology.* 2010;62, 61-71
66. Lenox RH y Wang L. Molecular basis of lithium action: integration of lithium-responsive signaling and gene expression networks. *Mol Psychiatry.* 2003;8, 135-144
67. Ahrens B y Muller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry.* 2001;34, 132-136
68. Muller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251 Suppl 2, II72-II75
69. Kovacsics CE, Gottesman II y Gould TD. Lithium's antisuicidal efficacy: elucidation of neurobiological targets using endophenotype strategies. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49, 175-198
70. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E y Baldini RN. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry.* 2005;162, 137-145
71. Dorrego MF, Canevaro L, Kuzis G, Sabe L y Starkstein SE. A randomized, double-blind, crossover study of methylphenidate and lithium in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary findings. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14, 289-295
72. Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, Dilsaver SC y Morris DD. Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology.* 2002;26, 530-536.
73. Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB y Realmuto GM. Lithium treatment of chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry.* 1991;52, 116-120
74. Zhou W, Chen L, Paul J, Yang S, Li F, Sampson K, Woodgett JR, Beaulieu JM, Gamble KL y Li X. The effects of glycogen synthase kinase-3beta in serotonin neurons. *PLoS ONE.* 2012;7, e43262
75. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, Goikolea JM, Roda E, Saiz PA, García-Portilla MP, Buron P, Bobes J, Oquendo MA, Vieta E y Benabarre A. Genetic variability at IMPA2, INPP1 and GSK3beta increases the risk of suicidal behavior in bipolar patients. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23, 1452-1462
76. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, Goikolea JM, Roda E, Ruiz V, Pérez A, Saiz PA, García-Portilla MP, Buron P, Bobes J, Vieta E y Benabarre A. Association between GSK3beta gene and increased impulsivity in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014;24, 510-518



# CARACTERÍSTICAS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO MÉDICAMENTE GRAVES

# 3

M. Quesada Franco

## INTRODUCCIÓN

Una de las formas de conceptualización del suicidio es un *continuum* que va de la ideación a los suicidios consumados, pasando por los intentos de suicidio (IS). Si nos centramos en los IS, aunque estos varían en función de la intencionalidad y gravedad médica, la mayoría de los intentos son consecuencia de un elevado malestar psicológico, infelicidad y patología psiquiátrica<sup>1,2</sup>.

## DEFINICIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO MÉDICAMENTE GRAVES (ISMG)

Los ISMG se definen por presentar un compromiso orgánico grave, independientemente de su gravedad psiquiátrica. Sin embargo, los criterios utilizados para definir los ISMG en los estudios realizados al respecto, han sido y son en la actualidad muy heterogéneos.

- Las investigaciones realizadas por el grupo neozelandés Beautrais *et al.*, son las que dan unos criterios clínicos más concretos para definir los ISMG.

Los *criterios de Beautrais* son los IS realizados por sujetos que precisan un ingreso hospitalario a través del servicio de urgencias durante más de 24 horas y que además presentan uno de los siguientes criterios de tratamiento:

- a) Tratamientos en unidades especializadas (incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos, unidades con cámara hiperbárica y de quemados).
- b) Cirugía bajo anestesia general (excluyen los cortes superficiales que no requieren tratamiento quirúrgico).
- c) Tratamiento médico extenso (lavado gástrico, carbón activado u observación neurológica) incluyendo telemetría, antídotos en caso de sobreingesta medicamentosa o de tóxicos o repetición de tests u otras pruebas complementarias.

También se incluyen aquellos sujetos que realizan un IS grave con métodos de alto riesgo de fatalidad (por ejemplo: ahorcamiento, disparo, etc.), que ingresan durante más de 24h y que no cumplen el primer criterio de tratamiento<sup>3-5</sup>.

- Otro estudio, el de Douglas *et al.*, define los ISMG con los siguientes criterios:
  - a) IS mediante un método que conllevaría habitualmente el fallecimiento (por ejemplo: ahorcamiento, inhalación de monóxido de carbono, inmersión, precipitación desde una gran altura o hacia un vehículo en movimiento).

- b) **Autolesión en una área vital del cuerpo** (por ejemplo: cuello, pecho o abdomen, sin incluir autolesiones en muñecas, cuello y piernas).
  - c) **Envenenamiento** o sobreingesta medicamentosa que requiere ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos o es considerada suficientemente letal por el facultativo de Urgencias<sup>6</sup>.
- Algunos autores utilizan la duración de la estancia hospitalaria para definir los ISMG. Beautrais *et al.* consideran un mínimo de 24h<sup>3-5</sup>. Estudios realizados en población China establecen el mínimo en 6 horas<sup>7,8</sup>. Otros trabajos consideran ISMG a aquellos pacientes que ingresan en unidades médicas desde Urgencias sin hacer referencia a la duración del ingreso<sup>9</sup>.
  - Algunos estudios definen los ISMG a partir de *pruebas psicométricas*, como:
    - a) La escala *Self-Inflicted Injury Severity Form* (SIISF)<sup>10</sup> que fue utilizada en varios estudios<sup>11-14</sup>. Esta escala valora la letalidad de las lesiones sin valorar la intencionalidad o la posibilidad de rescate potencial. Los ISMG son definidos de la siguiente manera:
      1. El sujeto tenía alta probabilidad de morir si no recibía atención médica.
      2. El sujeto utilizó un método de alta letalidad (heridas por arma de fuego o ahorcamiento), en cuyo caso tiene unas lesiones independientemente de su gravedad.
      3. El tipo de método se categorizó en: uso de armas de fuego, precipitación, ahorcamiento, intento de ahogarse o otro tipo de asfixia, laceraciones o apuñalamiento, ingestión, inhalación o inyección de una sustancia potencialmente letal, y otros métodos.Además de valorar el método, también valora el tipo de lesión secundario al mismo y lo categoriza en función de la gravedad médica<sup>10</sup>.
    - b) La *Risk Rescue Rating Scale* (RRRS)<sup>15-18</sup>. Esta escala mide el daño médico debido al intento (factor de riesgo) y las probabilidades de ser descubierto y rescatado (factor de rescate) y los sintetiza en una ratio compuesta. Esta ratio o razón, está relacionado con la letalidad o la probabilidad de infligirse daño de forma irreversible por el intento de suicidio. Tasas altas de riesgo sugieren lesiones graves, tasas altas de rescatabilidad indican una alta probabilidad de ser descubierto y de tener asistencia médica<sup>18</sup>.
    - c) La Escala de Letalidad de Mann y Malone o *The Lethality Rating Scale* (LRS)<sup>19-24</sup>. La LRS es un instrumento que incluye la Escala de daño médico (*The Medical Damage Rating Scale* -MDRS-), diseñada por Beck *et al.*<sup>25</sup>. La LRS mide la gravedad médica del intento de suicidio, en una escala que puntúa desde cero (completamente consciente y alerta) hasta 8 (muerte), en relación al tipo de método suicida utilizado. La MDRS incorpora datos sobre las condiciones físicas del paciente a la llegada al hospital como datos médicos<sup>24</sup>.

### ¿POR QUÉ ESTUDIAMOS LOS ISMG?

La investigación en suicidio engloba típicamente grupos de pacientes muy heterogéneos que han realizado un intento de suicidio o suicidio consumado. Muchos estudios comparan poblaciones con conductas suicidas diversas entre sí y también con controles no suicidas<sup>20,21</sup>. Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico, los supervivientes de intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) son muy similares a los individuos que fallecen por suicidio<sup>4,26</sup>, pero diferentes a los que realizan otro tipo de autolesión deliberada con intencionalidad suicida<sup>27</sup>.

Los ISMG tienen el doble de probabilidad, respecto los IS no graves, en cometer suicidio consumado<sup>5</sup>.

Desde el punto de vista metodológico el estudio de los ISMG presenta ventajas. La más relevante es que la fuente de información es el superviviente. En cambio, en los sujetos fallecidos por suicidio consumado la información se obtiene indirectamente, a través de la autopsia psicológica.

El hecho de poder valorar pacientes tan cercanos al suicidio, es de gran valor para entender los mecanismos psicológicos que desencadenan una conducta suicida grave<sup>20,21</sup>.

Así, el estudio de los ISMG y su conocimiento se puede aplicar para evitar los IS graves y posiblemente también las muertes por suicidio<sup>28</sup>.

Es más, la caracterización de subgrupos en las muestras de intentos de suicidio, como los intentos de suicidio graves y los violentos, es esencial para entender el límite impreciso con el suicidio consumado y para implementar estrategias de prevención más efectivas<sup>17</sup>.

### ¿LOS ISMG SON UN GRUPO HOMOGÉNEO?

En los intentos de suicidio denominados "médicamente graves", a pesar de que el común denominador de estos casos ha sido la necesidad de ingreso, la experiencia psiquiátrica muestra que estos pacientes difieren en cuanto a términos clínicos<sup>29</sup>.

En el estudio de Rapeli *et al.*, realizado en Brasil, se plantean diferenciar subgrupos de pacientes que ingresan en un hospital general por intento de suicidio. Mediante un análisis por *clusters*, identificaron, basándose en variables clínicas y sociodemográficas, los siguientes grupos:

- 1) Los "impulsivo-ambivalentes" (*impulsive-ambivalent*), en el que había un predominio de mujeres. El método más común fue la sobreingesta medicamentosa con el siguiente orden de frecuencia: anticonvulsivantes, antidepresivos y benzodiazepinas. Los intentos fueron con baja intencionalidad suicida. El diagnóstico más prevalente fue el trastorno depresivo moderado y el trastorno adaptativo. El 51% del grupo tenía como antecedente haber realizado intentos de suicidio en el pasado.

El hecho de que este grupo tuviera una intencionalidad suicida baja, posiblemente revela el desconocimiento de la letalidad del método, así como una ambivalencia sobre vivir o morir en el momento del intento o situación de crisis. Las características clínicas de este grupo son similares a las de aquellos pacientes atendidos en

Urgencias y que en la mayoría de casos son dados de alta<sup>29</sup>. Una categoría similar fue descrita por Hankoff que denominaba a este grupo de pacientes como "crisis". En la mayoría de casos identificaron ansiedad, depresión, tensión o pánico y una situación de crisis<sup>30</sup>. Otros autores, cuando clasificaron los *clusters* en relación al temperamento, definieron a este grupo como "neurótico, impulsivo, agresivo"<sup>31</sup>. En otros estudios, evidenciaron pacientes en los que las dificultades interpersonales parecían ser el motivo del suicidio ante una situación de crisis<sup>32</sup>. La gravedad médica de estos pacientes es menor respecto a la de los otros grupos, y también son considerados menos graves desde el punto de vista psiquiátrico. La aparente baja letalidad y baja intencionalidad suicida, no justifica la ausencia de preocupación. Proporcionar tratamiento de alta calidad y prevención de futuros suicidios requiere que los IS menos severos sean tratados con la misma seriedad que los otros<sup>29</sup>.

- 2) Los "intentos marcados" (*marked intent*). En este grupo la mayoría eran varones. El método más común fue la ingesta de pesticidas. Los intentos fueron de mayor letalidad e intencionalidad suicida respecto al primer grupo. El diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo, siendo grave en el 14% de la muestra. El 29% del grupo tenía como antecedente haber realizado intentos de suicidio en el pasado. Este grupo presentó mayor letalidad respecto al primero, aunque ambos grupos (*impulsive-ambivalent* y *marked intent*) se solapan en algunas características. La principal diferencia es el método utilizado en los *marked intent*: el uso de pesticidas. Este es un método disponible mayoritariamente en zonas rurales y de granjas. Las secuelas médicas de los pesticidas fueron significativamente más graves que las producidas por sobreingesta medicamentosa. Es importante resaltar la baja prevalencia de mujeres en este grupo, a pesar de que acostumbran a trabajar en estas áreas con sus parejas, y por consiguiente, tienen el mismo acceso que ellos a los pesticidas<sup>29</sup>. Estos pacientes tienen un alto deseo de morir, que también coincide con el estudio de Platt *et al.*, que describe un grupo similar que estaría sujeto a un suicidio posterior<sup>33</sup>.
- 3) Los "definidos" (*definite*) o "suicidios abortados". En este grupo también predominaron los varones. Todos los pacientes usaron métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, ser atropellado, etc.). Fue el grupo que presentó una letalidad e intencionalidad suicida más elevada. El trastorno depresivo fue el diagnóstico más frecuente, siendo grave en el 23% del grupo. A diferencia de lo esperado, más de la mitad del grupo (59%) nunca había realizado intentos de suicidio en el pasado. Muchos de los supervivientes de este segundo grupo hubieran fallecido si no hubieran sido tratados en un hospital<sup>29</sup>.

Este tercer grupo tenía alto riesgo de realizar suicidios consumados, y hubieran fallecido en caso de no recibir atención médica a tiempo. Por este motivo, también podrían ser definidos como "suicidios abortados". Podría haber un solapamiento entre este grupo y los suicidios consumados, ya que las características de este grupo y las circunstancias del IS son similares a las de aquellos pacientes que ingresaron en el hospital y fallecieron durante el ingreso. La utilización de métodos más violentos sugiere el conocimiento de que la muerte sería el resultado final<sup>29</sup>. Coincide con la visión de Beck *et al.*, que correlacionan la intencionalidad suicida con la letalidad médica cuando el individuo tiene el conocimiento suficiente para valorar adecuadamente el resultado de la tentativa<sup>25</sup>.

En la comparación entre estos tres grupos se evidenció que el definitivo era estadísticamente diferente de los otros dos grupos, especialmente del primero (impulsive-ambivalente)<sup>29</sup>.

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ISMG

En general, los sujetos que realizan ISMG presentan alta prevalencia de trastorno mental, **sobre todo depresión mayor**, y tienen **antecedentes de intentos de suicidio previos**. Sin embargo, los estudios presentan resultados controvertidos.

La diversidad de resultados se puede atribuir a la heterogeneidad de criterios a la hora de definir los ISMG en el diseño de los estudios, y a aspectos socioculturales. A continuación, se muestran los estudios más relevantes sobre ISMG y sus resultados.

El grupo neozelandés Beautrais *et al.* han realizado varios trabajos sobre ISMG. En este estudio inicial en el que compararon ISMG (n=302) con un grupo control (n=1028), observaron que los ISMG tenían mayor prevalencia de trastorno mental y mayor comorbilidad psiquiátrica respecto al grupo control. Además, evidenciaron que los trastornos afectivos estaban muy relacionados con el riesgo de IS graves en sujetos mayores de 30 años<sup>3</sup>. Otro grupo, Elliott *et al.*, se plantearon comparar los ISMG (n=65) con IS no graves (n=32), y encontraron que los ISMG tenían mayor probabilidad de tener un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y de trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad, respecto los IS no graves. A diferencia de lo esperado, los ISMG habían realizado menos IS en el pasado, respecto al grupo de IS no graves<sup>9</sup>.

Beautrais *et al.*, se plantearon en este trabajo investigar las diferencias y semejanzas entre los sujetos que realizan ISMG y los que cometen suicidio consumado. Partieron de la siguiente muestra: 202 sujetos fallecidos por suicidio, 275 individuos que realizaron ISMG y 984 sujetos control. Encontraron que tanto los fallecidos por suicidio como los pacientes que realizaron ISMG, compartían las siguientes características: presencia de un trastorno del estado de ánimo, antecedente de IS en el pasado, un ingreso psiquiátrico reciente y factores socioambientales (bajos ingresos, bajo nivel educativo, exposición reciente a estresores ambientales y problemas legales y laborales). Como diferencias, entre ambos grupos hallaron que los fallecidos por suicidio eran predominantemente varones, de mayor edad y con mayor frecuencia de psicosis no afectivas, respecto los ISMG. En cambio, los ISMG presentaron mayores tasas de trastornos de ansiedad y mayor aislamiento respecto los sujetos fallecidos por suicidio<sup>4</sup>.

En los dos siguientes estudios, este mismo grupo (Beautrais *et al.*), pretende aportar un perfil descriptivo de características sociodemográficas y mentales y circunstancias vitales en función de la edad, comparando los ISMG con los fallecidos por suicidio.

**En pacientes mayores de 55 años** observaron que los fallecidos por suicidio y aquéllos que habían realizado un ISMG, presentaron **mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos** respecto al grupo control, fundamentalmente, trastornos del estado de ánimo o por uso de sustancias; así como **mayores tasas de experiencias adversas en la infancia**. Uno de los resultados principales fue que la mayor contribución del riesgo suicida en adultos de edad avanzada provenía de los **trastornos afectivos**, por encima de los problemas socioambientales<sup>34</sup>.

En población joven de 25 años o menor encontraron que tanto los sujetos que habían realizado ISMG como los que habían fallecido por suicidio compartían las siguientes características: presencia de un trastorno del estado de ánimo, bajo nivel educativo y exposición a eventos estresantes. Sin embargo, los trastorno del estado de ánimo tuvieron más peso en los ISMG y los eventos estresantes en los fallecidos por suicidio<sup>35</sup>.

Otro trabajo, centrado en población joven es el de Swahn *et al.*, que compararon ISMG con IS no graves en sujetos de edades comprendidas entre los 13 y los 34 años. En ambos grupos, las tasas de depresión fueron elevadas. Sin embargo, los sujetos con ISMG presentaron depresión menos severa respecto los que habían realizado IS de baja letalidad. Tampoco hallaron que la depresión tuviera una asociación significativa con la gravedad del intento. Por último, a diferencia de lo esperado, los individuos con antecedente de IS tenían menor probabilidad de realizar un intento de alta letalidad<sup>28</sup>, resultado similar al estudio de Elliott *et al.*<sup>9</sup>

En cambio, en el trabajo de Douglas *et al.*, que realizan un estudio comparativo entre ISMG (n=158) e IS no graves (1748) de todas las edades, encontraron mayor prevalencia de trastorno mental (depresión mayor), mayores adversidades sociales, mayor número de IS en el pasado y mayor intencionalidad suicida en el grupo de sujetos que habían realizado un ISMG<sup>6</sup>.

El grupo de Levi-Beltz *et al.* realizaron diversos trabajos sobre variables psicológicas (dolor mental y dificultades de comunicación) y patrones de apego en individuos con ISMG, además de variables clínicas y sociodemográficas. En sus trabajos comparan los ISMG con IS no graves y con un grupo control. Encontraron que los ISMG presentaban mayor intencionalidad suicida y letalidad, además de mayor puntuación en la Escala de Depresión de Beck, respecto los IS no graves. Sin embargo, un hallazgo relevante fue que ni la depresión ni la desesperanza por sí solas, distinguían entre ISMG e IS no graves, ni predecían la letalidad<sup>19</sup>. También, encontraron que los ISMG habían realizado menos IS en el pasado respecto los sujetos con IS no graves<sup>19,21,22</sup>. Este último resultado coincide con algunos estudios mencionados previamente<sup>9,28</sup>.

El grupo de Levi-Beltz encontró que las principales diferencias entre ISMG e IS no graves fueron los problemas de comunicación, rasgos esquizoides de personalidad, alexitimia y la soledad<sup>19,21</sup>. En cuanto a los patrones de apego, el inseguro (ansioso y evitativo) tenía mayor riesgo de IS de mayor letalidad y mayor intencionalidad suicida respecto los sujetos con IS no graves<sup>20</sup>.

Otras investigaciones se han focalizado en estudiar las diferencias entre IS graves e IS violentos. En el trabajo de Giner L. *et al.* realizan un estudio retrospectivo, comparativo entre IS violentos (n=183), IS graves (n=226) e IS no graves/violentos (n=739). Los individuos con IS violentos o graves, eran sujetos de mayor edad, con mayor número de IS en el pasado y con mayor expectativa de letalidad y mayor planificación, respecto a los individuos con IS no graves. Sin embargo, hallaron características específicas de los IS violentos, como el sexo masculino, el antecedente familiar de conducta suicida y la alta letalidad médica de los IS previos<sup>17</sup>.

Otro factor de riesgo de conducta suicida ampliamente conocido es el alcohol. En un estudio comparativo entre un grupo de pacientes con ISMG (n=153) y un grupo control

(n=513), a partir de una muestra de pacientes con edades comprendidas entre los 13 y 34 años, hallaron que todos los tipos de exposición al alcohol, estaban relacionadas con los ISMG. Además, encontraron una fuerte asociación entre el consumo de alcohol las tres horas previas al intento y los IS de alta letalidad<sup>14</sup>. También, en otro trabajo realizado con una muestra de pacientes con diagnóstico de dependencia de alcohol, hallaron que los IS más graves se produjeron en el contexto de intoxicación enólica. La mayoría de los intentos de este tipo eran no planificados, en sujetos más jóvenes y con una dependencia de alcohol más grave<sup>36</sup>.

Por último, cuando se hace referencia a los ISMG, no hay que olvidar aspectos socioculturales. En estudios realizados en zonas rurales de China, los ISMG fueron más frecuentes en mujeres, siendo la mayoría de baja intencionalidad suicida, impulsivos y en el contexto de dificultades interpersonales. Añadir que la prevalencia de trastorno mental fue menor respecto al grupo control, a diferencia de los resultados en países occidentales<sup>7</sup>. En La India, los IS de mayor letalidad (inmolación) fueron más prevalentes en mujeres<sup>15,16</sup>.

### CONCLUSIONES

No hay una definición universal para los ISMG, aspecto muy importante que hay que tener en cuenta a la hora de comparar los resultados de los diferentes estudios.

Los supervivientes de ISMG son una población de gran interés, ya que comparten muchas características con los fallecidos por suicidio.

La mayoría de estudios coinciden en la alta prevalencia de trastorno mental en los ISMG, sobre todo **trastornos afectivos, aunque** divergen en algunos **matices, como la gravedad** del trastorno.

Otro factor asociado a los ISMG es el **alcohol**, sobre todo su consumo previo al acto suicida.

En cuanto al antecedente de intentos de suicidio, a pesar de ser un factor de riesgo de conducta suicida, en los ISMG hay resultados controvertidos.

Por último, es importante tener en cuenta aspectos socioculturales a la hora de estudiar este tipo de intentos tan graves.

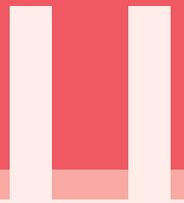
## BIBLIOGRAFÍA

1. New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016. [en internet] <www.moh.govt.nz/suicideprevention> [último acceso: 10 marzo 2016]
2. Beautrais AL. National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis* 2005;26(1):1-3
3. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996 Aug;153(8):1009-14
4. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. 2001 Jul;31(5):837-45
5. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):1-11
6. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79(1-3):263-8
7. Jian C, Li X, Phillips MR, Xu Y. Matched case-control study of medically serious attempted suicides in rural China. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013 Feb;25(1):22-31
8. Zhao P, Yang R, Phillips MR. Age-specific characteristics of serious suicide attempters in China. *Suicide Life Threat Behav*. 2010 Aug;40(4):383-93
9. Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy-Byrne PP. A profile of medically serious suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 1996 Dec;57(12):567-71
10. Potter LB, Kresnow M, Powell KE, O'Carroll PW, Lee RK, Frankowski RF, Swann AC, Bayer TI, Bautista MH, Briscoe MG. Identification of Nearly Fatal Suicide Attempts: Self-Inflicted Injury Severity Form. *Suicide Life Threat Behav*. 1998; 28(2), 174-186
11. Kresnow MJ, Ikeda RM, Mercy JA, Powell KE, Potter LB, Simon TR, Lee RK, Frankowski RF. An unmatched case-control study of nearly lethal suicide attempts in Houston, Texas: Research methods and measurements. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32 (1Suppl):7-20
12. Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, Powell KE, Simon TR, Potter LB, Durant TM, Swahn MH. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32 (1Suppl):60-7
13. Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32 (1Suppl):49-59
14. Powell KE, Kresnow MJ, Mercy JA, Potter LB, Swann AC, Frankowski RF, Lee RK, Bayer TL. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32 (1Suppl):30-41
15. Sudhir Kumar CT, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Gender differences in medically serious suicide attempts: a study from south India. *Psychiatry Res*. 2006 Sep 30;144(1):79-86
16. Sudhir Kumar CT, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord*. 2006 91: 77-81
17. Giner L, Jausent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J, Courtet P. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar;75(3):e191-7
18. Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(6).553-560
19. Levi Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E, Apter A. Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *J Affect Disord*. 2008 Dec;111(2-3):244-50
20. Levi-Belz Y, Gvion Y, Horesh N, Apter A. Attachment patterns in medically serious suicide attempts: the mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide Life Threat Behav*. 2013 Oct;43(5):511-22
21. Levi-Belz Y, Gvion Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E, Stein-Reisner O, Weiser M, David HS, Apter A. Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: a

- case-control study. *Arch Suicide Res.* 2014; 18(1): 74-87
22. Horesh N, Levi Y, Apter A. Medically serious versus non-serious suicide attempts: relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics. *J Affect Disord.* 2012 Feb;136(3):286-93
  23. Gvion Y, Horesh N, Levi-Belz Y, Fischel T, Treves I, Weiser M, David HS, Stein-Reizer O, Apter A. Aggression-Impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Compr Psychiatry.* 2014 Jan;55(1):40-50
  24. Mann JJ, Malone K. Cerebrospinal fluid amines and higher lethality suicide attempts in depressed patients. *Biol Psychiatry.* 1997;41:162-71
  25. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry.* 1975;132:285-7
  26. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *Br J Psychiatry.* 2010 Oct;197(4):313-9
  27. Daniel A, Fleming J. Serious suicide attempts in a state correctional system and strategies to prevent suicide. *The Journal Psychiatry and Law.* 2010; 33,227-247
  28. Swahn MH, Potter LB. Factors associated with Medical Severity of Suicide attempts in Youths and Young Adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2001; 32 (1Suppl):21-29
  29. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(4):285-289
  30. Hankoff LD. Categories of attempted suicide: A longitudinal study. *Am J Public Health.* 1976; 66(6):558-63
  31. Engstrom G, Alling C, Gustavsson P, Orelund L, Traskman-Bendz L. Clinical characteristics and biological parameters in temperamental clusters of suicide attempters. *J Affect Disord.* 1997; 44(1):45-55
  32. Paykel ES, Rassaby E. Classification of suicide attempters by cluster analysis. *Br J Psychiatry.* 1978; 133:45-52
  33. Platt S, Bille-Brahe U, Kerdfhof A, Schmdtke A, Bjerke T, Crepet P, *et al.* Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 85(2):97-104
  34. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide an older adults. *Suicide Life Threat Behav* 2002. Spring; 32(1):1-9
  35. Beautrais AL. Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1093-1099
  36. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. *Alcohol Alcohol* 2012 Sep-Oct;47(5):571-6



# ABORDAJE Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA





P. Alejandra Sáiz, P. Burón, S. Al-Halabí, S. Fernández-Artamendi, L. García-Álvarez, L. de la Fuente, J. Rodríguez-Revuelta, I. Menéndez-Miranda, C. Iglesias, M.P. García-Portilla, J. Bobes

## INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial<sup>1</sup>, sin embargo, tal y como se señala recientemente<sup>2</sup>, en España, la prevención del suicidio sigue siendo una necesidad clínica insuficientemente resuelta, cuya magnitud real y la influencia que sobre el suicidio tienen los ciclos socioeconómicos, no son adecuadamente conocidos y cuentan con resultados discrepantes hasta la fecha en nuestro país<sup>3-6</sup>. Independientemente de lo expuesto previamente, hay que dejar bien claro que en España los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, el suicidio como primera causa no natural de defunción, superando a los fallecidos por accidentes de tráfico. Esta situación se ha mantenido invariable hasta 2013, año del que se disponen los últimos datos oficiales<sup>7</sup>. Por otra parte, la discrepancia existente entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, hace pensar en una clara tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España<sup>8</sup>.

## ¿LLEGAN AL ENTORNO CLÍNICO LOS PACIENTES CON RIESGO SUICIDA?

Los datos disponibles ponen de manifiesto que, aproximadamente, tres de cada cuatro suicidios han contactado con los Servicios de Atención Primaria durante el año previo al suicidio, y el 45% durante el mes previo; siendo esta circunstancia más frecuente en las personas de mayor edad que en los adultos jóvenes. Si se hace referencia a los Servicios de Salud Mental, aproximadamente dos de cada cinco suicidios consumados han contactado con dichos servicios a lo largo de su vida, un tercio durante el año previo y el 20% durante el mes previo; siendo dichos contactos más frecuentes en el caso de las mujeres que en el de los hombres<sup>9</sup>.

## ¿POR QUÉ NO SOMOS CAPACES DE DETECTAR A LAS PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO?

En primer lugar, cabe señalar que cuando hablamos del comportamiento suicida estamos hablando de un comportamiento muy complejo en el que existen múltiples factores de riesgo, modificables e inmodificables, interactuando entre sí y a la vez con factores protectores, lo que dificulta de un modo muy importante la predicción específica de casos concretos de suicidio<sup>10</sup>.

A continuación se enumeran, brevemente, los factores previamente descritos:

- *Factores de riesgo 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, el estado civil o las creencias religiosas, su cambio es ajeno al clínico (Tabla 1)**.
- *Factores de riesgo modificables*: se trata de factores psicológicos, psicopatológicos y sociales que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales **(Tabla 2)**.
- *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 **(Tabla 3)**.

Por otra parte, cabe mencionar, que todos los intentos realizados, hasta la fecha, dirigidos a la detección de biomarcadores de utilidad para la predicción del riesgo de suicidio han sido infructuosos, en parte debido a que la mayoría de biomarcadores propuestos/ estudiados tienen unav baja especificidad. Además, la tasa de suicidio es relativamente baja en población general, lo cual dificulta la detección de posibles biomarcadores y, por último, como ya se ha expuesto previamente, se trata de un comportamiento complejo en el que inciden tanto factores de tipo genético, neurobiológicos y psicosociales, en el cual solo cabe esperar la presencia de biomarcadores dotados de escaso tamaño del efecto, a la vez que hace preciso el estudio de fenotipos robustos que puedan permitir el estudio de muestras homogéneas<sup>11</sup>, y a poder ser de diferentes procedencias para que el background psicosocial y cultural permita discernir el peso real de los diferentes factores de riesgo en relación con el entorno<sup>12</sup>.

Todo ello ha llevado a la mayor parte de investigadores en el tema a potenciar la combinación de factores de riesgo (frente al uso exclusivo de biomarcadores) como método más adecuado para incrementar la capacidad predictiva de las herramientas disponibles para predecir riesgo de comportamiento suicida. Sin olvidar que a **fecha de hoy, el mejor predictor individual del futuro comportamiento suicida sigue siendo la existencia de antecedentes personales de tentativa suicida previa<sup>13,14</sup>**.

### ¿EXISTE UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO?

Por un lado, la comunidad científica y las sociedades profesionales de nuestro país están sensibilizadas con el problema, tal y como demuestra el número creciente de publicaciones sobre "suicidio" y "comportamientos suicidas" en revistas de impacto, en las que participan autores españoles, o la reciente publicación de recomendaciones preventivas auspiciada por las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y Psiquiatría Biológica (SEPB)<sup>15,16</sup>, o la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida auspiciada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (2012). No obstante, dicha sensibilización no parece tener una suficiente penetración a otros niveles, algunos de cuyos ejemplos se citan a continuación.

**Tabla 1:** Factores de riesgo suicida no modificables

<b>Genéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heredabilidad del suicidio independiente de la de los trastornos mentales.</li> <li>• La influencia relativa de lo genes en el comportamiento suicida se estima en torno al 45%.</li> <li>• Pacientes con historia familiar de suicidio / intentos de suicidio favorecen un mayor riesgo de suicidio consumado.</li> </ul>
<b>Neurobiológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipofunción serotoninérgica relacionada con suicidio.</li> </ul>
<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominio de suicidio consumado en sexo masculino (3:1).</li> <li>• Predominio de tentativas suicidas en sexo femenino (2:1).</li> </ul>
<b>Edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las tasas de suicidio aumentan con la edad (40% en mayores de 60 años).</li> <li>• Con la edad también cambia el tipo de comportamiento suicida y se incrementa el cociente Suicidio / Tentativa suicidio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescentes: 1/100</li> <li>- Adultos: 1/25</li> <li>- Ancianos: 1/4</li> </ul> </li> </ul>
<b>Apoyo sociofamiliar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor riesgo en separados / divorciados y viudos y un menor riesgo en casados con hijos.</li> <li>• Aumenta el riesgo: vivir solo, pérdida reciente de un ser querido y fracaso de relación amorosa en último año.</li> </ul>
<b>Situación laboral y económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor riesgo en desempleados sobre todo si existen dificultades económicas añadidas.</li> </ul>
<b>Acontecimientos vitales estresantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor riesgo si hay acontecimientos vitales estresantes recientes que conlleven:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdidas personales (divorcio, separación, muerte)</li> <li>- Financieras (pérdida de dinero o trabajo)</li> <li>- Problemas legales y conflictos interpersonales</li> <li>- Pérdidas de salud física.</li> </ul> </li> <li>• Mayor riesgo si antecedentes de maltrato físico / abuso sexual durante infancia.</li> </ul>
<b>Conducta suicida previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor de riesgo más sólido de suicidio consumado (riesgo: x25-x40).</li> <li>• ≈50% de personas que se suicidan han realizado tentativas previas.</li> <li>• Mayor riesgo si la tentativa previa fue de elevada letalidad y baja rescatabilidad (suicidio frustrado).</li> </ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de religión (protestantes &gt; judíos &gt; católicos &gt; musulmanes) y religiosidad (a mayor religiosidad menor riesgo).</li> <li>• Distribución geográfica: mayor riesgo en hemisferio norte.</li> </ul>

Importancia relativa:

■ Muy importante

■ Bastante importante

■ Importante

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

<b>Trastorno mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más del 90% de suicidios se asocian a enfermedad mental.</li> <li>• Los trastornos afectivos uni o bipolares son los de mayor riesgo (60% casos de suicidio y riesgo 15-20 veces superior a población general).</li> <li>• La comorbilidad con otros trastornos mentales incrementa el riesgo (alcoholismo o consumo de otras sustancias, trastornos de la personalidad, etc.).</li> <li>• Especial riesgo en fase inicial o final del episodio depresivo (en fase de estado el retardo psicomotor y la inhibición atenúan el riesgo)</li> </ul>
<b>Enfermedad física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor riesgo si cronicidad, discapacidad, dolor crónico o enfermedad terminal.</li> <li>• La aparición de sintomatología depresiva comórbida es un factor determinante en la asociación suicidio – enfermedad física.</li> </ul>
<b>Dimensiones psicológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La impulsividad agresiva es una de las dimensiones psicológicas más asociadas con suicidalidad.</li> <li>• La desesperanza es un factor psicológico muy relacionado con conducta suicida.</li> <li>• El pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la escasa capacidad de resolución de problemas favorecen la desesperanza y se asocian con riesgo suicida.</li> </ul>

Importancia relativa:

■ Bastante importante      ■ Importante

**Tabla 3:** Factores protectores

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>

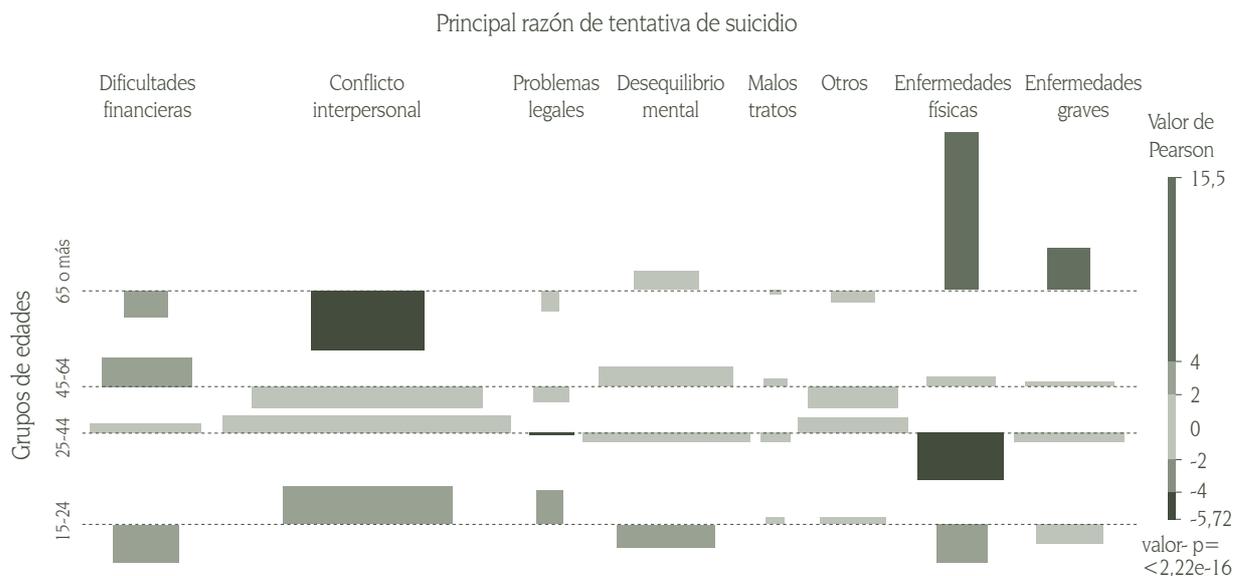
Además, el uso de escalas psicométricas de ayuda en la evaluación del riesgo de comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana<sup>17</sup>. Señalar, de igual modo, que a pesar de que existen multitud de escalas desarrolladas para facilitar la evaluación de diferentes aspectos relacionados con el comportamiento suicida<sup>18,19</sup>, prácticamente ninguna de ellas ha sido adaptada y validada para su uso en España, utilizándose, por tanto, meras traducciones de las mismas, cuya validez podría llegar a ser cuestionable. Este aspecto parece estar subsanándose, siendo reseñable la formulación, por parte de autores españoles, de un protocolo breve y comprensivo de evaluación del comportamiento suicida<sup>20</sup>, la génesis de nuevos instrumentos de evaluación de riesgo suicida partiendo de los ítems más discriminantes de escalas científicamente avaladas para uso en valoración de riesgo de suicidio<sup>21,22</sup>, la validación de instrumentos que evalúan todo el rango de comportamientos suicidas y/o autolesivas<sup>23</sup> o la reciente validación de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)<sup>24</sup>, único instrumento

avalado por la división de neurofarmacología de la *Food and Drug Administration* (FDA) para evaluación prospectiva del riesgo de suicidio en los ensayos clínicos<sup>25</sup>.

Por último, antes de acabar este epígrafe, señalar que son numerosas las evidencias que ponen de manifiesto que el ambiente es un elemento clave en la génesis de los trastornos mentales graves y del comportamiento suicida. En este sentido, existe un importante cuerpo de investigación que demuestra cómo las experiencias traumáticas en la primera infancia (principalmente, el maltrato) se asocian con un mayor probabilidad no solo de ser psicopatológicamente más vulnerable ante situaciones estresantes, sino de padecer, con más frecuencia, determinados trastornos mentales, tener un curso de los mismos más desfavorable y una peor respuesta a los tratamientos convencionales<sup>26</sup>, así como una mayor predisposición hacia la comisión de comportamientos suicidas<sup>27</sup>.

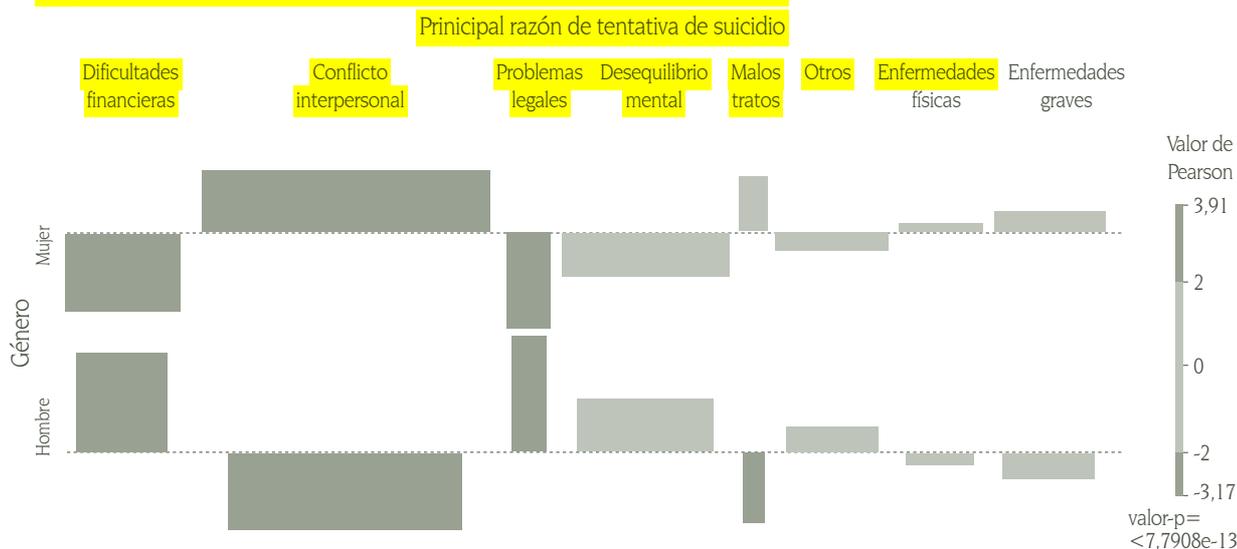
No obstante, hay que tener presente que factores como la edad y el sexo son moduladores del impacto de los factores ambientales en la probabilidad de aparición de un determinado trastorno o comportamiento. Por ejemplo, en el caso del comportamiento suicida, hemos podido demostrar cómo factores ambientales facilitan el paso al acto, pero su importancia varía claramente en función de la edad o el sexo<sup>28</sup>. Si tenemos en cuenta la edad, la principal razón referida por los grupos de **mayor edad (65 años o más) son los problemas de salud física propios o de alguien cercano**, mientras que para ellos tienen poca importancia los **conflictos interpersonales**, que a su vez, son la principal razón en los grupos más **jóvenes de edad (15 a 24 años)**. De igual modo, las **dificultades financieras**, son la principal razón referida en las **edades medias de la vida (45 a 64 años)** que, sin embargo, son menos o incluso mucho menos importantes en otros grupos de edad (**Figura 1**).

**Figura 1:** Edad y principal razón para tentativa de suicidio



Si tenemos en cuenta el sexo, las diferencias son aún más llamativas, obteniéndose una imagen prácticamente especular entre las principales razones para hombres y mujeres. Como pueden ver, en el caso de los hombres, las dificultades financieras, los problemas legales o el padecer un determinado trastorno mental, serían razones relevantes; mientras que en las mujeres lo serían los conflictos interpersonales, el maltrato o la enfermedad de un ser querido (**Figura 2**).

**Figura 2: Género y principal razón para tentativa de suicidio**



### ¿QUÉ ASPECTOS SE DEBERÍAN MEJORAR / IMPLEMENTAR EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

En primer lugar, mencionar que la evaluación y correspondiente constatación, en la historia o informes clínicos, del riesgo suicida se hace de modo deficiente en nuestro país<sup>29</sup>, no se incluye, en muchas ocasiones, aspectos de tal importancia como la existencia de antecedentes personales de tentativa suicida (o la gravedad médica de la misma), a pesar de que, como se ha comentado, este es uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado.

En segundo lugar, cabe señalar la carencia total de programas preventivos estatales en nuestro país, a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (dentro de su línea estratégica 1) incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio<sup>30</sup>. De hecho, no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio como tal y, hasta ahora, solo se han desarrollado algunas iniciativas locales, enmarcadas en muchas ocasiones dentro de proyectos europeos específicos, generalmente de duración y extensión geográfica limitada y dirigidas a poblaciones de características específicas, lo que sitúa a nuestro país muy por debajo del nivel de otros países europeos de similar desarrollo. Cada vez existen más evidencias que avalan que ciertas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, como son: la restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de los profesionales de Salud Mental o la formación de los profesionales de asistencia primaria<sup>31</sup>.

En tercer lugar, nos gustaría hacer referencia a las intervenciones específicas sobre población de riesgo, con especial hincapié en aquellos que han realizado tentativas suicidas previas. El comportamiento suicida es un fenómeno muy complejo lo cual dificulta la existencia de un tratamiento específico para el mismo. Así, cuando se consulta cuál es el abordaje terapéutico más adecuado para población de riesgo, suele hacerse referencia al hecho de que, aproximadamente, en el 90% de los casos de suicidio existe un trastorno psiquiátrico subyacente siendo, por tanto, lo más adecuado un tratamiento psicofarmacológico de la patología de base. Más aún, hasta la fecha solo existe un fármaco cuyo potencial antisuicida ha sido reconocido por alguna agencia sanitaria, en este caso la FDA, y se trata de la clozapina<sup>32</sup>, un fármaco de segunda línea terapéutica. Por otra parte, el potencial antisuicida del litio ha sido demostrado en estudios meta-analíticos tanto en depresión unipolar como en depresión bipolar<sup>33</sup>, pero que por efectos secundarios o de tolerabilidad no puede ser utilizado de modo indiscriminado en pacientes con riesgo suicida. En el caso de los antidepresivos, la situación ha llegado a ser incluso más controvertida. Se utilizan con limitaciones, por parte de las agencias sanitarias [FDA y *European Medicines Agency* (EMA)], en niños y adolescentes por su posible inducción de riesgo de suicidio, recomendándose el uso de fluoxetina en esos grupos de edad. Existen evidencias de que el posible efecto facilitador del riesgo de suicidio atribuido a los antidepresivos podría ser edad dependiente. Así, en personas menores de 25 años podrían tener cierto efecto facilitador, un efecto neutro en los grupos de entre 25 y 65 años y un efecto claramente protector en mayores de 65<sup>34</sup>. No obstante, los avales que demuestran los efectos beneficiosos de los antidepresivos superan con mucho a su posible potencial inductor de riesgo suicida. En todo caso, sería conveniente una monitorización adecuada de los posibles efectos adversos asociados al uso, en los grupos de edad más jóvenes<sup>35</sup>.

En resumen, hay un desconocimiento general acerca del potencial antisuicida de la mayoría de los fármacos que habitualmente se manejan y es necesario realizar ensayos clínicos pertinentes para testar dichos efectos. Retomando, por último, el tema del abordaje psicofarmacológico de la patología psiquiátrica de base, y aun estando totalmente de acuerdo con dicha afirmación, queremos señalar que en muchas ocasiones olvidamos que hay evidencia probada de la utilidad preventiva de intervenciones no farmacológicas dirigidas a incrementar el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento ambulatorio post-tentativa. Es importante señalar que estas intervenciones no van dirigidas a trastornos o grupos poblacionales específicos, sino que tienen un carácter más universal y, por tanto, son más fácilmente generalizables, siendo algunos ejemplos la utilización de "tarjetas de crisis"<sup>36</sup>, el contacto intensivo a través del correo postal<sup>37</sup> o el manejo de casos<sup>38</sup>.

En síntesis, nos encontramos ante un problema de una magnitud socio-sanitaria creciente lo cual hace imprescindible una facilitación y aplicación por parte de los profesionales de estrategias preventivas protocolizadas y con niveles de evidencia adecuados, así como, una mejor implementación de la atención a las personas en riesgo mediante la realización de una evaluación comprehensiva y adecuada del riesgo suicida que quede adecuadamente plasmada en la historia clínica y, una facilitación de la atención terapéutica posttentativa que facilite un seguimiento protocolizado y una mejor adherencia terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: World Health Organization; 2012
2. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:1-4
3. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, *et al*. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323-31
4. López Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013;23:732-6
5. Ayuso-Mateos JL, Pita-Barros P, Gusmão R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;382:391-2
6. Iglesias García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jimenez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, *et al*. Suicide, unemployment and economic recession in Spain. *Eur Psychiatry [en prensa]*
7. Instituto Nacional de Estadística. [en internet]  
<<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>> [último acceso 22 octubre 2015]
8. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:139-46
9. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-16
10. Giner Jiménez L, Pérez Solá V. Factores de riesgo. En: Bobes J, Giner J, Sáiz J (eds.). *Suicidio y Psiquiatría*. Madrid: Editorial Triacastela; 2011, p. 59-93
11. Blasco-Fontecilla H, López-Castroman J, Giner L, Baca-García E, Oquendo M. Predicting suicidal behavior: are we really far along? *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15:424
12. López-Castroman J, Blasco-Fontecilla J, Courtet P, Baca-García E, Oquendo M. Are we studying the right populations to understand suicide? *World Psychiatry*. 2015;14:368-9
13. Oquendo MA, 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
14. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17-28
15. Bobes J, Giner J, Sáiz J. *Suicidio y Psiquiatría*. Madrid: Editorial Triacastela, 2011
16. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, *et al*. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8-23
17. 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. p. 305-11
18. Sáiz Martínez P, García-Portilla González MP, Paredes Ojanguren B, Burón Fernández P, Garrido Menéndez M, Al-Halabí Díaz, *et al*. Evaluación y manejo de las conductas suicidas en el centro de salud. En: Giner J, Medina A, Giner L (eds.). *Encuentros en Psiquiatría. Evaluación y manejo de la conducta suicida*. Madrid: Enfoque Editorial SC; 2012, p. 33-45
19. García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Parellada Redondo M, Bousoño García M, Bobes García J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Cyesan; 2014
20. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, *et al*. Protocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:24-36
21. Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, Aguado D, Baca-García E, López-Castroman J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1272-7

22. Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Vega JM, Berenguer N, Oquendo MA, *et al.* Short Personality and Life Event scale for detection of suicide attempters. *Rev Psiquiatr Salud Ment. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015;8(4):199-206
23. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:101-8
24. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, *et al.* Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Rev Psiquiatr Salud Ment. [en prensa]*
25. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, *et al.* Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1040-6
26. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169:141-51
27. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Garcia-Nieto R, Burke AK, Mann JJ, Brent DA, Oquendo MA. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013;12:149-54
28. Burón P, Jiménez-Trevino L, Sáiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, *et al.* Reasons for attempted suicide in Europe: prevalence, associated factors and risk of repetition. *Arch Suicide Res. [en prensa]*
29. 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*. 2010;3:13-8
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
31. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064-74
32. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, *et al.* Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:82-91
33. 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
34. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, *et al.* Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009;339:b2880
35. 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
36. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, *et al.* ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2013;11:1
37. 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;331:805
38. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M, *et al.* *Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento*



## INTRODUCCIÓN

El suicidio representa la primera causa de muerte no natural en nuestro medio. Este enunciado por sí solo pone de relevancia el importante problema de Salud Pública que constituye la conducta suicida. Si tenemos en cuenta que **por cada muerte por suicidio se realizan entre 15 y 25 intentos** y que muchos de ellos requieren asistencia sanitaria nos encontramos ante un problema asistencial de primera magnitud con más de 100 000 atenciones en urgencias potenciales anuales en España.

En cualquier urgencia hospitalaria en nuestro medio es un motivo cotidiano de consulta tanto los intentos de suicidio como pacientes que presenta en el seno de su cuadro clínico ideación suicida. Para los clínicos, en particular para los psiquiatras que hacen atienden las urgencias, la valoración del riesgo suicidio supone un desafío rutinario.

El objetivo de la atención en urgencias de la conducta suicida, una vez estabilizada la situación vital, es disminuir los riesgos y reducir la incertidumbre con los mínimos datos relevantes. Se impone tomar decisiones rápidas que conduzcan a maximizar la seguridad del paciente y garanticen la cadena de continuidad asistencial.

En nuestro medio el proceso asistencial de las conductas suicida comienza con la derivación a urgencias (**Figura 1**). En los traslados medicalizados es muy deseable el acceso a la información extrahospitalaria y la coordinación hará una adecuada recepción del paciente en la urgencia. Tras la atención en urgencias se debe garantizar una derivación a otro dispositivo asistencial (hospitalización, consultas externas, programas específicos). El lapso de tiempo entre el alta en urgencias y la atención en el siguiente dispositivo debe ser inferior a 72 horas. De cara a una mejora de la calidad asistencial, la cadena asistencial debe ser retroinformada para mejorar cada eslabón asistencial<sup>1</sup>.

## CONSIDERACIONES PREVIAS

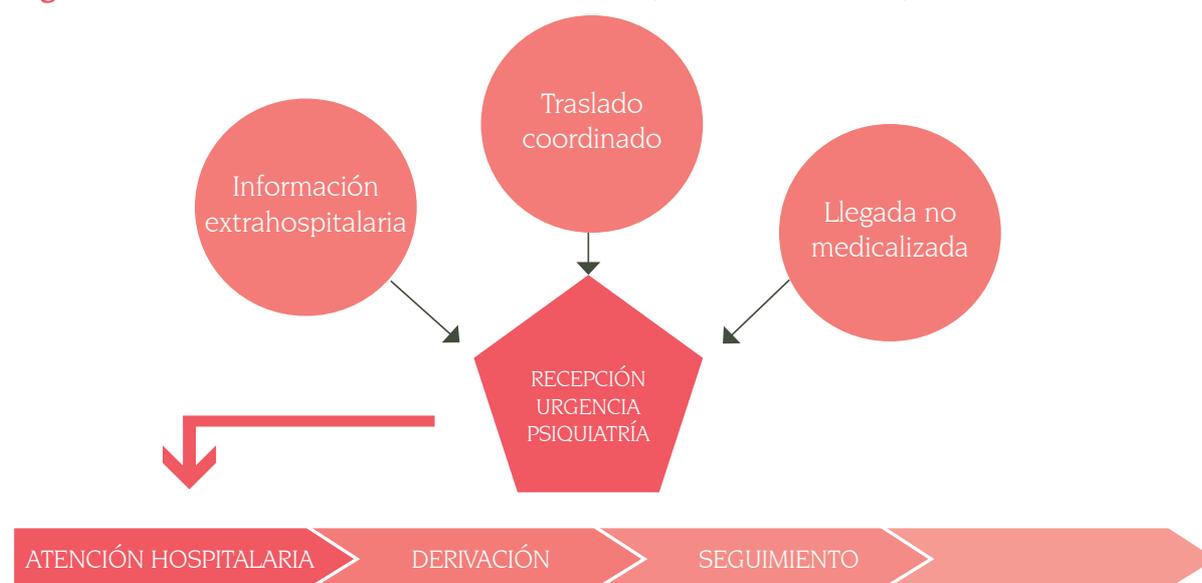
La idea más importante sobre la valoración de la conducta suicida es que si no se explora, no se diagnostica. Es una parte básica de la exploración psicopatológica básica y debe ser adecuadamente reflejada en la historia clínica como se detalla más adelante.

Actualmente conocemos factores de riesgo y protección (**Figuras 2 y 3**); sabemos que no predicen el suicidio pero sí que ayudan a estimar riesgo a corto plazo<sup>2,3</sup>. Por tanto, no hay pruebas para hacer recomendaciones clínicas específicas y es necesario conocer los consensos nacionales e internacionales sobre el abordaje, valoración y tratamiento de la conducta suicida<sup>4</sup>.

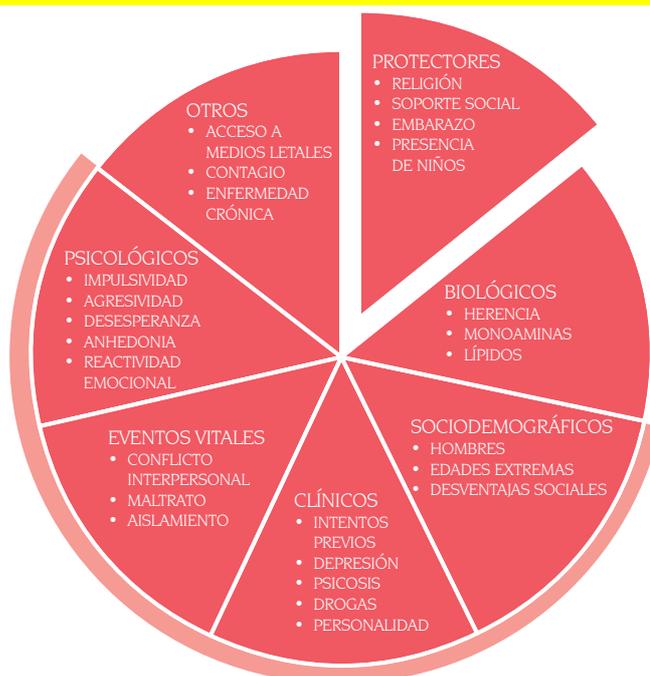
## 5. Abordaje y evaluación en la atención urgente

El mejor predictor de un suicidio consumado es la presencia de intentos de suicidio previos (**ver apartado siguiente**). También es necesario conocer prejuicios equivocados sobre la conducta suicida como: todas las personas que hablan de suicidarse y al final no lo hacen, restar importancia al comportamiento manipulador, subestimar la tentativa de suicidio, asociar el suicidio a la locura, creer que la mejoría tras una crisis suicida significa que ya no hay riesgo y creer que si una persona toma la decisión de matarse nada podrá impedirlo.

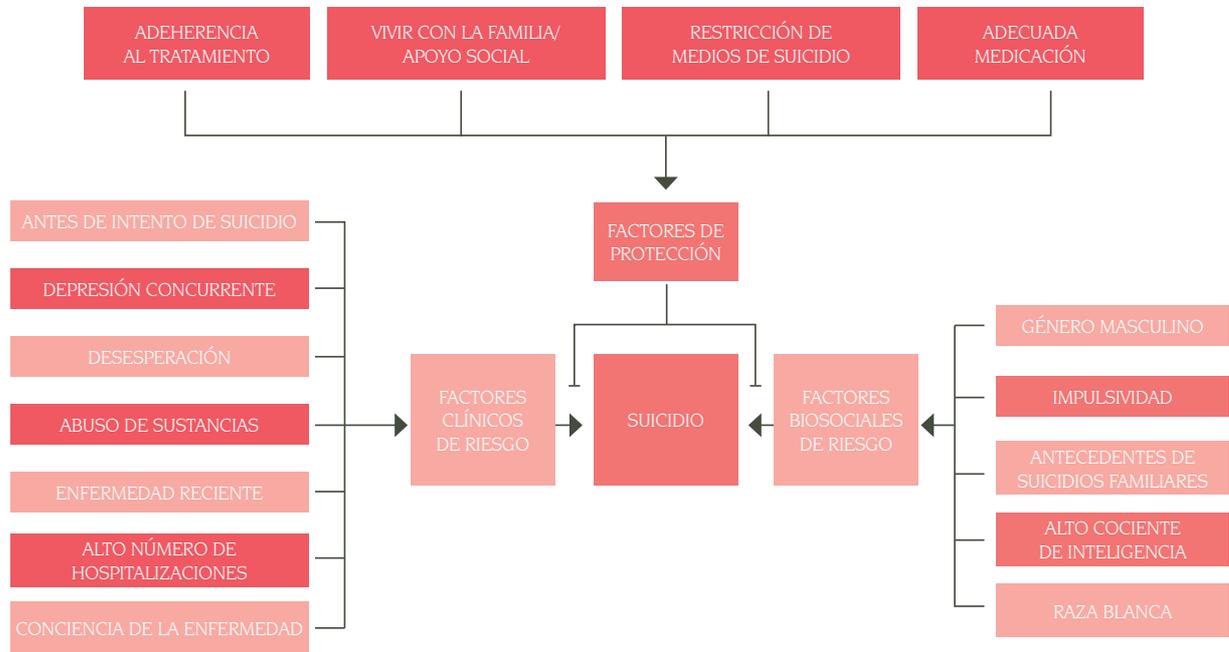
**Figura 1.** Proceso asistencial de la conducta suicida (Méndez et al., 2015)<sup>1</sup>



**Figura 2.** Factores protectores y de riesgo de la conducta suicida (Nock, 2008)<sup>2</sup>



**Figura 3.** Clasificación de los factores protectores y de riesgo del suicidio en la esquizofrenia (Carlborg, 2010)<sup>3</sup>



### EL PROCESO SUICIDA

Se ha hipotetizado que la persona que fallece por suicidio va realizando una escalada en la conducta suicida desde la ideación suicida, la planificación, el intento de suicidio y finalmente el suicidio consumado. Esta "carrera suicida" va jalonada por barreras que la persona flanquea, donde los factores protectores hacen de freno. Parte del sustento de estas hipótesis está en el que el 50-80% de las persona que fallecen por suicidio han relazado anteriormente un intento de suicidio, el 10% de las personas que intentan suicidarse lo conseguirán en 10 años y sobre el 1% en el año siguiente. No obstante, la realidad parece más compleja y no solo hay un camino para el suicidio y ni siquiera hay que pasar por todas las etapas (**Figura 4**). Por este motivo cualquier hallazgo referido a la conducta suicida, incluso la falta del deseo de vivir, debe ser tenido en cuenta<sup>5</sup>.

### LOGÍSTICA Y ALGORITMO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS

La atención en Urgencias debe iniciarse con una valoración médica para orientar y tratar cualquier patología médica previa a la valoración psiquiátrica. La valoración psiquiátrica debe iniciarse con una valoración de riesgos de autoheteroagresividad, así como de los elementos necesarios para proveer el plan terapéutico que precise el paciente tanto en urgencias como en el resto de dispositivos asistenciales. En la **Figura 5**, se recogen los elementos de la atención a urgencias de cualquier trastorno mental.

Merece la pena hacer unas breves consideraciones sobre la sala de la entrevista en urgencias. Este espacio no debe contener ningún objeto que pueda ser usado como arma. Debe estar situado en un lugar de rápido acceso para el personal instruido en proceso de urgencia. Debe tener dos puertas de acceso y no debe ser posible cerrar la puerta desde dentro.

Figura 4. El proceso del suicidio (Baca-García, 2011)<sup>5</sup>

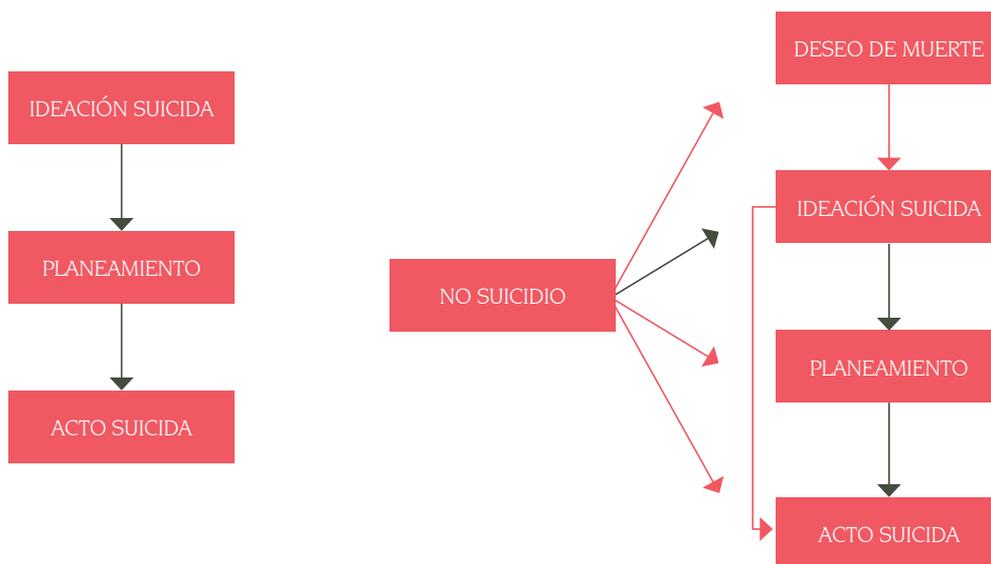
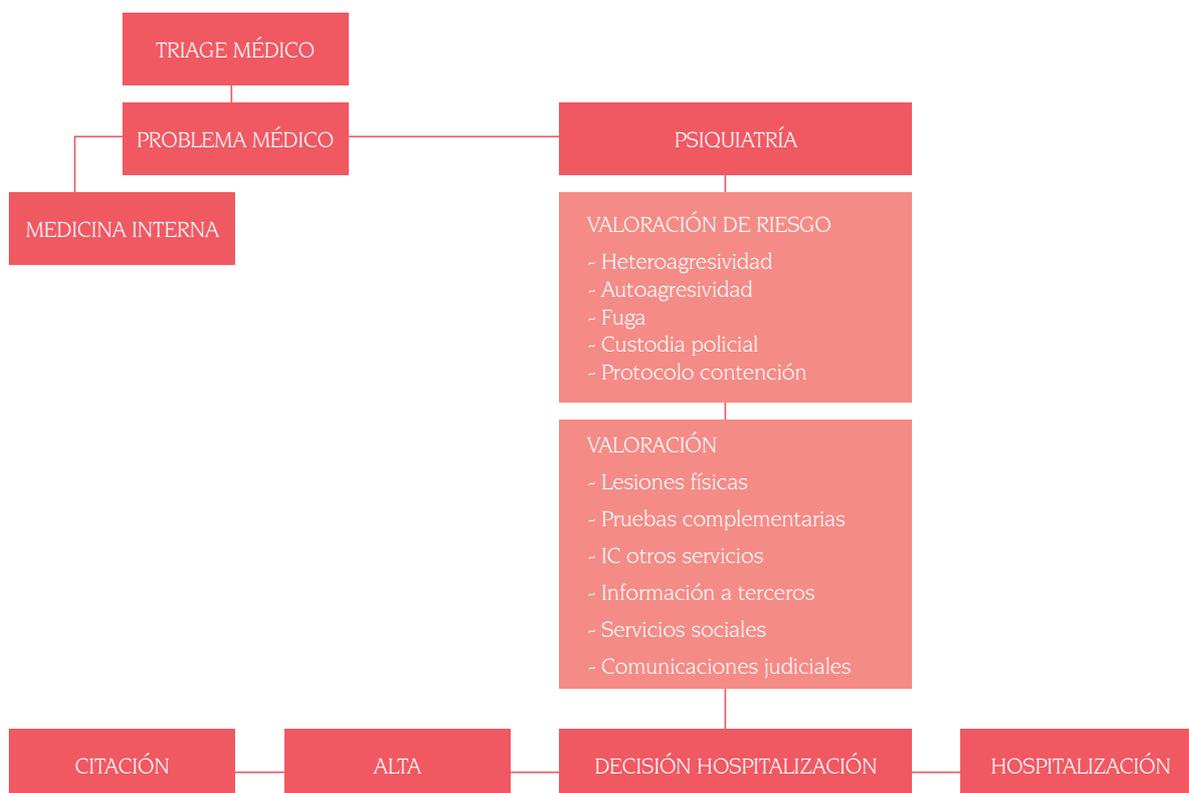


Figura 5. Algoritmo de actuación en Urgencias



### EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO A CORTO PLAZO

Una vez realizada, de acuerdo al algoritmo propuesto en la Figura 4, una completa anamnesis, exploración física y exploración cognitiva, se procederá a la entrevista psiquiátrica. Debe prestarse mucha atención a la existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida, ser muy cautos con aparentes mejoras. En la **Tabla 1** se detallan los aspectos a valorar en la evaluación del riesgo suicida.

**Tabla 1.** Aspectos a valorar en la evaluación del riesgo suicida

Situación fisiológica, cognitiva y psiquiátrica
Evaluación ideación
Motivos
Plan y letalidad
Capacidad de afrontamiento
Soporte social

A la hora de explorar la ideación suicida, hay que verificar si esta es persistente, si el paciente presenta un convencimiento profundo y su determinación (el suicidio es una posibilidad o una decisión firme). El propósito del comportamiento suicida: aliviar un sufrimiento, escapar, influir sobre el medio, intentar transmitir un mensaje o desaparecer.

El clínico indagará sobre el plan suicida, teniendo en cuenta el nivel de elaboración. Cuanto mayor sea elaboración de un plan suicida, mayor es el riesgo, las posibilidades de realizarlo solo, de forma aislada y sin que nadie pueda rescatarlo o revertirlo. En este sentido habrá que establecer la peligrosidad y disponibilidad de medios para el suicidio. El grado de convicción del paciente sobre eficacia del método elegido y el significado simbólico del mismo.

Hay que determinar la situación social del paciente, los apoyos socio-familiares, pérdidas recientes, situación económico-laboral (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).

El consumo de alcohol u otras sustancias, limita de la capacidad de autocontrol del individuo y puede favorecer el inicio de comportamientos suicidas.

De cara a las repercusiones administrativas y legales de la valoración e intervención sobre pacientes con riesgo de conducta suicida, debe reflejarse la información de la **Tabla 2** en la documentación clínica y en el informe de alta. Estudios en nuestro medio han puesto de manifiesto que esta información no suele estar adecuadamente reflejada en las historias e informes clínicos de urgencias a pesar de ser un problema conocido y detectado desde la década de los noventa del siglo pasado<sup>6,7</sup>.

**Tabla 2.** Documentación de la valoración de pacientes con riesgo suicida a reflejar en historia clínica de Urgencias

Situación física (nivel de conciencia)
Historia psiquiátrica
Exploración psicopatológica
Situación social y eventos
Riesgo
Uso de alcohol y drogas
Decisión terapéutico
Medidas y recursos de derivación
Fecha y hora de la próximas asistencia ( <b>inferior a 72 horas tras la atención en urgencias</b> )

Tras la valoración del riesgo de suicidio, la decisión más importante es la de hospitalización. Esta decisión se debe basar en la existencia de psicopatología tratable y en el riesgo de suicidio. En nuestro medio los clínicos valoran como criterios de ingreso la falta de crítica (e intencionalidad de repetir) como la variable más importante para hospitalizar, seguidas del soporte social y de la presencia de consumo de sustancias<sup>7-9</sup>.

### CONCLUSIONES

La valoración de la conducta suicida es un eje central de la exploración psicopatológica en cualquier medio clínico y especialmente en urgencias. La valoración del riesgo de la ideación suicida requiere una evaluación de la situación fisiológica, cognitiva y psiquiátrica, ideación suicida y sus motivos, plan y letalidad, la capacidad de afrontamiento del paciente y su soporte social.

La atención de la conducta suicida en urgencias debe ser conceptualizada como parte de un proceso y debe incluir la formulación de un plan terapéutico que incluya garantizar la siguiente atención en un plazo inferior a 72 horas.

Por último, es importante desde el punto de vista administrativo y legal reflejar la valoración y el plan terapéutico en la documentación clínica del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Borrego LV, Ibarra MJZ, Molina CA, Vega AL, Pacheco-Tabuenca T, Casado-Florez I, Baca-García E. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr* 43 (3), 142-8
2. Nock MK *et al.* Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154
3. Carlborg A *et al.* Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother.* 2010; 10(7): 1153-1164
4. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(1):8-23
5. Baca-García E *et al.* Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord.* 2011 Nov;134(1-3):327-32
6. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM *et al.* Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1601-7
7. Miret BM *et al.* Suicide Risk in Psychiatric Hospitalization After Suicide Attempt. *Crisis.* 2011; Vol. 32(2):65–73
8. Baca-García *et al.* Variables Associated With Hospitalization Decisions by Emergency Psychiatrists. *Psychiatric Services* 2004; 55:792–797
9. Baca-García *et al.* Using data mining to explore complex clinical decisions: a study of hospitalization after a suicide attempt. *J Clin Psych* 2006; 67: 1124-1132



# VIGILANCIA, EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO \*

# 6

Ph. Courtet, D.de la Vega, L. Giner

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema cuya magnitud es bien conocida en el mundo de la salud, y su prevención supone un reto en muchos aspectos. Se sabe que la presencia de intentos de suicidios previos es el principal factor de riesgo conocido para el suicidio consumado y para la repetición de los intentos de suicidio. Los estudios prospectivos indican que la proporción de sujetos con una tentativa de suicidio que fallecen por suicidio se sitúa alrededor del 10%<sup>1</sup> y la mitad de estos suelen ser en los dos primeros años<sup>2</sup>. Por cada suicidio consumado se estiman entre 10-20 intentos de suicidio, y una parte de estos intentos de suicidio no llegan a atenderse en ningún dispositivo de salud. Por tanto, la prevención del suicidio requiere la identificación de estas personas y proporcionarles un tratamiento específico. La conceptualización de la conducta suicida está modificándose gracias a los datos de los que disponemos en la actualidad. Así, en la última edición de la DSM<sup>3</sup>, se ha incluido la conducta suicida dentro de las situaciones clínicas que requieren una mayor investigación antes de pasar a considerarse un trastorno. Entre los criterios propuestos, permite indicarse si este trastorno de conducta suicida sería actual (el primer año después de un intento) o en remisión temprana (entre el año y dos años posteriores al intento).

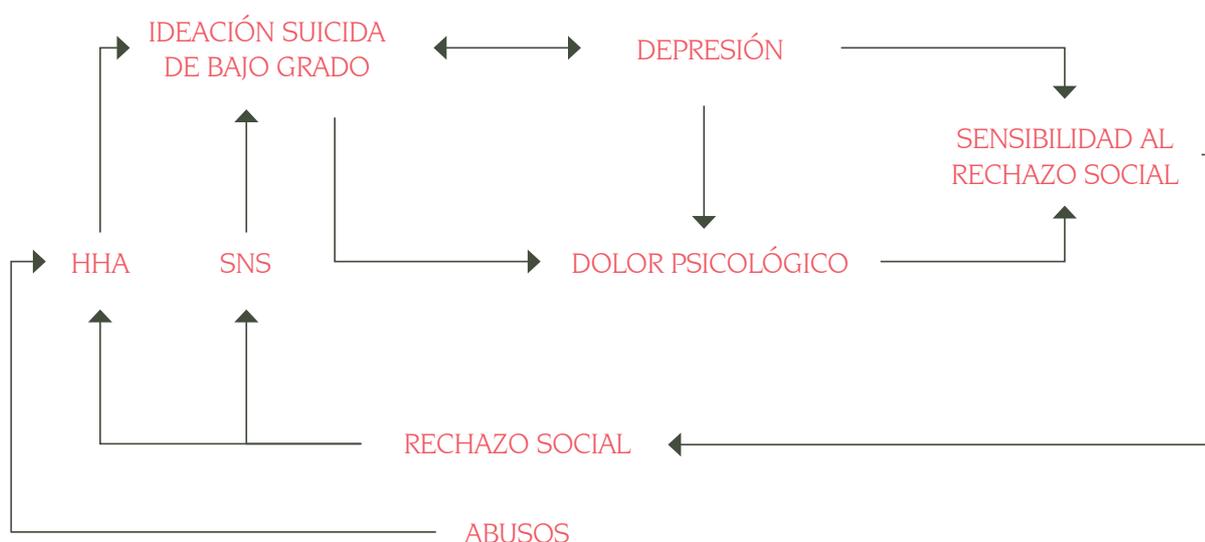
La conducta suicida como respuesta a la situación social no es una idea nueva en la suicidiología, lo que sí es novedoso es el acercamiento desde un punto de vista biológico. Sabemos que la aceptación y el rechazo social tienen influencia en la salud física, psíquica y en respuestas fisiológicas<sup>4,5</sup>. Se ha propuesto que esta influencia sea, en parte, a través de la respuesta inflamatoria regulada por el Sistema Nervioso Central (SNC). Este control central se ejerce, por un lado a través de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (que puede inhibir la transcripción de citoquinas proinflamatorias como la IL-1B, IL-6 o el TNF) y a través del sistema nervioso simpático (que favorece una respuesta inflamatoria mediante la adrenalina y noradrenalina)<sup>4</sup>. Otro elemento relacionado con esta respuesta inflamatoria es la activación del cíngulo anterior, región anatómica que es diana de citoquinas proinflamatorias periféricas y parece ser un modulador de la respuesta al estrés a través del HHA. El cíngulo anterior se ha encontrado hiperactivado en sujetos con conducta suicida. Las alteraciones en el HHA y en receptores relacionados con la respuesta inflamatoria se

---

\* Este capítulo es una versión modificada de uno ya publicado previamente en inglés: *Monitoring, Evaluation and Referral of Patients with Suicide Risk upon Hospital Admission*. En: Courtet P (ed.) *Understanding Suicide* Ed. Springer.

han relacionado tanto con la presencia de abusos físicos y sexuales en la infancia como con un mayor riesgo de suicidio en la edad adulta<sup>6,7</sup>. Existen datos que muestran la presencia de una respuesta inflamatoria de bajo grado en sujetos con intentos de suicidio y de suicidio consumado<sup>8</sup>. Por tanto, la exclusión social puede condicionar una respuesta inflamatoria, que a su vez, favorezca la sensibilidad al rechazo y produzca una mayor vulnerabilidad a la conducta suicida. Además de esto, las regiones activadas ante el rechazo social (tanto en sujetos sanos como con antecedentes de conducta suicida) están relacionadas con las zonas de dolor psicológico de los sujetos con cuadros depresivos. Una opción es que este dolor psicológico sea la expresión de esta inflamación de bajo grado ante la presencia de una mayor exclusión social, ya que mostraría una mayor sensibilidad a sufrirlo y a perpetuar la respuesta. Proponemos que los pacientes con vulnerabilidad al suicidio entrarían en un círculo vicioso de mayor sensibilidad al rechazo social, aumento del dolor psicológico (**Figura 1**).

**Figura 1.** Círculo vicioso: mayor sensibilidad al rechazo social: aumento del dolor psicológico



Shneidman proponía que las conductas suicidas representaban una respuesta para calmar el dolor psíquico<sup>9</sup>, tema recurrente en las notas suicidas<sup>10</sup>. En la actualidad, las conductas suicidas son conceptualizadas como una sensación duradera, mantenida y desagradable que resulta de una evaluación negativa de la capacidad (deficiencia) del yo<sup>11</sup>, y en las que tanto el dolor psíquico como el somático compartirían vías neuroanatómicas. Existen datos que indican que los sujetos con antecedentes de intentos de suicidio tienen un umbral al dolor disminuido, independientemente del trastorno depresivo. Para ello, nuestro grupo investigó el uso de analgésicos (opioides y no opioides) en una cohorte de 857 sujetos mayores de 65 años sin problemas de demencia durante un periodo de tres años. Entre ellos, 41 tenían antecedentes de intentos de suicidio (IS), 410 depresiones sin IS y 406 controles sanos. Los resultados indicaban un mayor consumo de analgésicos opioides entre los sujetos con tentativas de suicidio frente a los sujetos con antecedentes depresivos y sanos. Sin embargo, el consumo de analgésicos no opioides fue mayor entre los controles

sanos y depresivos que en los que habían tenido IS<sup>12</sup>. En otro estudio<sup>13</sup>, se evaluó la sensación de dolor psíquico en sujetos depresivos mediante una escala visual analógica. Se analizaron las diferencias entre aquellos que tenían antecedentes de IS frente a los que no. Se observó que la puntuación al dolor psicológico fue mayor entre los que habían intentado quitarse la vida anteriormente frente a los que no y, además, se correlacionó la intensidad y la frecuencia de la ideación suicida con una mayor puntuación al dolor.

### NUESTRA EXPERIENCIA EN UNIDAD HOSPITALARIA ESPECÍFICA

En nuestra unidad específica del Hospital Universitario de Montpellier atendemos a sujetos con tentativas de suicidio e ideación de suicidio grave. La actuación que proponemos ante estos sujetos se basa en la relación que hemos descrito entre el dolor psicológico y el riesgo de suicidio. El objetivo principal es reducir al máximo el dolor que está sintiendo y que le ha llevado a planificar o realizar una tentativa de suicidio. Nuestra experiencia nos indica que transmitir comprensión del sufrimiento y el objetivo de mitigarlo permite crear una alianza a pesar de que todos asuman que la situación vital de la persona afectada no pueda modificarse desde el ingreso.

Tenemos diseñado un plan terapéutico mediante un ingreso, de una semana de duración aproximadamente, en una unidad psiquiátrica abierta. Durante esta semana se realizan los siguientes objetivos:

#### 1. Evaluación completa del paciente y su entorno

Durante la semana que dura el ingreso se puede realizar una valoración pormenorizada de muchos aspectos. Aunque sabemos que habitualmente no se suelen realizar en las unidades de hospitalización ni de urgencias psiquiátricas, es muy conveniente el uso de evaluaciones estandarizadas que recojan variables relacionadas con el riesgo de suicidio. Recoger todos estos datos nos permite realizar una valoración psiquiátrica más exhaustiva y correcta, lo cual es beneficioso tanto en la práctica clínica como a efectos legales. Asimismo, el conocer aspectos del caso desde distintos puntos de vista nos ayudará a ofrecer una ayuda más personalizada a los familiares del paciente. Por una parte, identificar situaciones de riesgo para poder prevenir la repetición; por otra, ayudar a los familiares gestionar afectivamente el impacto de la conducta suicida de un ser querido. Por tanto, la familia debe participar en el tratamiento siempre que sea factible. Se debe involucrar a la familia en el proceso de psicoeducación, para que pueda identificar situaciones de especial riesgo y que sepa cómo actuar y pedir ayuda. Además, la familia juega un papel fundamental a la hora de construir la alianza terapéutica.

#### 2. Disminución del dolor psicológico mediante sedación-relajación

Este es uno de los principales objetivos durante el ingreso. Para ello, nos valemos de tratamientos que actúen sobre los síntomas asociados a este síndrome de riesgo suicida, como por ejemplo, la inquietud psicomotriz, el insomnio, la inestabilidad y labilidad afectiva, la ira, irritabilidad, la agresividad o la ansiedad<sup>14</sup>. La idea terapéutica es aplicar tratamientos sedativos durante unos días para frenar la escalada de dolor. Lógicamente y dependiendo del caso concreto se utilizarán en mayor o menor

medida fármacos benzodiacepínicos, neurolépticos, antiepilépticos, etc. Estas intervenciones requieren una vigilancia intensiva por parte de enfermería, por el propio riesgo de suicidio y por los efectos de la medicación recibida.

### 3. Elección de los tratamientos en fase aguda

En esta fase, además del tratamiento sintomático pautado para disminuir el dolor (mediante la sedación y relajación), se pueden iniciar otros tratamientos etiológicos según el diagnóstico que se sospeche, y que serán continuados una vez sea dado de alta. Sin embargo, en los últimos años se van perfilando tratamientos específicamente antisuicidas. Numerosos ensayos avalan la acción de la ketamina sobre la ideación suicida y la sintomatología depresiva, mostrando desde la primera hora tras la administración del fármaco un efecto muy potente sobre la ideación suicida en depresivos<sup>15,16</sup>. Estos resultados tan robustos y espectaculares ofrecen nuevas formas de acercamiento y manejo del riesgo suicida desde los dispositivos de urgencias. El mecanismo por el que se explica la efectividad de la ketamina sobre las ideas de suicidio no está claro, aunque pudiera ser que actuase no solo como antidepresivo, sino que aliviase el dolor psicológico que señalábamos anteriormente a través de su efecto antiinflamatorio por la vía del glutamato<sup>15,17</sup>.

### 4. Intervención psicológica en crisis

Además de los tratamientos psicofarmacológicos para paliar la sensación de dolor psíquico, es imprescindible el abordaje psicoterapéutico con la misma finalidad. En nuestra unidad se aplica la terapia de aceptación y compromiso (ACT), un tipo de terapia contextual o de tercera generación de terapias conductuales<sup>18</sup>. Resumiendo enormemente esta técnica, sus objetivos serían el desarrollar habilidades para gestionar eficazmente sentimientos y pensamientos negativos que nos impiden ser eficaces en la vida, sin evitarlos y sin sucumbir ante ellos; para ello también se requiere identificar y tener presente los aspectos que le dan sentido a la existencia. Combina por tanto procesos de *mindfulness*, aceptación, cambio conductual y de compromiso. En nuestro caso, hemos podido comprobar en un estudio naturalístico cómo la disminución en la gravedad de la ideación suicida se relacionaba con la adquisición de habilidades de aceptación en lugar de la mejoría en los síntomas depresivos, lo que sugiere que la ACT podría actuar sobre otras dimensiones relacionadas con el riesgo suicida como el dolor psíquico o la rigidez cognitiva en lugar del estado afectivo<sup>19</sup>. En la actualidad estamos llevando a cabo un estudio aleatorizado para poder confirmar estos datos tan prometedores.

### 5. Reuniones de equipo de consenso diagnóstico y orientación terapéutica

Es fundamental perfilar el diagnóstico de la persona con riesgo de suicidio para poder realizar un tratamiento adecuado. Este primer paso debe quedar establecido durante esa semana de ingreso hospitalario. Una vez establecido el diagnóstico, la elección del tratamiento es un segundo paso hacia una correcta prevención de conductas suicidas. Los diagnósticos que se asocian con más frecuencia al intento de suicidio (IS) son el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad<sup>20</sup>, por tanto, los antidepresivos están presentes en la gran mayoría de los tratamientos de estas pacientes.

Por un lado, sabemos por los estudios epidemiológicos la influencia que tiene la prescripción de antidepresivos en la reducción de los suicidios consumados en distintos países<sup>21,22</sup>. Sin embargo, también es conocido el riesgo aparición de conductas suicidas en las primeras semanas tras el inicio del tratamiento antidepresivo. En población infanto-juvenil parece que este riesgo de conductas suicidas es incluso mayor que en adultos<sup>23</sup>. Por tanto, si bien el beneficio de tratar la depresión mediante antidepresivos es evidente, hay que tener precaución en el periodo inicial del tratamiento. Con idea de identificar factores de riesgo relacionados con la repetición de intentos de suicidios, realizamos un estudio naturalístico sobre 4357 pacientes durante las seis primeras semanas tras la introducción de un antidepresivo<sup>24</sup>. En esas seis semanas, un 1,7% de los pacientes tuvieron un nuevo IS. Los factores que se asociaron de forma independiente a un mayor riesgo fueron: el empeoramiento de los síntomas depresivos, cambio de antidepresivo, ausencia de eficacia del tratamiento, presencia de depresión resistente. Otros factores asociados fueron el aumento de la desesperanza, antecedentes de IS y presencia de alcoholismo. En otro estudio, se observó que aquellos sujetos que comenzaban el tratamiento con antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) a una dosis superior a la recomendada presentaban el doble de riesgo de aparición de ideación suicida<sup>25</sup>. Estos datos son acordes a lo previamente publicados por *Miller et al.*<sup>26</sup> quienes también señalaban un mayor riesgo de IS al comienzo de un tratamiento con ISRS a dosis elevadas de forma independiente a la gravedad del cuadro depresivo. Si bien la recomendación habitual es iniciar con dosis menores e ir subiendo despacio<sup>27</sup>, se estima que un tercio de los pacientes que inician tratamiento antidepresivo lo hacen a dosis superiores a las aconsejadas.

Además de los antidepresivos, existen moléculas que han demostrado específicamente su utilidad en el tratamiento de las conductas suicidas. En primer lugar, queremos destacar el efecto antisuicidio del litio en el trastorno bipolar<sup>28</sup>. Pero además de su utilidad en esta enfermedad, numerosos estudios sugieren el efecto anti-suicidio del litio sobre otras poblaciones y de forma independiente a su función timoreguladora<sup>29</sup>.

Entre los endofenotipos de los sujetos con mayor vulnerabilidad al suicidio se encuentran la impulsividad y la agresividad, el trastorno depresivo mayor de inicio precoz, aspectos relacionados con la función neurocognitiva (como la toma de decisiones) y la sobre-respuesta de cortisol al estrés social<sup>30,32</sup>. Recientemente hemos comunicado la influencia positiva del litio en la toma de decisiones en pacientes bipolares eutímicos<sup>33</sup>. Esto podría explicar que el efecto antisuicida del litio estaría mediado por una regulación en la toma de decisiones. Lógicamente, estos datos deben ser confirmados en estudios controlados y aleatorizados.

Existen otros fármacos en los que también se ha observado una protección frente a las conductas suicidas. Tanto el ácido valproico como la carbamazepina han demostrado tener un efecto protector sobre la conducta suicida, si bien éste efecto parece ser menor que el observado en el litio<sup>34,35</sup>. La clozapina es otro fármaco que ha demostrado ejercer un efecto protector en la conducta suicida<sup>36</sup>; además de tener la indicación para esquizofrenia resistente, desde el año 2003 es el único fármaco aprobado para el tratamiento de la conducta suicida asociada a la esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SEGUIMIENTO INMEDIATO

Después del ingreso en la unidad hospitalaria es fundamental realizar un seguimiento ambulatorio. El paso de un dispositivo a otro ha de hacerse de forma que favorezca la continuidad de la atención, para que los pacientes no dejen el tratamiento y acudan a las citas previstas. Puede realizarse un periodo de transición entre la atención hospitalaria y la ambulatoria, en cualquiera de los dos dispositivos o incluso en consultas externas en el mismo hospital, en el que se haga un seguimiento con más frecuencia hasta que se asegure la adherencia a un seguimiento ambulatorio. En todo paciente que se evalúe el riesgo suicida, y en este periodo de alta reciente especialmente, es importante diferenciar los factores asociados con la ideación suicida frente a aquellos relacionados con el paso al acto en un intento de suicidio. Un estudio a nivel mundial en que se entrevistaron a 9282 sujetos indicaba que favorecen la presencia de ideación suicida los acontecimientos vitales adversos y la propia sintomatología depresiva, mientras que el paso al intento estaba influido por la presencia de los trastornos de ansiedad, el consumo de tóxicos, la comorbilidad psiquiátrica y los rasgos de impulsividad<sup>37</sup>. El estudio ya clásico de Fawcett<sup>38</sup> indicaba que la presencia de trastornos ansiosos, insomnio y anhedonia eran factores de riesgo de suicidio a corto plazo en sujetos con trastorno depresivo, además del consumo de alcohol y la presencia de diagnóstico de bipolar. En un trabajo en el que analizamos los factores relacionados con la repetición de la tentativa de suicidio en un grupo de 1349 sujetos españoles y franceses con intentos de suicidio, resultó que el único diagnóstico que se relacionaba con la repetición del IS fue el diagnóstico de trastorno de ansiedad<sup>39</sup>. Por todo ello, tiene sentido prestar especial atención a la presencia o cambios en la sintomatología ansiosa a la hora de realizar el seguimiento inmediato. Pero no solo hay que interesarse por los síntomas en el seguimiento, hay que evaluar periódicamente el riesgo de suicidio. Es comprensible que una vez pasado el momento agudo de crisis suicida, se preste menos atención al "estado suicida" en el seguimiento y se hagan mayores esfuerzos clínicos en el tratamiento de la patología de base. Sin embargo, las corrientes de clasificación actuales, como se indicó anteriormente, proponen incluir a la conducta suicida como un tipo de trastorno entre las enfermedades mentales<sup>3</sup>. Este paso a segundo plano del riesgo de suicidio una vez ha pasado la tormenta se puede deber, en parte, al hecho de que no hay forma de codificar el riesgo de suicidio en la clasificación actual de enfermedades y el hecho puntual del IS puede difumarse en el/los diagnóstico/s que se le asignen a la persona. Esto hace que veamos muy recomendable tener presente la evaluación del riesgo de suicidio en el seguimiento de toda patología psiquiátrica en general y en esta población en particular, mediante escalas diseñadas a tal efecto. Una de estas escalas es la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS)<sup>40</sup> recomendada por la *Food and Drug Administration* (FDA) americana. Esta escala y su versión autoaplicada electrónica han demostrado poseer un poder predictivo de IS en el año siguiente en distintas poblaciones y diagnósticos<sup>41</sup>.

Por último, no debemos olvidar la salud física de los pacientes. Existen numerosos datos que indican que la salud física de los pacientes en seguimiento psiquiátrico es peor que en el resto de la población<sup>42-44</sup>. Igualmente, en sujetos depresivos también se ha identificado una propensión a padecer problemas cardiovasculares<sup>45</sup>. En el tema que nos ocupa, las personas que tienen conducta suicida también presentan un mayor riesgo de muerte prematura.

Bergen *et al.*<sup>46</sup> analizaron una cohorte de 30 950 personas con IS durante 6 años y observaron que durante ese periodo fallecieron un 6,1%, con un riesgo de muerte natural entre el 2 y el 7,5 mayor que la población general y con una pérdida de años potenciales de alrededor de 25 años. Las enfermedades más relacionadas fueron las cardiovasculares y las digestivas.

### SEGUIMIENTO INMEDIATO EN EL PRESENTE Y EL FUTURO PRÓXIMO

Sabemos que hay un porcentaje de sujetos identificados como pacientes de riesgo, que, a pesar de que se les ha dado una atención correcta en el dispositivo adecuado, abandonan o mantienen irregularmente el seguimiento y el tratamiento. Para poder abordar este problema debemos entender que parte de los factores relacionados con el riesgo de suicidio también suponen un obstáculo a la hora de poder atender a estas personas. Entre estos obstáculos y factores de riesgo de conducta suicida se encuentran la impulsividad, la hostilidad, las alteraciones relacionadas con la toma de decisiones, la disregulación emocional, la hipersensibilidad al rechazo social y la menor percepción de apoyo social. En cifras, sobre un 60% de los sujetos que han realizado un IS no tienen un seguimiento mayor de una semana, el 43% de los suicidios suceden en el mes posterior a un alta hospitalaria y el 47% antes de la primera visita de seguimiento<sup>47-49</sup>. Es posible que la atención psiquiátrica en estos casos deba ser más proactiva y tomar la iniciativa en el contacto. Hace ya algunos años se vienen replicando estudios mediante ensayos aleatorizados que indican una menor recidiva en los IS en personas que han recibido algún contacto por parte del servicio que les atendió<sup>50-53</sup>. Estos contactos, por correo o por teléfono, transmitían interés por el estado de la persona y les invitaba a interactuar si así lo deseaban. Una posible explicación es que esta atención les hacía sentirse más cuidados y conectados socialmente. Debemos reflexionar sobre la distancia que hay entre lo que necesitan los pacientes suicidas y lo que realmente ofrecemos como organización asistencial.

Esta distancia podría disminuir a través del uso de nuevas tecnologías, que son de fácil uso y accesibles. En los últimos años se han desarrollado numerosas aplicaciones de dispositivos móviles que facilitan la comunicación y la monitorización del riesgo en la población suicida.

En nuestro servicio, hemos desarrollado un dispositivo de seguimiento después del alta con el objetivo de mantener el beneficio de la hospitalización breve en la unidad especializada, disminuir el periodo sin evaluación y atenuar el efecto del cambio de ingreso a ambulatorio. En este dispositivo el seguimiento debe realizarse el primer momento tras el alta y durante dos semanas. Se realizan cuatro contactos presenciales (consulta médica o de enfermería) y posteriormente a esas dos semanas, se realizan contactos telefónicos con o sin citas presenciales. Además, se pueden plantear visitas domiciliarias en casos sin mejoría. El objetivo de este dispositivo es asegurar la continuidad de cuidados durante los primeros tres meses tras la crisis suicida antes de derivarlo a atención ambulatoria psiquiátrica o de atención primaria. Durante todo el proceso, enfermería se ocupa de la coordinación entre los distintos dispositivos para ayudar al paciente a estar atendido en todo momento.

En varias regiones francesas se están implementados dispositivos de atención intensiva para el periodo de transición del ingreso hospitalario a la atención ambulatoria. El contacto

con el paciente se basa en un algoritmo que tiene en cuenta el tipo de paciente<sup>54</sup>. En este procedimiento, se contacta con todos los IS y si se detecta una situación de riesgo de suicidio se concierta una cita de urgencia para intentar resolverla. En pacientes con IS previos se contacta telefónicamente entre el día 10 y 21, y en caso de ser ilocalizables o no ser cumplidores, se le envía una tarjeta postal. También se está realizando un ensayo clínico aleatorizado, controlado, multicéntrico, de dos años de duración, sobre la eficacia en la prevención de las repeticiones mediante el uso de mensajes de texto (SMS) en sujetos que han sido dados de alta tras un intento de suicidio<sup>55</sup>.

En nuestro hospital realizamos una evaluación ecológica mediante cuestionarios electrónicos realizados en el entorno real del paciente durante una semana. La población estudiada se dividía en cuatro grupos: controles sanos, sujetos con antecedentes de depresión en eutimia, sujetos con antecedentes previos de IS y sujetos dados de alta recientemente tras un IS<sup>56</sup>. La tasa de participación en el estudio fueron especialmente altas, así como la cumplimentación de los cuestionarios de forma repetida. Se pretendía aclarar la existencia de una posible influencia negativa de la metodología y la posible intrusión en la vida del sujeto dada la poca experiencia que existe al respecto. Sin embargo, los datos que se obtuvieron indicaron que ni los pensamientos negativos ni la ideación suicida estaban asociados a la duración del estudio, indicando la ausencia de iatrogenia. Lo que indicaría la posibilidad de uso de estos tipos de evaluaciones sin riesgo de influir negativamente.

### CONCLUSIONES

Como conclusión nos gustaría recordar que hay estudios que nos indican el camino a seguir y que aunque la prevención del suicidio es muy complicada, conocemos señales que nos indican cuando existe una situación de riesgo. Dado que sabemos que el haber tenido un IS es el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado, la prevención primaria, secundaria y terciaria es posible.

En materia de prevención implementar el plan *Safety First* utilizado en el Reino Unido es muy recomendable. En resumen, se trata de impedir el acceso a los métodos de suicidio en el hospital, promover la continuidad de la atención y evitar el abandono de seguimiento de estos pacientes favoreciendo la adherencia. Tampoco habría que olvidar el sensibilizar a los profesionales sanitarios mediante actividades formativas de reciclaje cada cierto tiempo.

### BIBLIOGRAFÍA

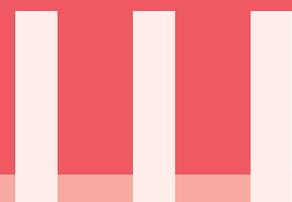
1. Osvath P, Kelemen G, Erdos MB, Voros V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*. 2003;24(4):151-4
2. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(2):117-21
3. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013
4. Eisenberger NI, Cole SW. Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health. *Nat Neurosci*. 2012;15(5):669-74
5. Meyer-Lindenberg A, Tost H. Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. *Nat Neurosci*. 2012;15(5):663-8
6. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Genty C, Olie E, de León-Martínez V, et al. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord*. 2012
7. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009;12(3):342-8
8. Courtet P, Giner L, Seneque M, Guillaume S, Olie E, Ducasse D. Neuroinflammation in suicide: Toward a comprehensive model. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2015:1-23
9. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(3):145-7
10. Valente SM. Messages of psychiatric patients who attempted or committed suicide. *Clin Nurs-Res*. 1994;3(4):316-33
11. Meerwijk EL, Chesla CA, Weiss SJ. Psychological pain and reduced resting-state heart rate variability in adults with a history of depression. *Psychophysiology*. 2014;51(3):247-56
12. 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
13. 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;120(1-3):226-30
14. Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):87-90
15. Ballard ED, Ionescu DF, Vande Voort JL, Niciu MJ, Richards EM, Luckenbaugh DA, et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2014;58:161-6
16. Diazgranados N, Ibrahim LA, Brutsche NE, Ameli R, Henter ID, Luckenbaugh DA, et al. Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1605-11
17. Loix S, de Kock M, Henin P. The anti-inflammatory effects of ketamine: state of the art. *Acta Anaesthesiol Belg*. 2011;62(1):47-58
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25
19. Ducasse D, Rene E, Beziat S, Guillaume S, Courtet P, Olie E. Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 2014;83(6):374-6
20. Giner L, Jaussent I, Olie E, Beziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, et al. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *The Journal of clinical psychiatry*. 2014;75(3):e191-7
21. Nakagawa A, Grunebaum MF, Ellis SP, Oquendo MA, Kashima H, Gibbons RD, et al. Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(6):908-16

22. Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11):1456-62
23. Termorshuizen F, Palmen SJ, Heerdink ER. Suicide behavior before and after the start with antidepressants: a high persistent risk in the first month of treatment among the young. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2015
24. Courtet P, Jaussent I, Lopez-Castroman J, Gorwood P. Poor response to antidepressants predicts new suicidal ideas and behavior in depressed outpatients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(10):1650-8
25. Courtet P, Lopez-Castroman J, Jaussent I, Gorwood PA. Antidepressant dosage and suicidal ideation. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1863-5
26. Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Sturmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med*. 2014;174(6):899-909
27. Brent DA, Gibbons R. Initial dose of antidepressant and suicidal behavior in youth: start low, go slow. *JAMA Intern Med*. 2014;174(6):909-11
28. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f3646
29. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003;64 Suppl 5:44-52
30. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 2009;65(7):556-63
31. Courtet P, Jollant F, Castelnaud D, Buresi C, Malafosse A. Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am J Med GenetCSeminMed Genet*. 2005;133(1):25-33
32. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):304-10
33. Adida M, Jollant F, Clark L, Guillaume S, Goodwin GM, Azorin JM, et al. Lithium might be associated with better decision-making performance in euthymic bipolar patients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(6):788-97
34. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risks during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. *Pharmacopsychiatry*. 2009;42(2):72-5
35. Paterno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, et al. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA*. 2010;303(14):1401-9
36. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):82-91
37. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(8):868-76
38. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(9):1189-94
39. Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez Mde L, Jaussent I, Alegria AA, Artes-Rodriguez A, Fred P, et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res*. 2011;45(5):619-25
40. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77
41. Greist JH, Mundt JC, Gwaltney CJ, Jefferson JW, Posner K. Predictive Value of Baseline Electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale (eC-SSRS) Assessments for Identifying Risk of Prospective Reports of Suicidal Behavior During Research Participation. *Innov Clin Neurosci*. 2014;11(9-10):23-31
42. Van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:426

43. Von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E, Jones P. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2009(438):15-21
44. Young AH, Grunze H. Physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2013(442):3-10
45. Bradley SM, Rumsfeld JS. Depression and cardiovascular disease. *Trends Cardiovasc Med.* 2015
46. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, *et al.* Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet.* 2012;380(9853):1568-74
47. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, *et al.* Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *PsycholMed.* 2009;39(3):443-9
48. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *PsychiatrServ.* 2010;61(12):1183-91
49. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *TranslPsychiatry.* 2011;1
50. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.* 2001;52(6):828-33
51. 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;331(7520):805
52. 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;332(7552):1241-5
53. Cebria AI, Parra I, Pamias 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;147(1-3):269-76
54. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, *et al.* ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry.* 2011;11:1
55. Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, *et al.* SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry.* 2014;14:294
56. Husky M, Olie E, Guillaume S, Genty C, Swendsen J, Courtet P. Feasibility and validity of ecological momentary assessment in the investigation of suicide risk. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):564-70



# ABORDAJES PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA





# MEDIADORES ENTRE EL MALTRATO INFANTIL Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ADULTO



J. López-Castroman

## INTRODUCCIÓN

La exposición a eventos traumáticos en la infancia se ha asociado consistentemente con la conducta suicida en la edad adulta, ya sea en forma de ideación, intentos o suicidio consumado. Desgraciadamente, el maltrato en la infancia es frecuente y afecta a la capacidad de funcionamiento del individuo en múltiples áreas: comportamiento, salud física y salud mental. Los problemas de salud física se han ligado al rebasamiento de los sistemas biológicos de reacción al estrés, razón por la que se ha acuñado el término de "carga alostática" que indicaría los esfuerzos del organismo en desarrollo para mantener el equilibrio en presencia de un estrés excesivo, bien por ser crónico o por ser demasiado intenso<sup>1</sup>. De forma congruente, la literatura ha demostrado que existe una relación dosis-respuesta entre el padecimiento de un evento traumático en la infancia y el desarrollo de trastornos mentales y conducta suicida en el adulto. La naturaleza y/o la severidad del trauma pueden determinar el momento y la gravedad del comportamiento suicida. Además, el maltrato infantil se transmite a través de las generaciones junto con otro factor de vulnerabilidad suicida, los antecedentes familiares de conducta suicida. Estos dos factores están íntimamente asociados y su presencia configura un fenotipo de riesgo suicida probablemente mediado por rasgos impulsivos o agresivos de personalidad. Por otro lado, la existencia de un correlato biológico al maltrato infantil no ofrece dudas, hasta el punto de que cada tipo de maltrato puede dejar una huella diferente en los estudios de neuroimagen. Las poblaciones maltratadas muestran también modificaciones epigenéticas en la edad adulta que les hacen más sensibles a los estresores. En este contexto, la experiencia de nuevos eventos traumáticos (a menudo en forma de revictimización) puede precipitar la conducta suicida, especialmente en presencia de un trastorno mental y en particular de un trastorno por estrés postraumático. La alta prevalencia de maltrato infantil entre los suicidas nos obliga a replantear el concepto de vulnerabilidad suicida (estrés-diátesis) desde la perspectiva del neurodesarrollo. Los insultos sobre un cerebro en desarrollo podrían explicar las alteraciones posteriores en aspectos psicológicos importantes como la toma de decisiones, la regulación emocional o la impulsividad. Aunque la relación entre la exposición a experiencias traumáticas infantiles y la conducta suicida sea evidente, a día de hoy no conocemos exactamente ni los mecanismos de transmisión del riesgo ni los factores de resiliencia que protegen a algunos de los niños abusados.

### EL MALTRATO INFANTIL Y LA CONDUCTA SUICIDA

El abuso o maltrato infantil es desgraciadamente muy frecuente y, aunque su relación con la conducta suicida es conocida desde hace tiempo, ha sido a lo largo de las últimas décadas cuando más hemos aprendido sobre ella. UNICEF calcula que uno de cada cuatro niños (23%) sufre abuso físico independientemente de su sexo, y una de cada cinco niñas sufre abuso sexual (20%), siendo las cifras de abuso sexual inferiores entre los varones (5–10%)<sup>2</sup>. El abuso emocional es probablemente más frecuente, pero no hay estimaciones precisas. Aunque estos datos son globales, podemos encontrar cifras muy altas también en los países de nuestro entorno. Por ejemplo, en EE.UU. la prevalencia de cualquiera de estos tipos de abuso (emocional, físico o sexual) se sitúa entre un 15% y un 27%, aunque los diferentes tipos de abuso se solapan a menudo y las mujeres reconocen con más frecuencia haber sufrido abusos emocionales o sexuales<sup>3</sup>. Es importante recordar que aunque la mayoría de estudios se centran en la comisión de un abuso, el maltrato también puede producirse por negligencia u omisión, y esto tendrá también consecuencias. Efectivamente, el abuso emocional y la negligencia han demostrado ser mejores predictores de depresión en la edad adulta que el abuso físico o sexual<sup>4</sup>.

El maltrato en la infancia aumenta el riesgo de trastornos de conducta y problemas de salud mental y física. De hecho, en general el maltrato aumenta el riesgo de todo tipo de eventos de salud negativos incluyendo una peor salud física y mental (depresión), y eventualmente un mayor riesgo de conducta suicida. El riesgo de conductas suicidas es independiente del riesgo de padecer un trastorno mental, como la depresión, el trastorno post-traumático (PTSD) o el trastorno de personalidad (TP) que se asocian también al maltrato infantil. Para comprender la importancia del maltrato infantil sobre la conducta suicida baste recordar el artículo de *Ajifi et al.*<sup>5</sup> que estima el riesgo atribuible al maltrato en la infancia en un rango del 33-50% en función del sexo.

*Dube et al.*<sup>6</sup> cuantificaron el riesgo asociado a las experiencias infantiles adversas en un gran estudio retrospectivo sobre una cohorte de 17 337 adultos registrados en centros de Atención Primaria americanos. De acuerdo con sus resultados, el riesgo de hacer un intento de suicidio a lo largo de la vida se multiplica por cinco en caso de abuso emocional, y por 3,4 en caso de abuso sexual o físico con respecto a los pacientes que no describen este tipo de traumas, independientemente de los factores demográficos y clínicos. Por otro lado, a mayor número de experiencias (de diferente tipo), mayor riesgo de hacer un intento de suicidio. Al controlar por factores de riesgo clásicos para la conducta suicida como el abuso de alcohol, el uso de sustancias, o el ánimo depresivo, el riesgo progresivo asociado con un mayor número de experiencias adversas se moderaba pero sin llegar a desaparecer.

En la misma línea, varias publicaciones de los últimos años verifican la relación dosis-respuesta entre el maltrato y la conducta suicida. Es decir, si el maltrato es sexual en lugar de solo físico, si hay episodios repetidos o se describe como más doloroso, el riesgo de realizar intentos de suicidio aumenta y estos intentos tendrán características de mayor gravedad<sup>7,8</sup>. Por ejemplo, el abuso sexual se asocia con intentos de suicidio más precoces, depresión más severa y trastorno límite de la personalidad<sup>6,9</sup>. Un ejemplo de la relación dosis-respuesta lo encontramos en un estudio que realizamos con una pequeña

muestra de pacientes deprimidos que habían sufrido abuso sexual<sup>10</sup>. Las víctimas que habían intentado suicidarse describían abusos más prolongados y recibían más frecuentemente diagnósticos de trastorno de personalidad. Además, cuanto más temprano se había producido el abuso sexual, la intencionalidad del acto suicida se revelaba mayor incluso tras controlar por la edad, el sexo y los trastornos de personalidad. Estos resultados resaltan la importancia de evaluar las características del abuso, por ejemplo la edad en que comenzó, a la hora de estimar el riesgo de conducta suicida.

En la práctica, diferentes tipos de maltrato suelen coexistir entre sí y con otros problemas como puede ser el presenciar actos de violencia, conflictos entre los padres o las conductas suicidas en familiares cercanos, haciendo más difícil desenmarañar el efecto de cada tipo de trauma. Es importante recordar aquí que también existen factores de protección sobre los que se puede actuar. Por ejemplo, la percepción de apoyo social ha demostrado proteger contra el desarrollo de depresión en adultos que han sufrido maltrato o negligencia en la infancia<sup>4</sup>.

Por otro lado, la evaluación del trauma es en si misma problemática ya que casi siempre es retrospectiva, y en ocasiones muy posterior al trauma. Varios autores se han interrogado sobre la validez y fiabilidad de las evaluaciones retrospectivas del maltrato infantil<sup>11</sup>. Los estudios que han comparado la evaluación del trauma en diferentes momentos (test-retest) demuestran en general que la fiabilidad, sobre todo en población general y cuando el tiempo entre evaluaciones es largo, es bastante baja<sup>12</sup>. La falta de fiabilidad esta probablemente relacionada con el llamado sesgo de memoria, que puede llevar a infraestimar o sobreestimar los eventos traumáticos, y que puede estar condicionada por la coexistencia de psicopatología<sup>13</sup>. En otras palabras, ¿evaluamos de la misma forma los eventos adversos cuando estamos deprimidos? Finalmente, dos aspectos a considerar en la evaluación del trauma infantil es el efecto entrenamiento por la utilización de cuestionarios y la importancia del tipo de evaluación: más subjetiva como en el *Childhood Trauma Questionnaire*<sup>14</sup> o más objetiva, con datos específicos sobre las circunstancias del abuso, como el *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA.Q)<sup>15</sup>.

#### FACTORES BIOLÓGICOS

La disregulación del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA) se ha evidenciado tanto en sujetos que han sufrido maltrato en la infancia como en aquellos que han realizado conductas suicidas. De hecho, un estudio reciente demuestra que dos genes del eje HHA, CRHBP y FKBP5, interaccionan con el maltrato infantil aumentando el riesgo de intentos de suicidio<sup>16</sup>. En el mismo sentido, el maltrato deja una huella genética que altera el eje HHA en animales de laboratorio, y recientemente esto ha sido también demostrado en el ser humano. En un importante estudio se comparo tres grupos de personas: fallecidos por suicidio que habían sufrido maltratos en la infancia, fallecidos por suicidio que no habían sufrido maltrato y fallecidos que no habían sufrido maltrato ni intentado suicidarse. Los autores demostraron que los suicidas maltratados presentaban una mayor metilación del gen NR3C1, promotor de un receptor glucocorticoide, y una menor actividad del mismo (menor nivel de ARN mensajero)<sup>17</sup>.

La existencia de un correlato biológico que aparece en paralelo con los traumatismos en la infancia se ha evidenciado con varios estudios de neuroimagen. En general, los estudios confirman una reducción del volumen de varias estructuras cerebrales como el cuerpo caloso, el hipocampo, el cíngulo anterior o la amígdala, entre las personas que han sufrido un maltrato severo en su infancia<sup>18</sup>. Curiosamente el tipo de abuso parece correlacionarse específicamente con el adelgazamiento de ciertas regiones corticales. Por ejemplo, el abuso sexual con el adelgazamiento de la representación genital en la corteza, el abuso emocional con el adelgazamiento de regiones asociadas con la auto-evaluación y ser testigo de violencia con el adelgazamiento de la corteza visual<sup>19</sup>.

### TRASTORNOS MENTALES

El abuso en la infancia, especialmente en la medida en la que es interpersonal, intencional y crónico, se ha asociado a múltiples trastornos mentales como el PTSD, la depresión, la ansiedad, el comportamiento antisocial o el consumo de sustancias. De hecho, la investigación reciente sugiere una vulnerabilidad generalizada a cualquier dimensión psicopatológica en las personas que han sido objeto de abuso, aunque probablemente esta vulnerabilidad sea modulada por el sexo y el tipo de abuso<sup>20</sup>.

Un ejemplo de la relación entre los trastornos mentales y el maltrato infantil lo encontramos en el PTSD. Ambos, PTSD y maltrato, son factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas<sup>21</sup>. Un estudio en población adolescente americana ha demostrado además que en los eventos traumáticos sin posterior desarrollo de síntomas de PTSD no están necesariamente asociados a la conducta suicida<sup>22</sup>. Entre los trastornos mentales, el PTSD es el cuarto contribuyente a los intentos de suicidio y el maltrato infantil es predictor de un futuro PTSD y de episodios de re-victimización, especialmente entre mujeres que han sufrido abuso sexual<sup>21,23</sup>.

En una muestra de 726 pacientes que habían realizado un intento de suicidio, comparamos a aquellos que habían sufrido maltrato en la infancia y PTSD, con los que solo habían sufrido una o ninguna de las dos condiciones con respecto a las características de sus intentos de suicidio<sup>24</sup>. Nuestros resultados muestran que aquellas personas que sufren algún tipo de abuso en la infancia (emocional, físico o sexual) y además cumplen criterios de un diagnóstico de PTSD a lo largo de su vida van a realizar más intentos de suicidio, con mayor intencionalidad, y mayor severidad comparados con los otros dos grupos. Hay tres factores asociados al abuso en la infancia que pueden explicar nuestros resultados: las personas que han sufrido abusos presentan una mayor reactividad a los eventos vitales<sup>25</sup>, un menor soporte social<sup>26</sup> y más problemas de disregulación emocional<sup>27</sup>.

Una adversidad familiar que se asocia a menudo con el maltrato infantil, y que se transmite independientemente de los trastornos mentales<sup>28</sup>, es la historia de conducta suicida en la familia. Se estima que entre 12-23% de los suicidas tienen un familiar de primer grado que ha intentado suicidarse<sup>29</sup>. Dado que el maltrato infantil aumenta las conductas suicidas, de forma circular encontramos familias en las que coexisten historias de conducta suicida y maltrato infantil<sup>30,31</sup>. La importancia de este hecho radica en que los pacientes suicidas que han vivido ambos tipos de adversidades presentan un fenotipo de

mayor riesgo que los pacientes con una sola de estas condiciones o ninguna de ellas<sup>32</sup>. Son más impulsivos, buscadores de novedades, y puntúan más alto en desesperanza y labilidad emocional. Consecuentemente sus tentativas de suicidio se producen antes (más temprana edad de debut), y realizan un mayor número de tentativas. Por tanto, la historia familiar de conducta suicida, que puede ser evaluada de forma muy sencilla, puede ayudarnos a estimar el riesgo de los pacientes suicidas.

#### RASGOS DE PERSONALIDAD

Los traumatismos precoces, incluyendo la historia familiar de conducta suicida, aumentan la impulsividad y reducen la capacidad de regular nuestras emociones<sup>29,33</sup>. Por este motivo el endofenotipo de impulsividad-agresión ha sido sugerido por varios autores como una diana clínica para la prevención de la conducta suicida<sup>34,35</sup>.

En una muestra de 696 supervivientes a una tentativa de suicidio comparamos la impulsividad-agresión (medida con diferentes escalas BIS, BDHI, STAXI Ira) con respecto al abuso infantil y la historia familiar de conducta suicida<sup>36</sup>. Los traumatismos precoces se asociaron con niveles más altos de impulsividad-agresión (especialmente hostilidad). Inversamente, los suicidas con rasgos elevados de impulsividad, con respecto a los poco impulsivos, se asociaron de acuerdo al análisis multinomial con casi todos los tipos de abuso infantil, pero sobre todo con el abuso y la negligencia emocional. Además, los suicidas impulsivos realizaron intentos de suicidio más precoces en la vida, en mayor número y con más frecuencia de forma violenta o de alta letalidad. Por otro lado, el genotipo del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) parece mediar el efecto del trauma infantil sobre la impulsividad<sup>36,37</sup>.

#### CONCLUSIONES

La importancia del efecto de los traumatismos precoces en el riesgo de suicidio sugiere que los modelos actuales de estudio de la conducta suicida, basados en el modelo clásico de estrés-diátesis<sup>38</sup>, deben revisarse para abarcar la influencia de los insultos sufridos por nuestro cerebro durante el desarrollo. El primer modelo implica que el individuo vulnerable intenta el suicidio cuando es confrontado a un factor de estrés que sobrepasa su capacidad de adaptación como puede ser un acontecimiento vital o un trastorno mental. El segundo modelo, que incorpora las alteraciones del neurodesarrollo, deberá tener en cuenta el efecto de los traumatismos en la vulnerabilidad del paciente y en su susceptibilidad a las diferentes formas de estrés. Algunos autores sugieren que las consecuencias del maltrato infantil, entre las que se cuenta la conducta suicida, podrían ser consideradas como un trastorno del desarrollo inducido por el ambiente<sup>39</sup>. Sin embargo, la investigación sobre maltrato infantil y riesgo suicida no ha hecho más que comenzar y en el futuro deberemos responder a algunas de estas preguntas:

- 1) cuáles son y cómo podemos reforzar los factores de resistencia (resiliencia) al maltrato;
- 2) cuáles son los determinantes del paso al acto suicida frente a nuevos eventos adversos en las personas maltratadas;

- 3) existen consecuencias específicas para cada tipo de maltrato o hay continuidad entre ellos;
- 4) cómo se relacionan los potenciales mecanismos de transmisión de las consecuencias del maltrato (alteraciones epigenéticas, déficits en plasticidad neuronal, modificaciones en la personalidad). Para resolverlas, como suele ser habitual, necesitamos amplios estudios longitudinales que examinen las dimensiones comunes a los diferentes tipos de maltrato y los determinantes o mediadores del paso al acto suicida en estos pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Widom CS, Horan J, Brzustowicz L. Childhood maltreatment predicts allostatic load in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2015;1–11
2. Pinheiro PS, UNICEF. *An end to violence against children. World report on violence against children.* 2006
3. Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, et al. Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: a descriptive analysis of results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Violence Vict.* 2013; 28:381–402
4. Powers A, Ressler KJ, Bradley RG. The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depress Anxiety.* 2009; 26:46–53
5. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, et al. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health.* 2008; 98:946–952
6. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 2001;286:3089–3096
7. Joiner TE Jr., Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, et al. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy.* 2007; 45:539–547
8. Brezo J, Paris J, Vitaro F, et al. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry.* 2008; 193:134–139
9. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008; 32:607–619
10. López-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry.* 2013; 12:149–154
11. White HR, Widom CS, Chen P. Congruence between adolescents' self-reports and their adult retrospective reports regarding parental discipline practices during their adolescence. *Psychol Rep.* 2007; 101:1079–1094
12. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Structural equation modeling of repeated retrospective reports of childhood maltreatment. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2011; 20:93–104
13. Widom CS, Raphael KG, DuMont KA. The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: commentary on Dube, Williamson, Thompson, Felitti, and Anda. *Child abuse & neglect*, 2004
14. Bernstein D, Fink L. *Manual for the childhood trauma questionnaire.* New York: The Psychological Corporation, 1998
15. Bifulco A, Bernazzani O, Moran PM, Jacobs C. The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): validation in a community series. *Br J Clin Psychol.* 2005; 44:563–581
16. Roy A, Hodgkinson CA, DeLuca V, et al. Two HPA axis genes, CRHBP and FKBP5, interact with childhood trauma to increase the risk for suicidal behavior. *J Psychiatr Res.* 2012; 46:72–79
17. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009;12:342–348
18. Hart KR. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Frontiers in Human Neuroscience.* 2012;6:52
19. Oquendo MA, Miller JM, Sublette ME. Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse: Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes. *American Journal of Psychiatry.* 2013 170:574
20. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry.* 2012 200:107–115
21. Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2010; 14:1–23
22. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66:305–311

23. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, *et al.* Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry.* 2010;167:915–924
24. López-Castroman J, Jaussent I, Béziat S, *et al.* Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide attempts. *J Affect Disord.* 2015; 170:7–14
25. Van Harmelen AL, van Tol MJ, Demenescu LR, *et al.* Enhanced amygdala reactivity to emotional faces in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2012; 8:nss007–369
26. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007;31:517–530
27. Perroud N, Jaussent I, Guillaume S, *et al.* COMT but not serotonin-related genes modulates the influence of childhood abuse on anger traits. *Genes Brain Behav.* 2010; 9:193–202
28. Brent DA, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America.* 2008; 31:157–177
29. Diaconu G, Turecki G. Family history of suicidal behavior predicts impulsive–aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *J Affect Disord.* 2009;113:172–178
30. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, *et al.* Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry.* 2003;160:1486–1493
31. Dixon L, Browne K, Hamilton Giachritsis C. Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2005; 46:47–57
32. López-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, *et al.* Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord.* 2012; 142:193–199
33. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-García E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry.* 2010;51:121–129
34. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention. *Eur Psychiatry.* 2010;25:260–263
35. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2011; 15:93–112
36. López-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, *et al.* Increased severity of suicidal behavior in impulsive aggressive patients exposed to familial adversities. *Psychol Med.* 2014; 1–10
37. Stoltenberg SF, Christ CC, Highland KB. Serotonin system gene polymorphisms are associated with impulsivity in a context dependent manner. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2012; 39:182–191
38. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry.* 1999; 156:181–189
39. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014; 23:185–222– vii

# ABORDAJE Y PREVENCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA: PROPUESTA DE MÍNIMOS Y RECOMENDACIONES DE MÁXIMOS

# 8

M. Navío Acosta, E. Huizin, J.A. Blanco Garrote, M. Loreto Medina Garrido, V. Pérez Sola, J. Jiménez Pietropaolo, N. Anxelu González Zapico, C. Borràs, G. Morales Cano, E. Baca García

## DIMENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

**E**n el mundo cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos.

Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.

El suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia es aproximadamente un 13,9 por 100 000 (Organización Mundial de la Salud, 2013). Nueve de los diez países con un mayor índice de suicidio se encuentran en la Unión Europea, siendo Lituania, Hungría y Finlandia los que presentan una mayor tasa de suicidio. En general, los países del sur, como Italia, España o Chipre, muestran los índices más bajos.

El suicidio es la primera causa de muerte por factores externos en España. Se producen 1,8 suicidios por cada accidente mortal, 11,7 suicidios por cada homicidio, y 68,1 suicidios por cada muerte por violencia de género. Las últimas cifras comunicadas por el INE (correspondientes al año 2012) ascienden a 3539 suicidios, y suponen un ligero aumento (11,3%) en términos absolutos, con respecto a años anteriores, desde los 3507 suicidios que hubo en 2004, no así en tasa por habitantes. El índice de suicidio en varones es más alto que en mujeres, y en ancianos que en jóvenes, no obstante es la segunda causa de mortalidad entre los 25 y los 34 años después de los tumores y supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

Constituye un drama humano y social para las personas directamente afectadas y su entorno. "Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos» en palabras de la Dra. Catherine Le Gales-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas.

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que el suicidio. Son al menos diez veces (y según algunos estudios hasta 40 veces) más frecuentes que los suicidios consumados. Las tentativas suicidas son más frecuentes entre los adolescentes y van disminuyendo con la edad, a diferencia de los suicidios consumados. Los intentos de suicidio previo son los mejores predictores de nuevos intentos en los que se puede producir un aumento progresivo de la severidad y el riesgo de suicidio consumado. De hecho, se estima que el riesgo de suicidio en estas personas es 100 veces superior al de la población general y cuatro

veces más frecuente que personas con trastorno mental. Un 50% de los pacientes que se suicidan han presentado previamente tentativas de suicidio y el 20% de las personas visitan los dispositivos de asistencia psiquiátricos en los 12 meses previos al suicidio.

Se trata de un problema de salud pública muy importante que hemos de considerar sin alarmismos pero con especial atención.

El suicidio es un fenómeno complejo de origen multifactorial, que no se puede atribuir a una sola causa concreta, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y Norteamérica.

La OMS lanzó en 1999 la iniciativa mundial para la prevención del suicidio SUPRE-WHO, con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas. En 2008, el suicidio se identificó por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acción prioritaria en el "*Mental Health GapAction Programme*" (*mhGAP*). Operativamente se considera una prioridad mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio, con actuaciones adaptadas a las necesidades particulares de las naciones y en concreto:

- Apoyo y tratamiento a la población de riesgo (p. ej. personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.).
- Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio.
- Desarrollar redes de apoyo a personas que sobreviven a un intento de suicidio.
- Entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores.

Contamos con medidas de prevención de demostrada eficacia, publicadas en revistas científicas internacionales. Son en su mayoría planes multinivel, como los enunciados por la Estrategia Europea contra la Depresión (EEAD) o el Proyecto Europeo EUREGENAS e implican varias dianas, población de riesgo y vulnerable, formación a Atención Primaria, sensibilización de facilitadores sociales y población general, así como limitación de acceso a métodos letales.

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la "redefinición" de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

Ninguna Comunidad autónoma ha implementado un Plan general de Prevención de suicidio de implantación completa. El único Plan de ámbito nacional que lo aborda es en el seno de Instituciones Penitenciarias, lógicamente en un medio restringido no comparable a población general.

Existen iniciativas no generalizadas en diferentes comunidades autónomas que abordaremos sintéticamente en el análisis de situación, en el siguiente apartado. Siguiendo las

recomendaciones de la OMS de 2014 sobre prevención de suicidio, España está entre los países que tienen algunas actividades de prevención del suicidio. Este análisis de la situación puede mostrar lo que ya está implantado e indicar las brechas por cubrir con el objetivo de articular una respuesta nacional integral que priorice a los grupos más vulnerables y de alto riesgo.

#### **RESUMEN DE LAS RESPUESTAS AL PROBLEMA DESDE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS, ASÍ COMO DESDE SOCIEDADES PROFESIONALES Y ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS**

##### **Comunidades Autónomas**

###### **Andalucía**

- Participa en el Proyecto Europeo Euregenas (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) sobre prevención del suicidio. El proyecto ha terminado en diciembre de 2014, pero continúa con un desarrollo posterior de implementación.

###### **Asturias**

- Ha participado en el Proyecto Europeo SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) en colaboración con el Instituto Karolinska.

###### **Canarias**

- Inclusión de pregunta en la encuesta de salud de 2014 de la Comunidad Autónoma sobre ideas de suicida.
- Proyecto de recogida de información directa y específica en las urgencias hospitalarias sobre tentativas suicidas.

###### **Castilla y León**

- También participa en el Proyecto Europeo Euregenas sobre prevención del suicidio. Aunque el proyecto terminó en diciembre de 2014, continúa con un desarrollo posterior de implementación.
- Han realizado un estudio cualitativo de atención a familiares de personas fallecidas por suicidio.
- Existe un protocolo de seguimiento de tentativas suicidas detectadas en el servicio de Urgencias, con un apartado específico para población infantil-juvenil.
- Se hizo un estudio de vigilancia epidemiológica en el Hospital Clínico de Valladolid recogiendo todos los intentos de suicidio atendidos en urgencias.
- Se desarrolló entre 2007 y 2009 un programa específico para pacientes ingresados con conducta suicida en la Unidad de Agudos, basado en SUPRE-MISS (2002).
- Se está intentando poner en marcha un protocolo en el área de Ávila.
- Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar para desarrollar el proceso integrado del paciente con conducta suicida, ya en fase avanzada de diseño.
- Puesta en marcha en 2013 de un curso sobre Seguridad y Trastornos Mentales que incluye una unidad temática sobre riesgo de suicidio y autolesiones.

### Cataluña

- En el marco del programa Europeo EAAD (*European Alliance Against Depression*) se están desarrollando dos experiencias del programa de Lucha contra la Depresión y Prevención del suicidio, en el distrito barcelonés Dreta de l'Eixample y en la ciudad de Sabadell.
- Se ha adaptado la Guía de Práctica Clínica de la Depresión Mayor al modelo sanitario catalán, versión específicamente elaborada para la Atención Primaria de Salud (2010).
- Hay un apartado específico en la web *Canal Salut del Departament de Salut*, y una web sobre prevención del suicidio del Hospital de Sant Pau.
- Existe el Código Riesgo Suicidio (CRS), que pretende unificar las actuaciones de los distintos servicios que intervienen cuando se produce una tentativa o detección de riesgo grave y coordinar el proceso para asegurar una continuidad asistencial y evitar reintentos.

### Galicia

- Existe un programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área Sanitaria de Ourense.
- En la estrategia SERGAS 2014 se insta a la creación de programas de prevención del suicidio en las diferentes áreas sanitarias gallegas.
- Se ha creado un protocolo en Santiago de Compostela para atención a la conducta suicida.
- Se está realizando un estudio de la evolución del suicidio consumado en Galicia en el período 1975-2011, estudiando la posible influencia de la crisis económica.

### Madrid

- Se está implementando un Programa piloto de prevención del suicidio siguiendo el modelo multinivel EAAD (*European Alliance Against Depression*) en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz.
- Se está evaluando el Programa piloto de prevención del suicidio siguiendo el modelo multinivel EAAD en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz junto al SAMUR-Protección Civil.
- Se ha incluido en los Contratos-Programa de Gestión de todos los hospitales de Madrid la prestación ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida) que implica cita ambulatoria obligatoria tras valoración de riesgo suicida hospitalario no subsidiario de ingreso en plazo inferior a 7 días, la exigencia de protocolos de prevención de suicidio hospitalarios y *checklist* sistemático en la valoración realizada en los Servicios de Urgencia.
- Se está pilotando el Proceso integrado de Ansiedad y depresión con Atención Primaria.
- Se están consolidando acciones formativas sistemáticas en colaboración con la Dirección General de Atención Primaria, SUMMA-112 y la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias en la mejora de la detección del riesgo suicida y de intervención ante el mismo, dirigido a atención primaria y a emergencias extrahospitalarias SUMMA-112.

- Se han editado tres Guías:
  - Guía para Familiares de Prevención de la Conducta Suicida.
  - Guía de Autoayuda en Prevención de suicidio.
  - Guía para profesionales sanitarios y facilitadores sociales.
- Se ha realizado una Campaña general de Prevención de la Depresión y el Suicidio con facilitadores sociales, impresa y *online*.

#### **Murcia**

- Se ha formado, en 2015, un grupo de trabajo desde la Subdirección de Programas de Salud Mental con el objetivo primario de valorar correctamente el riesgo suicida en las urgencias de los principales hospitales generales.
- Se ha creado una página web que servirá como plataforma para la sensibilización, (in) formación y promoción de la prevención.
- Ha sido publicada una Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.
- Se están impartiendo Cursos de formación en actualización de comportamientos auto-destructivos para profesionales de Salud Mental.
- Estrategia de formación de formadores (2010-11) en Atención Primaria.
- Existe un Programa de atención al suicidio en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

#### **Navarra**

- Existe un Protocolo de colaboración interinstitucional para prevención y actuación ante conductas suicidas.

#### **País Vasco**

##### Álava:

- Existe una Comisión para el estudio y prevención del comportamiento suicida y apoyo a los profesionales involucrados.

##### Bizkaia:

- Se está desarrollando el proyecto "Coordinación CSM/unidades de agudos y subagudos en paciente con ideación suicida/riesgo suicida. Comarca interior Bizkaia".

##### Guipúzcoa:

- Se está desarrollando el Proyecto piloto de Prevención de conducta suicida, aplicación del Modelo multicomponente EAAD ([www.eaad.net](http://www.eaad.net)).
- Programa BTS Depresión (CAV) de mejora en la atención integrada del paciente con depresión desde la atención primaria.

#### **Sociedades y asociaciones**

##### **Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)**

- Se informa de una línea de investigación de Francisco Rodríguez Pulido, Prof. Titular de la Universidad de La Laguna y Presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Líneas:

- 1) Estudios epidemiológicos del suicidio consumado e intentos del suicidio.
- 2) Características de los repetidores de tentativas de suicidio.
- 3) Autopsia psicológica en la isla de Palma de Mallorca.
- 4) Implicaciones legales y forenses del suicidio y de las autolesiones.
- 5) Diseño de programa de intervención basado en el programa SUPRE de la OMS en atención primaria.

### **Fundación mundo Bipolar**

- La FEMASAM (Federación Madrileña de Asociaciones de Salud Mental) elaboró junto con la Oficina Regional de Salud Mental un folleto con medidas para la prevención del suicidio.
- La Asociación Bipolar de Cataluña está desarrollando un proyecto de acompañamiento a personas en crisis.
- Se ha establecido una directriz sobre manejo de anuncios de suicidio en las webs.

### **IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

Las iniciativas preventivas del suicidio en el ámbito sanitario en España son con carácter general aún insuficientes, parciales y heterogéneas. Los programas, protocolos, etc. se desarrollan a nivel local y muestran diferentes orientaciones, si bien cada vez más convergentes, en torno a modelos de intervención europeos multinivel; y no están aún suficientemente evaluados.

Es clave tanto para la prevención primaria como para la secundaria, siguiendo el orden de priorización del Informe de la OMS de 2014, la identificación precoz de los individuos en riesgo y formulación y evaluación del riesgo de suicidio. Ciñéndose al objetivo concreto: *DETECCIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA REINCIDENCIA DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO* se identifican varias áreas de mejora:

#### **Prevención secundaria**

- Mejora en la valoración del riesgo suicida tras tentativas en los Servicios de Urgencias y en los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias.
- Mejora de la continuidad asistencial entre los Servicios de Urgencias y los Servicios de Salud Mental ambulatorios, y Atención Primaria a corto y medio plazo tras realización de tentativa.
- Pacientes con riesgo crónico elevado de suicidio atendidos en recursos no específicos.

#### **Prevención primaria**

- Mejora en el manejo y la detección del riesgo suicida en Atención Primaria.

#### **Posvención**

- Mejora en la atención a las personas supervivientes (familiares y allegados).

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### Propuestas de mínimos

#### 1. Punto crítico. Mejora en la valoración del riesgo suicida tras tentativas en los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria

Utilización sistemática de test de cribado en Urgencias:

- En la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (GPC) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) se mencionan varias escalas para cribado en Servicios de Urgencias cuya utilización también podría ser útil: Cuestionario de Horowitz. Triage Urgencias (Sistema de Triage de Manchester) y el Test Manchester Self-Harm.
- En Cataluña y Madrid se está aplicando la Subescala de Suicidio de la MINI en los Servicios de Urgencias y en el Proceso Integrado Ansiedad-depresión con Atención Primaria. Se trata de una escala muy sensible que ofrece especial utilidad en ámbitos no especializados, con su categorización de alto, medio y bajo riesgo, también recomendada en la GPC del Ministerio. Otra posible alternativa para el cribaje sería la escala SAD PERSON.

#### 2. Punto crítico. Mejora de la continuidad Asistencial entre los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria y los Servicios de Salud Mental ambulatorios y Atención Primaria a corto y medio plazo tras realización de tentativa

- Código de Riesgo Suicidio (ARSUIC/CRS):  
Adaptable en función de la disponibilidad y desarrollo de los sistemas de información de cada ámbito, como los implementados progresivamente en Madrid y Cataluña. Supone que todo paciente identificado con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias y Emergencias y en Atención Primaria y que no sea subsidiario de hospitalización, tenga cita ambulatoria garantizada en Salud Mental ambulatoria en un breve espacio de tiempo (no mayor de una semana), a través de distintas modalidades, que podrían ser entre otras: creación de prestación específica, hueco predeterminado en agenda general, agenda monográfica. Ello supone reorganización de recursos asistenciales. Además es necesaria la protocolización de la notificación de la estancia en el Servicio de Urgencias al Médico de Atención Primaria del paciente, si es posible vía sistemas de información, y siempre con las debidas garantías de confidencialidad, ejercicio de autonomía, previniendo cualquier fenómeno de estigmatización.
- Proceso integrado de atención a la conducta suicida:  
De modo alternativo o complementario al Código de Riesgo Suicidio, en función de la disponibilidad y desarrollo de los sistemas de información de cada ámbito, se debe promover la elaboración de un proceso integrado específico de atención a la conducta suicida que detalle los Subprocesos de Atención Primaria, y de Atención Especializada, tanto en los Servicios de Urgencias como en los Servicios de Salud Mental, tal y como se están diseñando en la Comunidad de Castilla y León.

- Seguimiento por profesional con competencia adquirida, gestor de caso, al menos durante el primer año:

La modalidad puede ser presencial o telefónica de frecuencia al menos mensual en este primer periodo anual. En la experiencia de Orense, Barcelona y en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, los gestores de caso pueden ser enfermeras aunque lo primordial no es la categoría profesional sino la competencia específica adquirida. La existencia de este tipo de seguimiento flexible mejora la accesibilidad al sistema en caso de reagudización de riesgo y la adherencia al mismo, disminuyendo la tasa de reincidencia de tentativas.

### **3. Punto crítico. Pacientes con riesgo crónico elevado de suicidio atendidos en recursos no específicos**

Programa específico de tratamiento intensivo, psicofarmacológico y psicoterápico, individual y/o grupal, similares a los llevados a cabo en Hospitales de Barcelona, Orense o Madrid. En su defecto habría de articularse un subprograma dentro del Programa de Continuidad de Cuidados para los Trastornos Mentales Graves.

### **4. Punto crítico. Mejora en el manejo y la detección del riesgo suicida en Atención Primaria**

La detección temprana requiere imprescindiblemente de la formación de los profesionales de atención primaria, médicos y enfermeras, en cuáles son los grupos de riesgo: mayores, adolescentes, pacientes con enfermedad mental (depresión, consumo de alcohol), etc. Igualmente han de ser entrenados en técnicas de entrevista específicas para la detección y manejo del riesgo suicida, como la llevada a cabo en la Comunidad de Madrid, y el recordatorio de los modos de derivación ordinaria, preferente o urgente en función del mismo.

Seguimiento tras el alta en urgencias en la primera consulta en Atención Primaria siguiendo, por ejemplo, el instrumento de la GPC del Ministerio que ha demostrado ser útil: Incluye en el Anexo I información para pacientes y familiares sobre la ideación y conducta suicida; o las Guías editadas para familiares y de autoayuda en la Comunidad de Madrid.

### **5. Punto crítico. Mejora en la Atención a las personas supervivientes (familiares y allegados)**

Creación de consulta ambulatoria específica en los Servicios de Salud Mental, individual y/o grupal, psicológica y/o psiquiátrica, para las personas supervivientes (familiares y allegados) en caso de duelo complicado o riesgo de suicidio identificado.

Evaluación sistemática inmediata y acompañamiento en Atención Primaria tras el conocimiento de la ocurrencia de la pérdida por suicidio de un ser querido para el acompañamiento, la información sobre el proceso de duelo y la prevención de su complicación, por tratarse de población de riesgo específica.

#### Propuesta de máximos: Recomendaciones

El objetivo al que se ha de aspirar habida cuenta del problema complejo de salud pública que supone la conducta suicida es un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

Las dificultades para la implantación de las acciones preventivas del suicidio derivan de que la prevención del mismo también requiere realizar intervenciones externas al sistema sanitario, lo que implica una aproximación multisectorial e integral al problema, incluyendo al sector sanitario y al no sanitario, como por ejemplo el educativo, laboral, judicial, policial, religioso, político, legal y de los medios de comunicación. Así mismo, es imprescindible dotar el plan de medios económicos y humanos.

Los modelos multinivel como los europeos de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD), Euregenas o la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en Finlandia, son parcialmente desarrollados en distintas iniciativas locales de diferentes ámbitos autonómicos y han demostrado efectividad en la prevención de suicidio.

Todos ellos se articulan con acciones en poblaciones de riesgo o vulnerables, formación a profesionales y facilitadores sociales y medidas encaminadas a mejorar la accesibilidad a la atención de Salud Mental de la población general. Se incluyen también acciones de promoción de la Salud Mental y restricción de acceso a métodos letales.

En adelante se detallarán las Acciones que incluiría un Plan General de Prevención, que por claridad expositiva se van a incluir en dos ámbitos, el sanitario y el no sanitario. El orden en que se detallan no corresponde a ninguna priorización, y han de estar perfectamente interrelacionadas, pues es la sinergia de todas y cada una de las acciones la que logra esa gran red protectora sistémica que ha demostrado efectividad en la Prevención del suicidio.

#### 1. **Ámbito sanitario:**

- Elaborar e implantar programas regionales de prevención y abordaje de la conducta suicida, cuyo objetivo sea la disminución de la tasa de suicidios y de conductas suicidas.
- Dichos programas incluirán actuaciones de prevención y detección de personas en riesgo de suicidio, formación de profesionales, protocolos específicos para la evaluación y el manejo de conductas suicidas y tentativas de suicidio, y atención a los familiares y allegados de estos pacientes.
- Las intervenciones específicas de tipo asistencial (atención en urgencia, unidades de Salud Mental, Atención Primaria, atención a familiares, etc.) se desarrollarán en cada ámbito sanitario y con apoyo de las nuevas tecnologías. Con carácter general, debe haber al menos un nodo organizativo en la red regional por cada hospital o área asistencial organizativa, que incluirá Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Extrahospitalaria. El objetivo clave de todo programa incluirá:
  1. Mejorar la detección de situaciones con alto riesgo de suicidio y garantizar su rápido abordaje, así como la continuidad asistencial con un seguimiento proactivo sistemático de las personas con riesgo identificado en cualquier parte del sistema.
  2. Mejorar la formación de profesionales sanitarios de Atención Primaria, Salud Mental y otras especialidades médicas, en la valoración del riesgo de suicidio.

Para ello se desarrollarán programas formativos para profesionales del ámbito sanitario en atención especializada, atención primaria y servicios de urgencia. Estos programas incluirán información sobre factores de riesgo y protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis.

- Mejorar los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas: trastornos afectivos, psicosis, trastornos de la personalidad y adicciones.
- Uso preferente o creación (si fuera necesario) de camas psiquiátricas hospitalarias de agudos para pacientes que realicen intentos de suicidio, sobre todo adolescentes.
- Mejorar la atención específica en poblaciones especialmente vulnerables, adolescentes, ancianos, mujeres víctimas de violencia de género, inmigrantes, personas víctimas de homofobia y personas en riesgo de exclusión social.
- Establecer sinergias entre los distintos programas relacionados con patologías en las que frecuentemente se producen conductas suicidas, fundamentalmente con el programa de detección y tratamiento de la depresión, trastornos de la personalidad, conductas adictivas y psicosis.
- Limitación de acceso a medios letales (psicótrpos, riesgos arquitectónicos) en el ámbito sanitario, tanto en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, donde habrá de aplicarse protocolos actualizados de prevención del suicidio, como en todos los recintos sanitarios.
- Creación de "líneas de crisis" 24 horas telefónica y virtual para la ayuda y asesoramiento inmediato de personas en riesgo de suicidio, coordinadas con toda la red nacional/autonómica de atención sanitaria destinada a quienes realizan un intento de suicidio o tienen ideación suicida. Orientación a familiares sobre nociones básicas de cómo actuar, y en su caso, orientación a profesionales de nociones básicas.
- Creación de una página web nacional y autonómica de acceso general cuyo objetivo sea informar y sensibilizar a la población, y en la que se recoja todo el material disponible y actualizado sobre prevención del suicidio.
- Código identificador específico activable/desactivable en la historia clínica electrónica de un paciente con riesgo detectado en cualquier nivel asistencial, que garantice su no pérdida dentro del sistema, al modo de las "sospechas de malignidad". Habilitación de un acceso común interautonómico a historia clínica electrónica tipo visor, u otro modo de compartir esta información sensible y relevante mientras no haya historia clínica electrónica única.
- Campañas divulgativas de prevención de suicidios, orientadas por expertos y según los criterios de la OMS tanto en este ámbito como en el extrasanitario.
- En materia de promoción de la salud es importante potenciar los factores protectores frente al riesgo de suicidio. Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento, manejo de estrés, mejora de la autoestima, mejora de resolución de problemas, mejor salud física, mejor uso de tiempo libre, etc.

- Incluir la Prevención de suicidio en los Planes de Estudio de pregrado y postgrado de todas las profesiones sanitarias.
- Uno de los aspectos menos desarrollados con carácter general y en donde es especialmente necesario formular recomendaciones es la atención a las familias y allegados de personas que intentan y consuman el suicidio:

Es imprescindible la implementación de programas especiales que incluyan atención específica individual y/o grupal, psicológica y/o psiquiátrica, sistemática, a las personas supervivientes (familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio) tanto para la prevención de duelo complicado, como por tratarse de población específica de riesgo. Además es recomendable:

- Desarrollar una guía de recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios para intervenir en familias de personas que han llevado a cabo una tentativa de suicidio con el objetivo de aliviar el estrés familiar y contribuir a reducir el riesgo de repetición siguiendo las GPC del Ministerio y las editadas en la Comunidad de Madrid. Es especialmente necesaria la Atención a familiares de personas con reiterados intentos de suicidio siguiendo el modelo del cuidado del cuidador.
  - Desarrollar una guía de recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios para intervenir en familias de personas que consumaron el suicidio con el fin de prevenir el desarrollo de un proceso de duelo patológico en relación con la pérdida de un ser querido en el ámbito de la atención primaria.
  - Proponer una estrategia de prestaciones de apoyo presencial, instrumental y emocional, a las familias de personas que realizaron tentativas de suicidio así como de aquellas que consumaron el suicidio, con carácter general por parte de las asociaciones locales de familiares de personas con trastornos mentales, y con carácter específico por asociaciones de supervivientes como "*Després del Suïcidi – Associació de Supervivents*" (DSAS) en Cataluña u otras que pudieran crearse en el futuro. La propia OMS en sus recomendaciones del proyecto SUPRE (2008) reconoce el papel necesario y significativo que tienen los grupos de apoyo en el duelo por suicidio y la participación y liderazgo de los propios supervivientes junto a la ayuda profesional que sea necesaria. El proyecto Euregenas ha retomado esta línea de trabajo con la elaboración de un instrumento práctico para la puesta en marcha y desarrollo de grupos de apoyo a supervivientes del suicidio.
- Otro de los aspectos donde es necesario detenerse es en la investigación de la frecuencia de tentativas de suicidio y de suicidios consumados, así como los factores de riesgo asociados en población general y entre personas con trastornos mentales graves en los hospitales generales y monográficos, en los centros de rehabilitación residenciales de estancia prolongada y en instituciones penitenciarias para hacer efectivo un plan integral de prevención:
    - Mejorar el conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas. Ello requiere la colaboración entre los servicios de información epidemiológica sanitarios, el Instituto Nacional de Estadística y los institutos de Medicina Legal.

- Crear una base de datos con prevalencia de suicidios y tentativas de suicidio para conocer y medir el impacto de las actuaciones desarrolladas.
- Realización sistemática de Autopsia Psicológica y coordinación con el ámbito judicial.

## **2. Ámbito no sanitario**

- En materia de detección temprana en este ámbito pero en coordinación interinstitucional habrá de incluirse también otros agentes claves además de los sanitarios. Así se contempla en los proyectos multinivel mencionados. En concreto el proyecto Euregenas ha priorizado el entorno escolar (profesorado y psicólogos de los centros (orientadores) y entornos laborales (salud laboral, recursos humanos, etc.) con guías específicas. Estos agentes clave o facilitadores sociales necesitan herramientas para: detectar, intervenir/derivar y hacer un seguimiento tras un intento. En la Comunidad de Madrid se ha editado una guía para facilitadores sociales sobre intervención en crisis que acaba de comenzar a difundirse.
- Así, es necesario desarrollar programas de formación y sensibilización para profesionales no sanitarios: profesores, educadores, bomberos, Guardia Civil, Policía, Servicios Sociales, Periodistas y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo, cuyos contenidos incluyan fundamentalmente factores de riesgo, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.
- Es necesaria además la formación específica a los agentes de intervención (policía nacional, autonómica, local, guardia civil, emergencias, bomberos, etc.) que pueden acudir a un escenario de suicidio con una actitud comprensiva y con información sobre la situación que están viviendo los supervivientes convirtiéndose en la vanguardia del soporte precoz en el duelo por suicidio. Este soporte ayudaría a disminuir el impacto del trauma y el estigma, pero también supondría una primera acción preventiva entorno a los supervivientes.
- También los medios de comunicación son agentes claves. El abordaje del suicidio en los medios puede ser una verdadera herramienta preventiva. Es necesario promover la puesta en marcha de las directrices del Proyecto SUPRE de la OMS y otras similares que favorezcan un adecuado abordaje del suicidio en los medios de comunicación. Se incluyen medidas tales como tratar las noticias sobre suicidios de forma no sensacionalista, evitar especificar detalles sobre características y circunstancias del caso, aportar información precisa, responsable y ética, aprovechar la oportunidad para educar a la población y ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles. Euregenas cuenta con una herramienta específica de prevención del suicidio para profesionales de medios de comunicación cuya difusión generalizada es de máximo interés.
- Igualmente es necesario implantar medidas dirigidas a favorecer que Internet y las nuevas tecnologías (TIC) sean un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Euregenas ha desarrollado un anteproyecto para Programas

de Prevención del Suicidio basados en las nuevas tecnologías, teniendo en cuenta las diferentes modalidades: pasiva, activa e interactiva, como las desarrolladas o en desarrollo en Andalucía, Cataluña, Madrid o Murcia.

- Participación complementaria de "pacientes expertos" siguiendo el modelo de ayuda entre pares "*peers to peers*" ya en funcionamiento tanto en UE, (fundamentalmente Reino Unido), como en EE. UU., Canadá y Australia, y del Teléfono de la esperanza en España, en las "líneas de crisis" de 24 horas telefónica y virtual para la ayuda y asesoramiento inmediato de personas en situación de crisis, coordinadas con toda la red nacional/autonómica de atención sanitaria.
- Y realizar campañas de sensibilización social del problema a través de los medios de comunicación, para prevenir el suicidio, de manera similar pero adaptada a la idiosincrasia propia, a las llevadas a cabo con los accidentes de tráfico o la violencia de género.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio (AIPIS) <www.redaipis.org> <https://www.facebook.com/Prevencion.Suicidio>
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, *et al.* Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2012;5(1), 8-23
- Bolton JM, Au W, Leslie WD, Martens PJ, Enns MW, Roos LL, Katz LY, Wilcox HC, Erlangsen A, Chateau D, Walld R, Spiwak R, Seguin M, Shear K, Sareen J. *Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study*
- Consejería de Sanidad Catalana. *Código Riesgo Suicidio*. [en internet] <http://www.salutmental.org/2013/12/18/salut-implantara-un-codi-de-risc-de-suicidi-per-disminuir-les-tempatives-i-la-taxa-de-repeticio/> [último acceso: 10 marzo 2016]
- Consejería de Sanidad Navarra. *Protocolo PACS*. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F630E553-FB7D-4847-ABAE-98C3FF296DA3/290523/070814ps80.pdf>
- Después del suicidio--Asociació de supervivents (DSAS) <http://www.despresdelsuicidi.org/>
- European Alliance against depression <http://www.eaad.net/>
- European regions enforcing action against suicide. EUROGENAS. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\_smental\_promprev\_3. Directrices Generales para la Prevención del suicidio. http://www.eurogenas.eu/wp-content/uploads/2014/06/Directrices-Generales-para-la-Prevencion-del-Suicidio.pdf. OTROS DOCUMENTOS (Directrices éticas, Prevención en los entornos escolar y laboral, Recomendaciones Medios de Comunicación)
- European Unified Suicide Prevention Platform
- García JB, Ubago JG, Ruiz JS. *Suicidio y psiquiatría*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Editorial Triacastela, 2011
- Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad
- Hampton T. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *JAMA*, 2010;303(19), 1903-1905
- Iglesias, F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr*, 2013; 41(5), 279-86
- Andriessen K, Krysinska K. Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 24-32
- MIND www.mind.org.uk; http://www.mind.org.uk/information-support/
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. SANIDAD, 2011
- Organization WH. *Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS*. Geneva WHO. 2002
- Pitman A, *et al.* Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 2014
- *Prevención de la Depresión y el Suicidio*. Comunidad de Madrid. http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851
- Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization 2014
- Programa Prevención Suicidio. Hospital San Pau. http://www.suicidioprevencion.com/
- Proyecto SEYLE. SAVING AND EMPOWERING YOUNG LIVES IN EUROPE. http://www.seyle.eu/
- Sieso Sevil AI, Fernández Parrado C, Zahíno Pardo Falcón ME. *Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera*

Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. *Biblioteca Lascasas*, 2012; 8(1). <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>> [último acceso: 10 marzo 2016]

- Solà, I. Outcomes of a suicide prevention program in the general population. Barcelona drete eixample district. *Actas Esp Psiquiatr*, 2011; 39(5), 280-7
- *Western Massachussets Peer Support Line*. [en internet] <<http://westernmassrlc.org/peer-support-line>> [último acceso: 10 marzo 2016]



## RESUMEN

¿Podemos prevenir la muerte por suicidio? Después de 50 años en los que las tasas de suicidio han permanecido casi inalterables, a pesar de los avances de la psiquiatría, la respuesta a la pregunta puede ser positiva. Pero para que la prevención del suicidio alcance a la mayoría de las personas en riesgo, se deben implementar grandes cambios organizativos y sociales. Por un lado, las intervenciones multifacéticas de prevención del suicidio implican grandes adaptaciones organizativas para hacer accesibles y continuadas las intervenciones eficaces y, por otro, es imperativo modificar profundamente la imagen social del suicidio. Probablemente hasta que no se reconozca el suicidio como una consecuencia de problemas de salud (en la gran mayoría de los casos asociado a enfermedad mental, alcoholismo, tentativas previas, etc.), no estaremos en disposición de hacer una prevención eficaz a escala global.

Las iniciativas y los esfuerzos preventivos individuales fracasan frecuentemente en un sistema sanitario fragmentado en el que no se prioriza la implementación de las mejores estrategias de prevención del suicidio. La distancia entre el conocimiento y la realidad asistencial continúa siendo insalvable y 3870 personas fallecieron en el año 2013 en España por suicidio (8,3/100 000 habitantes).

Múltiples iniciativas internacionales como la de la Alianza Europea Contra la Depresión, aplicada con éxito en Cataluña (Hospitales de Sant Pau y Parc Taulí), o el programa "Zero Suicides" iniciado en Michigan, y que se extiende en diversas ciudades norteamericanas (National Action Alliance for Suicide Prevención), son ejemplos notables de que sí se puede.

La Sociedad Española de Psiquiatría ha desarrollado el proyecto *Suicidio Consensus*, una iniciativa participativa que se propone extender y compartir el conocimiento disponible sobre las buenas prácticas de prevención del suicidio con todos sus socios. Partiendo de la publicación "*Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*"<sup>1</sup> y con una metodología innovadora de consenso Delphi *online*, se invita a todos los socios a conocer y consensuar las mejores propuestas de prevención del suicidio. Es evidente, que la intención final es impulsar que los psiquiatras españoles se impliquen en sus áreas de trabajo y ejerzan el liderazgo necesario para que las intervenciones preventivas de las conductas suicidas con mayor evidencia científica, se acaben implementando en todo el territorio nacional.

### INTRODUCCIÓN

La depresión y las conductas suicidas (suicidio consumado y tentativas de suicidio) están fuertemente asociadas y se consideran dos de los principales problemas de salud pública en Europa. En 2013 fallecieron por suicidio 3870 personas (2911 hombres y 959 mujeres), situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte, superando desde 2007 a los fallecimientos por accidentes de tráfico. La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100 000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres)<sup>2</sup>.

La OMS considera que los suicidios son un grave problema de salud pública que afecta especialmente a los jóvenes, entre los que es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial. En el informe *"Prevención del suicidio, un imperativo global"*<sup>3</sup> se propone aumentar el conocimiento y la concienciación sobre el gran impacto que tiene el suicidio para la salud pública y hacer de la prevención del suicidio una gran prioridad en el programa mundial de salud pública. En este documento recoge las recomendaciones basadas en datos científicos que pueden aplicarse de forma inmediata para prevenir el suicidio. Según el documento, la forma sistemática de dar respuesta al suicidio en un país es mediante el establecimiento de una estrategia nacional de prevención del suicidio. De acuerdo con sus recomendaciones, esta estrategia nacional debe ser integral y multisectorial, incluyendo no solo el sector de la salud sino también el educativo, trabajo, bienestar social, justicia y otros. Sin embargo, la ausencia de una estrategia nacional integral no debe ser óbice para la ejecución de programas de prevención del suicidio por parte de los servicios de salud, que pueden estimular esta respuesta nacional. Estos programas se focalizan en la identificación de grupos vulnerables de riesgo de suicidio y en mejorar la calidad de los servicios, haciéndolos más accesibles.

En nuestro país la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental publicó el documento *"Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida"*<sup>1</sup> y el Ministerio de Sanidad la *"Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida"*<sup>4</sup>. En estos documentos se recogen las principales recomendaciones que deberían ponerse en práctica de forma inmediata para una prevención eficaz del suicidio.

Sin embargo, a pesar de la amplia difusión que han tenido estas recomendaciones, el grado de conocimiento y aplicación en situaciones de práctica clínica real continúa siendo muy limitado. Las acciones emprendidas a nivel nacional o en algunas comunidades autónomas como Cataluña, donde se ha desarrollado el Código Riesgo Suicidio<sup>5</sup>, son muy meritorias pero siguen siendo insuficientes.

Por este motivo la Sociedad Española de Psiquiatría se propuso desarrollar el proyecto **"Suicidio Consensus"**, que a través de un innovador método de consenso *Delphi online*, ha invitado a todos sus socios a conocer y consensuar las mejores propuestas de prevención del suicidio recogidas en los documentos referidos. El objetivo último es el de promover el liderazgo de los psiquiatras españoles en la implementación de las intervenciones preventivas con mayor evidencia científica en todo el territorio nacional.

#### PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UNA ESTRATEGIA INTERNACIONAL CON AVAL CIENTÍFICO

El programa SUPRE de la OMS de prevención del suicidio<sup>6</sup>, recoge diversas acciones eficaces como las estrategias de restricción de acceso a métodos comunes de suicidio y la mejora en la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión y el abuso de alcohol y otras sustancias, recomendado a los gobiernos que impulsen planes de acción desde el ámbito de las políticas de salud. El Plan de Acción europeo de Salud Mental, aprobado en Turquía en 2013<sup>7</sup>, también prioriza la prevención del suicidio estableciendo como objetivo una reducción del 10% de la tasa de suicidio en población general para el año 2020 y la promoción de intervenciones específicas en los subgrupos relacionados con mayor riesgo (por edad, sexo, etnia y en otros grupos vulnerables). Entre las medidas propuestas destaca la mejora en la accesibilidad a los servicios de salud para las personas en riesgo y el seguimiento proactivo durante el período crítico posterior a una tentativa de suicidio. También se recomienda mejorar los sistemas de registro de mortalidad y los de tentativas de suicidio para facilitar el seguimiento proactivo y la evaluación de los resultados de las políticas implantadas.

Entre los programas de prevención de suicidio con apoyo experimental destacan los programas multifacéticos o de componentes múltiples<sup>8</sup>, como el que se desarrolló sobre trastornos depresivos en Nüremberg, Alemania, que logró reducir significativamente las tasas de suicidio y de intentos de suicidio<sup>9,10</sup>. El programa constaba de cuatro intervenciones diferentes, a saber: una campaña anti-estigma dirigida al público en general; la capacitación de facilitadores de la comunidad (docentes, trabajadores sociales, periodistas, policía, etc.); la capacitación de los médicos de Atención Primaria; y apoyo a los pacientes y sus familiares. Esta intervención multifacética se extendió y aplicó en ciudades de 18 países a través de la Alianza Europea contra la Depresión (*consúltese en: [www.eaad.net](http://www.eaad.net)*), incluyendo nuestro país, a través de las experiencias del Hospital de Sant Pau en el Ensanche derecho de Barcelona y del Hospital Parc Taulí en Sabadell (Barcelona).

Un estudio realizado en Inglaterra y Gales<sup>11</sup> fue capaz de identificar determinados tipos de intervenciones que parecían estar asociadas con un menor número de muertes por suicidio (**Tabla 1**). Se trata de un estudio observacional de 91 servicios de salud en el que se analizaron las tasas de suicidio antes de la aplicación de recomendaciones preventivas (en 1998) y después de su implementación en 2006. Fueron capaces de descubrir reducciones significativas en las tasas de suicidio en aquellos servicios de Salud Mental que habían aplicado al menos 7 de las 9 diferentes intervenciones recomendadas. En la **Tabla 1** se enumeran las intervenciones y se resumen los resultados del estudio, indicado cuales fueron más eficaces.

En 1998, algunos de los 91 Servicios de Salud Mental en el estudio estaban llevando a cabo alguna de estas recomendaciones preventivas. Para el año 2004, alrededor de la mitad estaban aplicando al menos siete recomendaciones, y en 2006, aproximadamente el 71% lo hacían.

Con el tiempo, cuando aumentaron las recomendaciones, la tasa de suicidio entre los pacientes disminuyó. Cada año, desde 2004 a 2006, los Servicios de Salud Mental que im-

**Tabla 1.** Características de los Servicios de Salud asociadas a tasas de suicidio más bajas después de la implementación

<b>Más eficaz en todos los sitios</b>
A. Proporcionar equipos de crisis de 24 horas
<b>Moderadamente eficaz en todos los sitios</b>
B. Gestión de los pacientes con patología dual (trastorno mental y abuso de sustancias)
C. La realización de revisiones multidisciplinarias
D. El intercambio de información con las familias después de un suicidio y aplicar mejoras en el futuro
<b>Más eficaz para pacientes hospitalizados</b>
E. Eliminación de contención mecánica
<b>Más eficaz en caso de incumplimiento terapéutico</b>
F. Realizar seguimiento a los pacientes dentro de los 7 días del alta
<b>Más eficaz para las personas con historia de abandono del seguimiento ambulatorio</b>
G. Programas de seguimiento asertivo comunitario
<b>En general, los efectos más grandes fueron en áreas de bajos ingresos económicos</b>
H. Proporcionar con regularidad capacitación para el personal clínico de primera línea en la gestión del riesgo de suicidio
I. Dar respuesta efectiva a los pacientes que no cumplen con el tratamiento
J. Compartir información sobre prevención de suicidio con organismos de justicia

plementaron siete o más recomendaciones tuvieron una tasa de suicidio significativamente más baja que los que implementan seis o menos<sup>11</sup>.

En el informe "Prevención del suicidio, un imperativo global"<sup>3</sup>, se aboga por una estrategia nacional de prevención del suicidio que además debe ser multisectorial, incluyendo otros sectores más allá del ámbito de la salud. Entre los indicadores propuestos para evaluar el progreso de la estrategia se incluyen:

- Reducción de la tasa de suicidios.
- Monitorizar el número de intervenciones de prevención del suicidio con buenos resultados.
- Monitorización del número de casos de tentativas que requieren hospitalización.

Para lograr el objetivo de reducir un 10% la tasa de suicidio en el año 2020, la implementación de estrategias de probada eficacia debería generalizarse de forma acelerada, bajo el impulso y el liderazgo de estrategias nacionales que marquen las prioridades y faciliten los recursos necesarios.

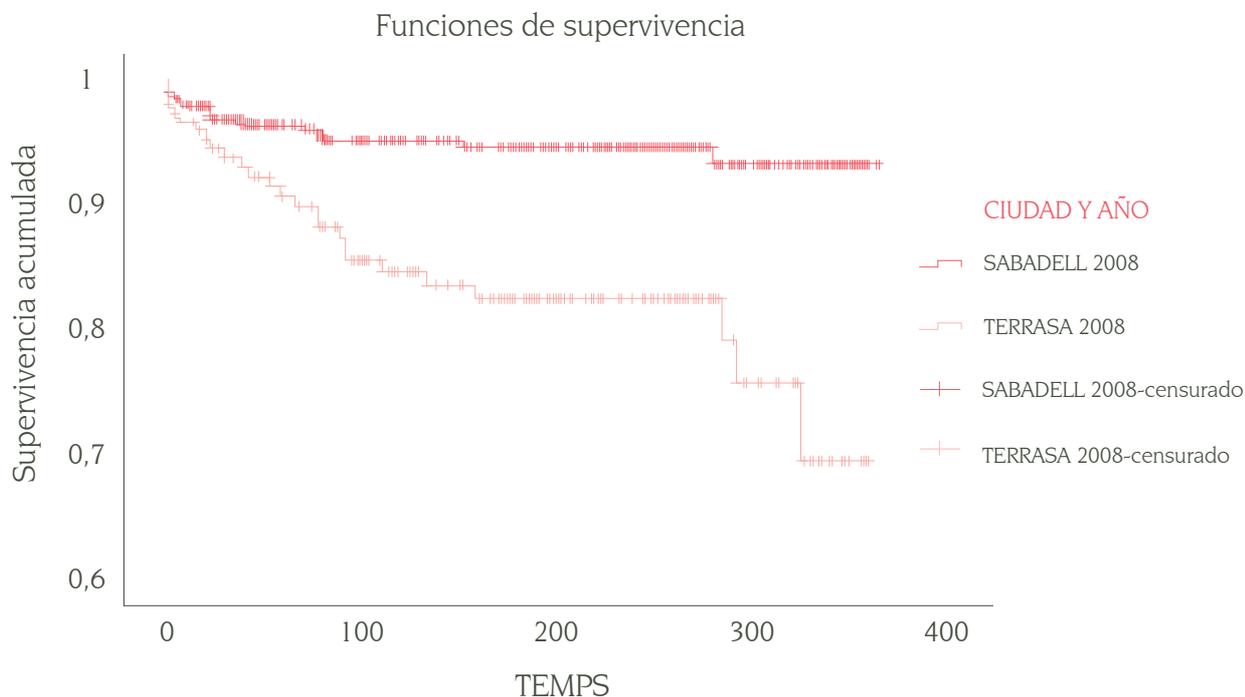
#### "PARC TAULÍ": UN EJEMPLO DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTEGRADA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El Servicio de Salud Mental del Hospital Parc Taulí, de la Universitat Autònoma de Barcelona, gestiona todos los Servicios especializados de Salud Mental y adicciones de un área sanitaria de unos 450 000 habitantes en la comarca del Vallés Occidental Este (Barcelona), tanto para adultos como para menores de edad. Desde el año 2007 tuvimos la oportunidad de incorporarnos al proyecto de la Alianza Europea contra la Depresión<sup>9,10</sup>, liderado en España por el Dr. Víctor Pérez-Solà y adaptar el modelo multimodal de intervención a nuestro medio. Algunas de las estrategias de mayor impacto se incorporaron desde entonces a la práctica asistencial habitual y se aplican de forma continuada, permitiendo una evaluación sistemática. De estas estrategias destacamos el Programa de Seguimiento Telefónico de Tentativas de Suicidio y el Programa de Análisis de Calidad de los casos de suicidio consumado.

El **Programa de Seguimiento Telefónico de Tentativas de Suicidio**, se aplica desde el año 2008 a todos los pacientes atendidos en Urgencias por tentativas de suicidio durante los 12 meses posteriores al alta hospitalaria. Las tentativas de suicidio previas son el factor de riesgo más importante de reintentos y de suicidio consumado<sup>12</sup> y permite identificar con facilidad a un grupo de riesgo de conductas suicidas de gran importancia clínica, a partir de la atención en urgencias. El programa implica disponer de un registro fiable de tentativas de suicidio (aproximadamente unos 100 casos por 100 000 habitantes y año), facilitar una visita priorizada en la semana posterior al alta con el psiquiatra de referencia comunitario y, por último, habilitar un seguimiento telefónico por parte de una enfermera especializada. Este seguimiento es sinérgico y complementario al tratamiento habitual de cada paciente que es responsabilidad del psiquiatra referente y, en los casos en que está indicado, del psicólogo clínico. El programa consigue mejorar la adherencia al tratamiento (que pasó del 20% a más del 90% al año). También permite en cada llamada reevaluar el riesgo de suicidio y facilitar un apoyo complementario al que los pacientes reciben a lo largo de su tratamiento habitual. Los resultados de esta experiencia, comparando con una población vecina de control<sup>13</sup> han permitido reducir en más de la mitad la proporción de pacientes que realizan reintentos de suicidio en el primer año de seguimiento (del 14 al 6%) y aumentar significativamente en más de 45 días el tiempo medio entre la tentativa inicial y la siguiente (en el caso en que se produzca). En la **Figura 1** se puede ver el resultado del análisis de supervivencia comparando los resultados entre la población en la que se realizó la intervención (Sabadell) y la de control (Terrassa).

Esta experiencia ha dado apoyo experimental al programa Código Riesgo Suicidio<sup>14</sup>, que se está implantando en toda Cataluña y que permitirá disponer de un registro oficial de casos de tentativas de suicidio centralizado. El programa recoge los principales ingredientes de la experiencia de Sabadell: el registro exhaustivo de casos, la visita priorizada posalta en menos de una semana y el seguimiento telefónico complementario (en este caso en una única llamada al mes del alta, realizada por el teléfono oficial del Servicio Catalán de Salud -061-).

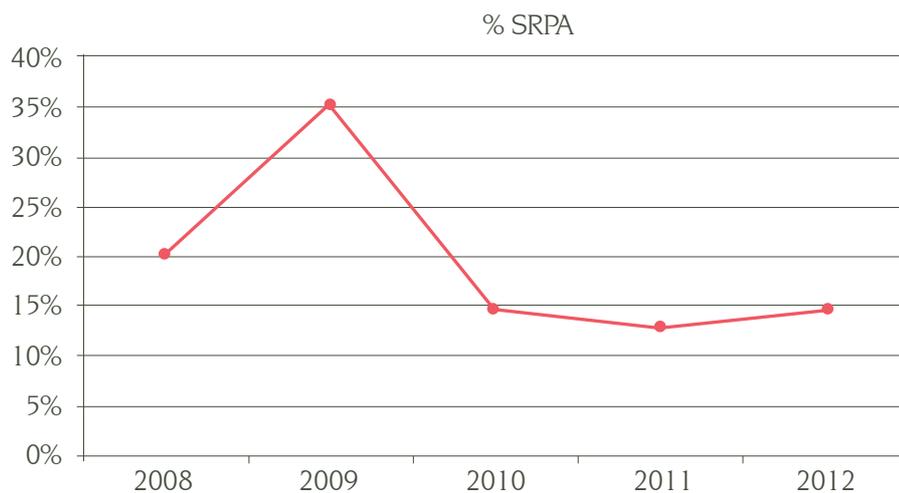
**Figura 1.** Análisis de supervivencia de las tentativas de suicidio comparando la población experimental de Sabadell con la población control de Terrassa



La segunda estrategia implementada es el **Programa de Análisis de calidad de los casos de suicidio consumado**. En virtud de un convenio de colaboración con el *Institut de Medicina Legal de Catalunya*, se facilitan mensualmente los datos relevantes de todos los casos de suicidio consumado que acaecen en el área de referencia del Hospital. Con esta información se puede realizar un análisis sistemático de los registros sanitarios de todos los casos mediante una metodología estandarizada, en la que intervienen dos psiquiatras del servicio. El objetivo es poder identificar posibles "errores" (de diagnóstico, de tratamiento, de evaluación, organizativos, etc.), de acuerdo con una metodología de calidad adaptada de la que se utiliza para la identificación de "Exitus Relacionados con Problemas Hospitalarios" (ERPH) que utilizan los comités de mortalidad en los hospitales generales. Los "errores" en el caso de los suicidios permiten establecer una tasa de "Suicidios Relacionados con Problemas Asistenciales" (SRPA) y establecer un seguimiento anual (**Figura 2**). La tasa de SRPA se define como el porcentaje de suicidios en los que se ha identificado un problema asistencial relacionado por alguno de los dos psiquiatras evaluadores. Este programa requiere disponer de un Registro de Suicidios Consumados en el que se incorporan todos los datos clínicos y que ha permitido realizar análisis<sup>15</sup> comparativos de los perfiles clínicos<sup>15</sup>. Como ocurre en la mayoría de los estudios revisado<sup>16</sup>, se ha comprobado que más del 75% de los casos de suicidio consumado no recibían tratamiento psiquiátrico especializado. Este hallazgo refuerza la necesidad de disponer de una estrategia de prevención protagonizada por los equipos de atención primaria, con los que mayoritariamente los pacientes fallecidos por suicidio han tenido un contacto en los meses previos. Por este motivo, el programa contempla el contacto con el equipo médico que atendía al suicida y ofrece también ayuda psicológica

especializada a los familiares. La ayuda a los familiares, verdaderos supervivientes del suicidio consumado, se puede complementar con la ayuda de la "Associació de Supervivents"<sup>12</sup> (DSAS) constituida en el año 2012.

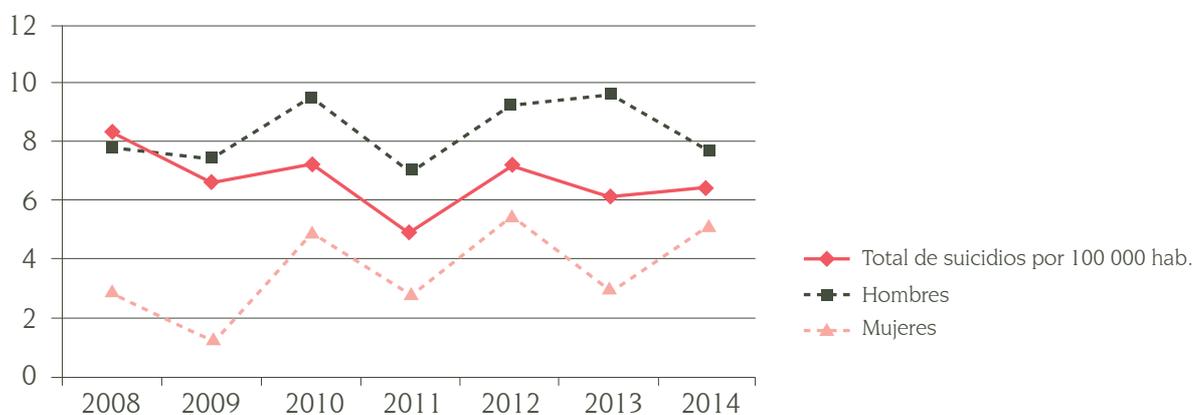
**Figura 2.** Tasa anual (%) de Suicidios Relacionados con Problemas Asistenciales (SRPA) en el área del Hospital Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)



Nota: La tasa de éxitos relacionados con Problemas Hospitalarios (ERPH) es del 15%.

Las estrategias de prevención integradas desarrolladas en Parc Taulí se evalúan también mediante el seguimiento de la tasa anual de suicidios, que desde el año 2008 se ha situado por debajo de la basal y que en el año 2014 fue de 6,4 por 100 000 habitantes (**Figura 3**).

**Figura 3.** Tasa anual de suicidios consumados del Vallès Occidental Este (2008-2014) (nº casos por 100 000 habitantes)



Nota: El Vallès Occidental Este tiene 450 000 habitantes. La tasa española de suicidio en 2013 fue de 8,3.

### SUICIDIO CONSENSUS: UN INNOVADOR MÉTODO DE DELPHI ONLINE

El proyecto *Consensus Suicidio Online*, promovido por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), tiene como objetivo consensuar los criterios adecuados para evaluar buenas prácticas en la atención a personas con riesgo de realizar comportamientos suicidas y, de forma sinérgica, difundirlas e impulsar su implementación a través del liderazgo de los psiquiatras españoles.

La muerte por suicidio es un comportamiento complejo que se asocia a múltiples causas, clasificadas generalmente como desencadenantes y predisponentes<sup>18</sup>. Aunque los trastornos mentales y las adicciones (especialmente al alcohol) se consideran los factores de mayor impacto, existen otros muchos factores de riesgo y también factores de protección que deben tenerse en cuenta en cada individuo para personalizar la intervención. La investigación de un fenómeno tan complejo e infrecuente como es el suicidio, es metodológicamente difícil, lo que ha limitado las posibilidades de realizar ensayos clínicos aleatorizados<sup>19</sup>. Por este motivo, las evidencias en este tema provienen sobre todo de estudios pragmáticos. Pero también el consenso de expertos, utilizado con una metodología adecuada (como el método Delphi), puede ser una fuente de evidencia científica fundamental, especialmente en el ámbito de la Salud Mental. En general, se considera un método adecuado de obtener evidencia en aquellos casos en los que no se disponen de suficientes evidencias experimentales o epidemiológicas<sup>20</sup>. La validez de esta aproximación del consenso proviene de la investigación sobre "sabiduría de masas" que, desde los estudios pioneros de Galton, muestra que los grupos pueden hacer predicciones acertadas bajo determinadas condiciones<sup>21</sup>.

Estos argumentos dan apoyo al desarrollo del Consenso en Suicidio. En este caso, el proceso, realizado mediante la plataforma *Health Consensus*, pretende establecer un consenso compartido con todos los participantes, psiquiatras socios de la SEP, a partir de un limitado número de proposiciones sobre la prevención de suicidio basadas en publicaciones previas de expertos españoles<sup>1,4,22</sup> y después de una primera validación realizada por un grupo de expertos de la SEP.

El proceso de consenso parte de la información publicada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental en Suicidio y psiquiatría, "*Recomendaciones Preventivas y de Manejo del Comportamiento Suicida*"<sup>1</sup>. Se adaptó el decálogo de recomendaciones preventivas y de manejo de la conducta suicida, incluido en la publicación, añadiendo algunas propuestas adicionales también recogidas en la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*<sup>4</sup>. Esta metodología de "consenso amplio" dirigido inicialmente a todos los psiquiatras españoles socios de la SEP, pretende también potenciar su conocimiento y ampliar la difusión mediante una estrategia participativa que les implique activamente. La propuesta sometida al acuerdo de una base tan amplia de profesionales, permitirá que tengan la oportunidad de aproximar su nivel de acuerdo sobre el "constructo" objeto de consenso y de alcanzar un nivel de conocimiento innovador e integrado<sup>23</sup>.

El proyecto consiste en la realización de un panel Delphi *online* asíncrono basado en la metodología *Health Consensus*. Las características del panel se recogen en la **Tabla 2**.

**Tabla 2.** Características del método *Health Consensus Suicidio de la SEP* (2015)

Se proponen 21 preguntas o proposiciones
Tiempo previsto para responder 20 minutos
Período de respuesta de 3 semanas (con posibilidad de establecer un segundo periodo de respuesta).
1 ronda única de participación
Se invita a participar mediante e-mail a los psiquiatras socios de la SEP. Se espera una participación mínima de 200 para alcanzar un consenso válido

El Sistema *Consensus Online* sobre Suicidio aplica una metodología Delphi en tiempo real construida sobre la plataforma “*Health Consensus*” (HC) que permite una buena relación coste efectividad del proceso de participación y ha sido aplicado en casos muy diversos en el ámbito de la Salud.

El *Consensus Suicidio Online* sigue tres fases principales:

**Fase 1.** Creación de un modelo inicial sobre criterios adecuados para evaluar buenas prácticas en la atención a personas con riesgo de realizar comportamientos suicidas. El modelo lo forman un conjunto de ítems o proposiciones que se definen mediante preguntas. El modelo inicial ha sido propuesto por un grupo formado por un grupo reducido de expertos, y se ha basado en la literatura disponible.

**Fase 2.** Validación del modelo con un grupo ampliado de expertos y con un grupo piloto.

**Fase 3.** Aplicación del sistema de consenso al conjunto de profesionales de la SEP.

El modelo de participación consiste en responder preguntas “participativas”, utilizando una escala con diferenciales semánticos (que se puntúan de 1 a 6). Los extremos definen el rango de significado (estar en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Las preguntas permiten a los participantes expresar preferencias cuantitativas y opiniones cualitativas sobre cada ítem en particular. Después de responder a ciegas, los participantes pueden ver los votos agregados de los otros participantes y se les permite cambiar su voto (“segunda ronda”).

Los grupos de participantes propuestos son:

- Grupo expertos. Comité asesor formado por los miembros del comité de dirección de la SEP y del Grupo de Suicidio de la SEP.
- Grupo colectivo. Se envió a todos los psiquiatras socios de la SEP a través de e-mail personalizado. Se calcula que a partir de 200 respuestas se alcanza un valor de consenso medio que refleja “el conocimiento del grupo”.

El grupo de expertos, de forma asíncrona, responde las preguntas aportando así los valores iniciales del consenso. El grupo colectivo, constituido por todos los socios, al que se someten las proposiciones a consenso puede consultar referencias bibliográficas escogidas y accesibles en la web y también conocer la media de respuestas emitidas hasta ese momento por el resto de participantes, pero solo después de emitir su respuesta. De esta

manera puede analizarlas de forma reflexiva y modificarlas si así lo considera oportuno. Esta revisión de la respuesta inicial, en función del conocimiento de la respuesta media de todos los participantes anteriores, funciona como "una segunda ronda Delphi" en el método tradicional.

La encuesta consta de 21 preguntas que abordan diferentes propuestas basadas en el conocimiento actual sobre el suicidio y las intervenciones más eficaces para su prevención. En la **Tabla 3** se recogen las propuestas sometidas a valoración en el Consensus Suicidio con las dimensiones del grado de acuerdo, que tenía 6 niveles.

### DISCUSIÓN

El análisis de los resultados del *Consensus Suicidio* de la SEP se divulgará oportunamente para potenciar la difusión de la mejor evidencia disponible en prevención de las conductas suicidas. El objetivo de esta difusión es el de impulsar y promover su implementación en nuestro país bajo el liderazgo de los psiquiatras españoles.

Experiencias de éxito en la prevención del suicidio como la de Hampton<sup>24</sup>, que logró alcanzar un nivel cero de suicidios en una población de 200 000 habitantes en Michigan, durante más de dos años, deberían ser un estímulo para que las autoridades sanitarias prioricen su adaptación en nuestro medio mediante una estrategia nacional. El conocimiento de los extraordinarios resultados de la aplicación de del programa "*Perfect Depression Care*" no puede dejar indiferente a nadie con alguna responsabilidad en el diseño, la implementación y la aplicación de la atención sanitaria. En Estados Unidos, la experiencia de Michigan -entre otras-, ha impulsado el desarrollo de la "*National Action Alliance for Suicide Prevention*"<sup>25</sup>, una iniciativa público-privada que promueve la investigación pragmática y la implementación de estrategias eficaces en la prevención del suicidio en diversas ciudades norteamericanas, con un objetivo que busca la implicación de toda la sociedad y que puede parecer de entrada inalcanzable: los programas "*Zero Suicides*"<sup>26</sup>.

El abismo existente entre conocimiento científico y práctica clínica real es especialmente dramático en el campo de la prevención del suicidio. Por este motivo el proyecto *Consensus Suicidio* pretende contribuir, en la medida de lo posible, a reducir esta brecha, precisamente a través de extender el conocimiento compartido entre los psiquiatras que tienen la posibilidad de liderar el proceso de implementación de estas medidas preventivas en sus respectivas áreas de trabajo.

**Tabla 3.** Listado de propuestas sometidas a consenso mediante el método Delphi online.

<p><b>1. Impacto del suicidio</b></p> <p>El suicidio es una de las principales causas de carga por enfermedad en los países industrializados. <i>En absoluto / Totalmente de acuerdo</i></p>	<p><b>12. Detección del riesgo de suicidio</b></p> <p>La sensibilización sobre el riesgo de suicidio compete a toda la sociedad <i>En absoluto / Es imprescindible</i></p>
<p><b>2. Tentativas de suicidio</b></p> <p>Los antecedentes de tentativas de suicidio son el factor de riesgo de reintentos y de suicidio consumado de mayor magnitud <i>En absoluto / Totalmente de acuerdo</i></p>	<p><b>13. Evaluación del riesgo de suicidio (I)</b></p> <p>La evaluación inicial del nivel de riesgo (leve, moderado o alto) debe ser una competencia básica de cualquier profesional de la salud <i>En absoluto / Es imprescindible</i></p>
<p><b>3. Suicidio y enfermedad mental</b></p> <p>La gran mayoría de las personas que fallecen por suicidio presentan una enfermedad mental (un trastorno afectivo con más frecuencia) <i>Es un hallazgo casual / Es determinante</i></p>	<p><b>14. Evaluación del riesgo de suicidio (II)</b></p> <p>El uso de escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas <i>Es innecesario / Es imprescindible</i></p>
<p><b>4. Alcohol y suicidio</b></p> <p>El uso de alcohol se asocia con frecuencia al suicidio <i>Es un hallazgo casual / Es determinante</i></p>	<p><b>15. Evaluación del riesgo de suicidio (III)</b></p> <p>En un entorno especializado la evaluación del riesgo de suicidio debe ser completa, sistemática y registrada en la historia clínica <i>Solo en algunos casos / En todo caso sintomático</i></p>
<p><b>5. Otras drogas y suicidio</b></p> <p>El consumo de cocaína, heroína, y otras sustancias de abuso ilegales, se asocian con frecuencia al suicidio <i>Es un hallazgo casual / Es determinante</i></p>	<p><b>16. Programas de atención, evaluación y seguimiento</b></p> <p>Sobre los programas de atención, evaluación y seguimiento en los pacientes que realizan un intento de suicidio <i>No son necesarios / Son imprescindibles</i></p>
<p><b>6. Dimensiones psicológicas y suicidio</b></p> <p>Algunos factores psicológicos se asocian con frecuencia al suicidio (impulsividad, agresividad, desesperanza, etc.) <i>Es un hallazgo casual / Son determinantes</i></p>	<p><b>17. Servicios de Urgencias hospitalarios</b></p> <p>Para los programas de atención, evaluación y seguimiento en los pacientes con riesgo de suicidio, los servicios de urgencias hospitalarios son una oportunidad para iniciarlos <i>No corresponde / Es imprescindible</i></p>
<p><b>7. Prevención del suicidio</b></p> <p>El suicidio se puede prevenir actuando sobre los factores de riesgo modificables <i>Muy ocasionalmente / A menudo</i></p>	<p><b>18. Acceso a la atención especializada</b></p> <p>La mayoría de las personas que fallecen por suicidio no han tenido la oportunidad de acceder a un tratamiento especializado <i>En desacuerdo / Totalmente de acuerdo</i></p>
<p><b>8. Registro de suicidios</b></p> <p>En relación a la existencia de un registro de suicidios fiable que permita el análisis sectorizado <i>Es innecesario / Es imprescindible</i></p>	<p><b>19. Continuidad asistencial</b></p> <p>En los pacientes con trastorno mental y riesgo de suicidio debe asegurarse la continuidad de cuidados y la adherencia al tratamiento indicado <i>Depende del caso / En todos los casos</i></p>
<p><b>9. Registro de tentativas de suicidio</b></p> <p>La existencia de un registro de tentativas de suicidio que reciben atención hospitalaria <i>Es innecesario / Es imprescindible</i></p>	<p><b>20. Plan de prevención individualizado</b></p> <p>El plan individualizado de prevención del suicidio que incluya las medidas de seguridad adecuadas debe registrarse expresamente en la Hª Clínica <i>No es necesario / Es imprescindible</i></p>
<p><b>10. Registro del riesgo de suicidio en la Historia Clínica Electrónica</b></p> <p>El registro del nivel de riesgo de suicidio (leve, moderado, etc.) en la Hª Clínica Electrónica durante un tiempo limitado (p. ej. 12 meses) puede facilitar la prevención del suicidio en entornos sanitarios integrados (con el consentimiento del paciente) <i>En desacuerdo / Totalmente de acuerdo</i> <i>Son un dato más / Son determinantes</i></p>	<p><b>21. Programas educativos multinivel sobre suicidio</b></p> <p>Los programas educativos sobre prevención del suicidio -liderados por los especialistas de Salud Mental-, deben dirigirse no solo a los médicos de Primaria sino también a otros agentes sociales y a la población general <i>No son necesarios / Son imprescindibles</i></p>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes J, Giner J, Saiz J (eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011. Disponible en: <[http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio\\_y\\_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf](http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf)>
2. Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la Causa de Muerte* 2013. Disponible en: <<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>>
3. World Health Organization. *Preventing suicide. A global imperative*. Luxemburg, 2014. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)>
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2010. Disponible en: <[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)>
5. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Pla de Salut de Catalunya* 2011-2015. Disponible en: <[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)>
6. World Health Organization. Mental Health Suicide Prevention (SUPRE, 2012). [en internet] <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)> [último acceso: 10 marzo 2016]
7. World Health Organization. *The European Mental Health Action Plan*. Çesme Izmir (Turkey): Committee for Europe; 16-19 setember 2013. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf)>
8. Van der Feltz-Cornelis C, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Alenka ič Grum AT, Carli V, McDaid D, O'Connor R, Maxwell M, Ibelshäuser A, Van Audenhove C, Scheerder G, Sisask M, Gusmão R, Hegerl U. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. *Crisis*. 2011; 32(6): 319-333
9. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis C, *et al*. The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9: 51-8. [en internet] <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/15622970701216681>> [último acceso: 10 marzo 2016]
10. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164
11. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. 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
12. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008 Sep;13(5):243-56
13. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallés V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palo DJ. 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;147(1-3):269-76
14. CAtsalut. Instrucció 10/2015. *Atenció a les persones en risc de suïcidi* (CRS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible en: <[http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2015/instruccio\\_10\\_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf)>
15. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, León-Martínez V, Pérez-Solà V, Palao Vidal DJ. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord* 2013; 25; 150 (3): 840-6

16. Artieda-Urrutia P, Parra Uribe I, García-Pares G, Palao D, de León J, Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: is the World upside down? *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May;48(5):399-401
17. "Associació de Supervivents" (DSAS) constituïda en el any 2012. [en internet] <<https://www.despresdelsuicidi.org/>> [último acceso: 10 marzo 2016]
18. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, *et al*. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064-74. [en internet] <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=201761>> [último acceso: 10 marzo 2016]
19. Goldney RD. Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*. 2005; 26, 128-140
20. Jorm AF. Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Oct;49(10):887-97
21. Surowiecki J. *The Wisdom of Crowds: Why the Many Are Smarter than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies, and Nations*. Nueva York: Doubleday Books, 2004
22. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012 Jan-Mar;5(1):8-23. [en internet] <<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-comportamiento-suicida-esp%C3%B1a-90102751>> [último acceso: 10 marzo 2016]
23. Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics for Innovation*. Nueva York: Oxford University Press, 1995
24. Hampton T. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1903-5. [en internet] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=jama+depression+care+effort+brings+dramatic+drop+in+large+hmo>> [último acceso: 10 marzo 2016]
25. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. U.S. *National Suicide Prevention Research Efforts: 2008-2013 Portfolio Analyses*. Rokville, MD: National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force, 2015. [en internet] <[www.suicide-research-agenda.org](http://www.suicide-research-agenda.org)> [último acceso: 10 marzo 2016]
26. Programme "Zero Sucides". [en internet] <[www.zerosucides.com](http://www.zerosucides.com)> [último acceso: 10 marzo 2016]



## ANTECEDENTES

**D**esde la introducción de los antidepresivos (ATD) se sabe que, ocasionalmente y durante los primeros días, pueden aparecer ideas suicidas o que el paciente puede cometer actos suicidas. En la década de los sesenta, en la Facultad de Medicina de Barcelona, el Profesor Eduardo Cuenca nos explicaba que uno de los graves inconvenientes de los antidepresivos (en aquel momento solo se disponía de tricíclicos e IMAOs), era el peligro que los pacientes, durante el primer mes, podían cometer actos suicidas ya que estos fármacos lo primero que hacían era aumentar la energía antes de mejorar el estado de ánimo, incluso pueden producir aumento inicial de la agitación o pueden aparecer ideas suicidas no manifestadas anteriormente. Estas características de los antidepresivos que nos enseñaba el Prof. Cuenca, y que conocían todos los clínicos con un mínimo de experiencia, parece que cayeron en el olvido hasta el extremo que David Nutt tuvo que recordarlo en 2003<sup>1</sup>.

Hagamos un poquito de historia. El tema es tan antiguo que, si buscan en cualquier base de datos, como puede ser PubMed, ya se encuentran referencias entre suicidio y Tofranil o IMAOs en el año 1962<sup>2,3</sup>, pero no es hasta 1990 cuando aparece en el AJP de febrero el famoso artículo de Teicher *et al.*<sup>4</sup> en el que relatan la aparición de ideas suicidas en 6 pacientes tratados con fluoxetina y que produjo una avalancha de replicas y contra-rélicas en la misma revista (octubre, noviembre y diciembre de 1990, agosto y septiembre de 1991, abril y diciembre de 1992)<sup>5</sup>, una reunión internacional en Londres, a la que tuve el honor de asistir, y en la que se concluyó que no había datos que permitieran asegurar que la fluoxetina indujera ideas suicidas. El tema terminó con un sonado juicio contra la Iglesia de la Cienciología quien parecía haber sido la promotora del estudio acusador.

## REINICIO DEL TEMA

Sin embargo, la mayoría de los clínicos continúan creyendo que esta historia se inicia en este 2003 al reanalizarse los datos de los estudios clínicos con paroxetina<sup>6</sup>, se extiende a los otros ISRS<sup>7</sup> y luego a todos los antidepresivos<sup>8</sup> y se aprecian razones suficientes para considerar que los ATD, especialmente los ISRS; pueden inducir ideas suicidas o intentos de suicidio en niños y adolescentes. Hay estudios que indican que niños y adolescentes que inician tratamientos con nuevos ATD presentan un riesgo del 4% de desarrollar pensamientos o conducta suicida en comparación del 2% de los tratados con placebo<sup>9</sup>. Cuando se revisan las edades de peligro, parece que es hasta los 18, aunque hay una franja de relativo peligro entre los 18 y los 24<sup>10</sup>.

Se crea una gran alarma social y varias agencias como la FDA, *American Academy of Pediatrics* (AAP) y *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* publican estrictas guías y recomendaciones para la utilización de ISRS en niños y adolescentes<sup>11</sup> que hacen que baje la prescripción de antidepresivos en la supuesta población de riesgo.

Sin embargo, e insistimos, no había cambiado nada, ya que la situación clínica real de los pacientes en el momento que entran en condición de suicidabilidad es un estado de activación, que se conoce desde hace décadas, al incrementarse la energía antes de mejorar el estado de ánimo y que actualmente se conoce como síndrome de activación (SA)<sup>12</sup> o, si había cambiado, era que había una franja de edad más sensible que otras.

Pero debemos aceptar que el suicidio es un problema importante en los adolescentes y de difícil manejo<sup>13</sup> y que la predicción de suicidio mediante escalas da, como mínimo, un 30% de falsos positivos<sup>14</sup>. Asimismo, en los últimos años ha disminuido el nº de suicidios entre los adolescentes y una de las razones es la prescripción de ATD<sup>15</sup>.

Hay que dejar muy claro que no hay dudas de que la depresión no tratada es una de las mayores causas de suicidio y más de la mitad de los suicidas depresivos habían contactado los servicios de salud antes de cometer el acto suicida y que el tratamiento a corto y largo plazo de los trastornos afectivos disminuye la morbilidad y mortalidad por suicidio incluso en la población de alto riesgo<sup>16</sup>.

La bibliografía sobre el tema es enorme. La búsqueda en PubMed de "*antidepressants AND suicide*" arroja: 1512 citas desde 1963 hasta 2006. Hay muchos estudios epidemiológicos que muestran que los ATD disminuyen la suicidabilidad<sup>17-24</sup> a otros más actuales que comentaremos posteriormente.

Por otra parte, en los ensayos clínicos se excluye a los pacientes con ideas suicidas y no es lo mismo tener ideas suicidas que cometer actos suicidas.

¿Cómo es posible que un antidepresivo induzca o agrave la ideación suicida? En 1993, Teichel<sup>25</sup> propuso una serie de mecanismos para inducir o exacerbar las tendencias suicidas:

- Incrementar la energía para actuar sobre una ideación suicida ya existente
- Empeorando paradójicamente la depresión
- Induciendo acatisia asociada a impulsos auto-destructivos o agresivos
- Induciendo ataques de pánico
- Provocando estados maníacos o mixtos
- Produciendo insomnio grave o interfiriendo con la arquitectura del sueño
- Induciendo un estado obsesivo orgánico
- Produciendo un trastorno de personalidad orgánico de tipo límite
- Exacerbando o induciendo alteraciones electro-encefalográficas o neurológicas

Sabemos que existe una relación entre antidepresivos y suicidio, pero debemos definir cómo y cuando. Sabemos que se produce en las primeras semanas de tratamiento<sup>12</sup>, pero no olvidemos que la situación clínica real de los pacientes en el momento que, como hemos dicho, entran en condición de suicidabilidad es un estado de activación, que se conoce desde hace décadas, al incrementarse la energía antes de mejorar el estado de ánimo.

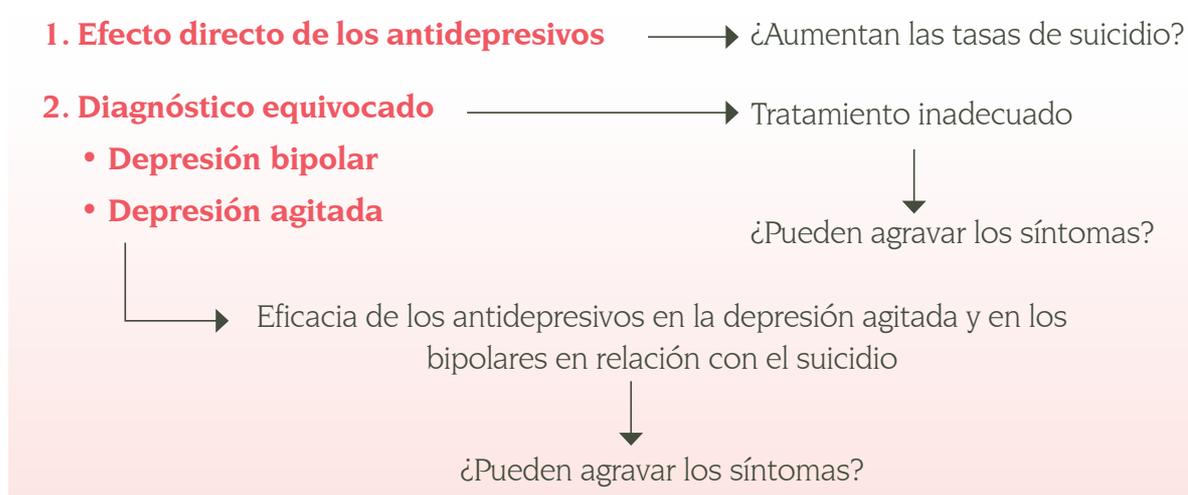
Este estado de activación lo describió perfectamente Nutt en 2003<sup>1</sup> en un artículo referido a los ISRS. En este artículo analiza la opinión existente de que los ISRS pueden inducir al suicidio a los pacientes deprimidos y, en casos extremos, pueden incluso aumentar la agresividad llegando hasta el homicidio.

Según afirma Nutt<sup>1</sup>, todo dependería de si es verdad que los ISRS pueden inducir pensamientos suicidas incluso en voluntarios normales y este efecto puede persistir más allá de la duración del tratamiento farmacológico<sup>26-29</sup>. Es cierto que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de suicidio, y antidepresivos reducen esta tratando la depresión. En segundo lugar, los antidepresivos son tóxicos en caso de sobredosis y los fármacos más antiguos, especialmente los antidepresivos tricíclicos (ATC), han sido los fármacos más utilizados para los suicidios consumados<sup>30</sup>. En tercer lugar, durante la recuperación de la depresión, aumenta el riesgo de suicidio en el momento que algunos síntomas de la depresión, por ejemplo, pérdida de energía (anergia, retraso) empiezan a mejorar. Este efecto de "activación" es el responsable de que el suicidio tenga éxito es un fenómeno que ha sido reconocido incluso antes de la aparición de los antidepresivos, ya que también se observa con la terapia electroconvulsiva<sup>1</sup>.

Siguiendo con el razonamiento de este autor, los ISRS (y otros antidepresivos) pueden causar agitación y la activación en el inicio del tratamiento que puede hacer que los pacientes se sientan peor aún, lo que aumenta el riesgo de suicidio. La activación es un efecto de los ISRS que se caracteriza por la aparición o empeoramiento de insomnio, ansiedad y la sensación de inquietud y agitación. Esta activación puede reflejar la activación del receptor 5-HT<sub>2</sub> secundario a un aumento de 5-HT en la sinapsis ya que los antagonistas 5-HT<sub>2</sub> (por ejemplo, trazodona) se pueden utilizar para reducirlo, por lo menos por la noche, y no se observa con nefazodona y mirtazapina. Hay evidencia emergente que los polimorfismos de los receptores 5-HT pueden predisponer a estos y otros efectos adversos de los ISRS<sup>1</sup>.

El segundo nivel de discusión se estableció en si todos tenían el mismo efecto o unos más y otros menos. Si revisan la literatura tienen para todos los gustos, con estudios sesgados al máximo.

En 2011, en un libro que publicamos entre varios autores<sup>31</sup> propusimos el siguientes esquema:



De ahí surgen una serie de preguntas como:

- ¿Es verdad que los antidepresivos pueden incrementar el riesgo de ideas y actos suicidas en niños y adolescentes olvidando que estos son un síntoma de la depresión?
- ¿Estamos sobrevalorando un riesgo que se puede controlar y arriesgando que muchos niños y adolescentes queden sin tratamiento por no valorar que el no tratamiento de una depresión también puede conducir al suicidio?
- ¿Estarán bien hechos los estudios epidemiológicos?
- ¿Quién determina que los niños tienen ideas suicidas?
- ¿Se han diferenciado correctamente ideas y actos suicidas?
- ¿Por qué en niños y adolescentes y no en adultos?
- ¿Por qué disminuyeron el número de suicidios en adolescentes en proporción con el incremento del número de prescripciones de antidepresivos en Nueva York desde 1990 al 2000?<sup>32</sup>
- ¿Por qué no todos los estudios concuerdan, incluso cuando se analiza la influencia de la paroxetina?<sup>33,34</sup>
- En un estudio sobre prescripción de ATD en atención primaria en GB de 1993 a 1999, en el que se incluyeron 159 810 pacientes, ninguno de los ATD (amitriptilina, fluoxetina, paroxetina y dotiepina) indujo ideas suicidas incluso en adolescentes de 10 a 14 años<sup>35</sup>
- ¿Por qué la fluoxetina es más segura que los otros antidepresivos en el tema de la suicidabilidad en adolescentes? ¿hay razones farmacológicas?<sup>36</sup>
- ¿El diagnóstico es correcto?  
Hay autores que opinan que solo serían peligrosos en casos de bipolaridad<sup>37</sup> en depresiones agitadas o si producen activación<sup>38</sup>.
- ¿Por qué el milnacipram disminuye la suicidabilidad<sup>39</sup>?
- ¿Por qué la FDA permite, desde el 20 de marzo de 2009, administrar escitalopram a jóvenes de 12 a 17 años y no citalopram cuando algunos "sabios" dicen que es lo mismo?

Para terminar este apartado, ya que los datos en favor y en contra podrían rellenar decenas de folios, nos gustaría precisar cuatro aspectos. El primero es la que se refiere a la utilización de un nuevo método estadístico para el análisis de efectos adversos reportados espontáneamente y que implica técnicas Bayesianas para factores de multiplicación para cada fármaco, y para un efecto adverso concreto, basándose en un modelo de regresión de Poisson. Aplicando este método, los nuevos antidepresivos están asociados a una menor tasa de reportes de efectos adversos relacionados con el suicidio que los antiguos ATD<sup>40</sup>. El segundo es un dato epidemiológico: cuando las alarmas indujeron la disminución del uso de ATD entre 2003 y 2004, por primera vez en una década, aumentó la tasa de suicidios en adolescentes en los EE. UU.<sup>41</sup>. El tercero es una posibilidad etiológica: de los pacientes incluidos en el estudio STAR-D se genotiparon 1915 pacientes. Se compararon los alelos y las frecuencias de los genotipos entre los 120 participantes que presentaron ideación

suicida y los que no la presentaron. Se encontraron dos marcadores asociados significativamente: rs4825476 ( $p=0,0000784$ , odds ratio=1,94; permutación  $p=0,01$ ) y rs2518224 ( $p=0,0000243$ , odds ratio=8,23; permutación  $p=0,003$ ). Estos marcadores residen en los genes GRIA3 y GRIK2 que codifican los receptores ionotrópicos del glutamato y están asociados con la ideación suicida durante el tratamiento con citalopram<sup>42</sup>.

En cuarto lugar y último, los ensayos clínicos no pueden determinar si los ATD aumentan o disminuyen el riesgo de verdaderos intentos de suicidio o muertes por suicidio ya que estos se producen raramente<sup>43</sup> y en una revisión realizada en 2006 no se habían producido muertes por suicidio y pocos intentos en ensayos clínicos con ATD en adolescentes<sup>44</sup>. Para que un ensayo clínico pudiera evaluar con fiabilidad la posibilidad de muerte por suicidio necesitaría un número de pacientes muy superior de los que se han incluido hasta ahora<sup>43</sup>.

Para solventar el problema se puede hacer un análisis observacional de datos procedentes de poblaciones más amplias pero añadimos otros problemas: si comparamos simplemente las tasas de suicidio entre los que toman ATD y los que no los toman, concluimos erróneamente que los ATD aumentan el riesgo de suicidio ya que una de las razones para prescribir ATD es la ideación suicida<sup>43</sup>.

En 2007, viendo lo que en castellano castizo decimos "se han pasado tres pueblos", el recientemente dimitido director del NIMH Thomas R. Insel, hizo la siguiente declaración: *"Although we cannot ignore the possibility that antidepressants may exacerbate suicidal thoughts and actions in some children, it would be worse to let these children go untreated" (...)* *"This study indicates that more children are ultimately helped by antidepressant treatment than harmed"*.

Podríamos hacernos preguntas hasta el infinito y siempre habría dos bandos: los partidarios y los contrarios de la "black box". Yo me quedo con lo que decía el Prof. Cuenca: en una depresión hay que dar antidepresivos y vigilar al los pacientes durante el primer mes. Si no se los das, es posible que se suiciden y si se los das, también, pero muchísimo menos.

#### ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO EN LA ACTUALIDAD

Podríamos empezar con los títulos de algunos trabajos representativos: *"Link between FDA antidepressant warnings and increased suicide attempts in young people ins questionable"*, publicado por M. Olfson y M. Schoenbaum en el BMJ en 2014<sup>45</sup> en el que se cuestiona la relación entre las advertencias de la FDA y el aumento de los intentos de suicidio en adolescentes tras la administración de ATD; *"Study findings on FDA antidepressant warnings and suicide attempts in young people: a false alarm?"* Publicado por C Barber et al. también en le BMJ este año<sup>46</sup> en el que lo consideran una falsa alarma o *"Antidepressants and risk of suicide:reported differences among drugs are important to know but hard to interpret"* por M. Sinyor y AH. Cheung en BMJ<sup>47</sup>. Pero creo más interesante referirnos a estudios actuales y me gustaría destacar uno realizado en Andalucía: *"Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía"* publicado en 2014<sup>48</sup>.

En este estudio analizaron la evolución temporal de la mortalidad por suicidio en Andalucía entre 1975 y 2012, y su relación con el uso de antidepresivos y el desempleo. Para estimar los cambios de tendencia se utilizaron modelos segmentados de regresión de Poisson y la correlación se midió mediante el coeficiente de Spearman. La tendencia de la

mortalidad por suicidio es ascendente, y son las personas de 15 a 44 años de edad las que presentan aumentos más acusados, con un porcentaje de cambio anual de 1,21 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,7-1,7) para los hombres y de 0,93 (IC 95%: 0,4-1,4) para las mujeres. La mortalidad por suicidio ha aumentado desde 1975 en todos los grupos de edad y sexo, salvo en las mujeres ancianas. En las últimas décadas se aprecian tendencias ascendentes en los jóvenes, y estables o descendentes en el resto, que no están asociadas con el desempleo ni con el uso de antidepresivos.

Coupland *et al.*<sup>49</sup> han publicado un trabajo "Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database" en el que en un estudio de cohorte se estudió la posible relación entre la administración de antidepresivos y suicidio. Durante el seguimiento, el 87,7% (n = 209 476) de la cohorte recibió una o más recetas para antidepresivos. La mediana de duración del tratamiento fue de 221 días. Durante los primeros cinco años de seguimiento de hubo 198 casos de suicidio y 5243 casos de intento de suicidio o de autolesiones. No hubo diferencias significativas entre los distintos antidepresivos utilizados. Los riesgos absolutos de suicidio en un año oscilaron desde 0,02% para la amitriptilina a 0,19% para mirtazapina.

No hubo diferencia significativa en la tasa de intento de suicidio o autolesiones con tricíclicos (0,96, 0,87 a 1,08) en comparación con ISRS, pero la tasa de intento de suicidio o autolesiones fue significativamente mayor para otros antidepresivos (1,80, 1,61 a 2,00). Las ratios ajustadas por intento de suicidio o auto lesión se incrementaron significativamente en tres de los más medicamentos comúnmente prescritos en comparación con citalopram: venlafaxina, trazodona y mirtazapina, disminuyendo significativamente con amitriptilina. El riesgo absoluto de intento suicidio o autolesiones más de un año osciló entre el 1,02% para la amitriptilina a 2,96% para la venlafaxina. Las tasas fueron más altas en los primeros 28 días después de comenzar el tratamiento y continuaron aumentando en los primeros 28 días después de dejar de tratamiento.

Los autores concluyen que las tasas de suicidio e intento de suicidio o autolesiones fueron similares durante los períodos de tratamiento con ISRS y tricíclicos y las tasas más altas de suicidio e intento de suicidio o auto lesiones se asociaron mirtazapina, venlafaxina, y trazodona, pero el número de suicidios era pequeña dando lugar a estimaciones imprecisas. Como se trata de un estudio observacional los resultados pueden reflejar sesgos de indicación y de gravedad de la depresión así como las diferentes características de los pacientes a los que se prescriben estos fármacos. Las tasas de aumento en los primeros 28 días al iniciar y detener la administración de antidepresivos hacen necesario insistir en vigilar a estos pacientes durante estos períodos.

En 2014, Cooper *et al.* publicaron en *Pediatrics*<sup>50</sup> un interesante estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 36 842 niños de 6 a 18 años inscritos en Medicaid de Tennessee entre 1995 y 2006 que eran los nuevos usuarios de 1 de los medicamentos antidepresivos de interés (no habían tomado antidepresivos en los 365 días anteriores). Se identificaron los intentos de suicidio tratados a partir de archivos de Medicaid y los registros vitales y confirman con revisión de historias clínicas. Cuatrocientos diecinueve integrantes de la cohorte tenían un intento de suicidio tratado médicamente con el intento explícito o inferido a morir, incluyendo 4 que completó el suicidio. La tasa de intentos de suicidio confirmados para los

fármacos del estudio varió de 24,0 por 1000 personas-año de 29,1 por 1000 personas-año. La tasa ajustada de intentos de suicidio no difirió significativamente entre los que habían tomado ISRS o IRSN en comparación con los que tomaban actualmente fluoxetina. Los que tomaban varios antidepresivos el riesgo de intento de suicidio era mayor. En este estudio basado en la población de niños que iniciaron recientemente un tratamiento antidepresivo, no había pruebas de que el riesgo de intentos de suicidio fuera diferente para los antidepresivos ISRS y IRSN más comúnmente prescritos.

Para investigar si las advertencias ampliamente publicitadas en 2003 de la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos sobre un posible aumento del riesgo de suicidio con el uso de antidepresivos en los jóvenes se asociaron con cambios en el uso de antidepresivos, intentos de suicidio y suicidios entre los jóvenes, *Lu et al.*<sup>51</sup> diseñaron un estudio cuasi-experimental de evaluación de los cambios en los resultados después dichas advertencias. Incluyeron adolescentes (alrededor de 1,1 millones), adultos jóvenes (alrededor de 1,4 millones), y adultos (unos 5 millones). Los resultados se midieron por las tasas de dispensación antidepresivo, intoxicaciones por psicofármacos (un proxy de validados para los intentos de suicidio), y los suicidios consumados. Los resultados mostraron que las tendencias en el uso de antidepresivos intoxicaciones cambiaron bruscamente después de las advertencias de la FDA. En el segundo año después de las advertencias, los cambios relativos en el uso de antidepresivos eran -31,0% (95% intervalo de confianza del -33,0% al -29,0%) entre los adolescentes, -24,3% (-25,4% al -23,2%) entre los adultos jóvenes, y -14,5% (-16,0% al -12,9%) entre los adultos. Estas reducciones absolutas reflejadas de 696, 1216 y 1621 dispensaciones por cada 100.000 personas entre los adolescentes, adultos jóvenes y adultos, respectivamente. Al mismo tiempo, hubo aumentos significativos, relativos en las intoxicaciones por psicofármacos en adolescentes (21,7%, 95% intervalo de confianza del 4,9% al 38,5%) y adultos jóvenes (33,7%, 26,9% y 40,4%), pero no entre los adultos (5,2%, - 6,5% a 16,9%). Estos incrementos absolutos reflejadas de 2 y 4 intoxicaciones por cada 100 000 personas entre los adolescentes y adultos jóvenes, respectivamente (aproximadamente 77 intoxicaciones adicionales en nuestra cohorte de 2,5 millones de jóvenes). Los suicidios consumados no cambiaron para cualquier grupo de edad. Las conclusiones del trabajo fueron que los avisos de seguridad sobre los antidepresivos y amplia cobertura mediática disminuyeron el uso de antidepresivos, y hubo aumentos simultáneos en los intentos de suicidio entre los jóvenes. Es esencial para controlar y reducir las posibles consecuencias no deseadas de las advertencias de la FDA y la presentación de informes de los medios.

Como pueden suponer este artículo ha traído cantidad de réplicas y contrarréplicas en la literatura médica.

#### ¿SOLO LOS ANTIDEPRESIVOS?

Además de los antidepresivos se han relacionado otros medicamentos con suicidio. Parece que los pacientes epilépticos tienen mayor riesgo de suicidio (ideación o comportamiento suicida). Las tasas de mortalidad estandarizadas estimados para el suicidio en personas con epilepsia son por lo general entre 3 y 5. La FDA realizó un meta-análisis de 199 estudios controlados con placebo de 11 fármacos antiepilépticos. Se contabilizaron cuatro suicidios consu-

mados en aquellos que habían tomado antiepilépticos y ninguno en los que recibieron placebo. El odds ratio para la conducta suicida o ideación fue de 1,8 (IC del 95%: 1,24, 2,66), lo que sugiere que las personas que toman antiepilépticos tienen más riesgo que los que tomaron placebo. La odds ratio se elevó de manera significativa para las personas que toman fármacos antiepilépticos para la epilepsia, pero no para las otras indicaciones<sup>52,53</sup>.

Si la relación entre antiepilépticos y riesgo de suicidio podría entrar dentro de una cierta lógica, más rara nos parece la relación entre estatinas lipofílicas en pacientes con trastornos afectivos y suicidio<sup>54</sup> relación que se explica por la disminución de los niveles de colesterol que, a su vez, está relacionada con la disminución de la actividad serotoninérgica agresividad y suicidio<sup>55</sup>.

Finalmente, y a modo de anécdota, también se han descrito asociaciones entre natalizumab (fármaco utilizado en el tratamiento de la esclerosis múltiple)<sup>56</sup>, beta-interferón<sup>57</sup> o la teofilina<sup>58</sup> y el suicidio.

### CONCLUSIONES

Es evidente que existe una clara relación entre la administración de antidepresivos y suicidio, relación que conocemos desde la introducción de los tricíclicos y los IMAO. El mayor peligro se manifiesta durante el primer mes de tratamiento al incrementarse la energía sin que desaparezcan los síntomas nucleares de la depresión o si suprimimos bruscamente la medicación. Esto lo sabíamos sin necesidad de que ocultaran datos de los ensayos clínicos de la paroxetina y que en las depresiones agitadas y en los bipolares el peligro era mayor.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Nutt DJ. Death and dependence: current controversies over the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Psychopharmacol*. 2003 Dec;17(4):355-64
2. Heves HP. A suicide attempt with Tofranil. *J Wien Med Wochenschr*. 1962; Apr28;112:334-5
3. Bacon GA. Successful suicide with tranylcypromine sulfate. *Am J Psychiatry*. 1962 Dec;119:585
4. Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1990 Feb;147(2):207-10
5. Tollefson GD. Fluoxetine and suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1990 Dec;147(12):1691-3
6. Food and Drug Administration. FDA statement regarding the antidepressant Paxil for the pediatric population. [en internet] <[www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ans012302.htm](http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ans012302.htm)> [último acceso: 10 marzo 2016]
7. Caballero J, Nahata MC. Selective serotonin-reuptake inhibitors and suicidal ideation and behavior in children. *Am J Health-Syst Pharm*. 2005; 62:864-7
8. Food and Drug Administration. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. [en internet] <[www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm)> [último acceso: 10 marzo 2016]
9. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Mar;63(3):332-9
10. Leon AC. The revised warning for antidepressants and suicidality: unveiling the black box of statistical analyses. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec;164(12):1786-9
11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Supplementary talking points for child and adolescent psychiatrists regarding the FDA black box warning on the use of antidepressants for pediatric patients. Disponible en: <[www.aacap.org/Announcements/pdfs/BlackBoxTalkingPoints.pdf](http://www.aacap.org/Announcements/pdfs/BlackBoxTalkingPoints.pdf)>
12. Culpepper L, Davidson JR, Dietrich AJ, Goodman WK, Kroenke K, Schwenk TL. Suicidality as a possible side effect of antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jun;65(6):742-9
13. Glaser K. The treatment of depressed and suicidal adolescents. *Am J Psychother*. 1978 Apr;32(2):252-69
14. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002 Jul 27;360(9329):319-26
15. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):978-82
16. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2-3):167-81
17. Whitlock FA. Suicide in Brisbane, 1956 to 1973: the drug-death epidemic. *Med J Aust*. 1975 Jun 14;1(24):737-43
18. Priest RG, Beaumont G, Raptopoulos P. Suicide, attempted suicide and antidepressant drugs. *J Int Med Res*. 1980;8 Suppl 3:8-13
19. Asberg M, Eriksson B, Mårtensson B, Träskman-Bendz L, Wägner A. Therapeutic effects of serotonin uptake inhibitors in depression. *J Clin Psychiatry*. 1986 Apr;47 Suppl:23-35
20. Montgomery SA. Suicide and antidepressants. *Drugs*. 1992;43 Suppl 2:24-30
21. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ*. 2003 May 10;326(7397):1008
22. Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J Clin Psychiatry*. 2004 Nov;65(11):1456-62
23. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):165-72
24. Isacsson G, Holmgren P, Ahlner J. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Apr;111(4):286-90

25. Teicher MH, Glod CA, Cole JO. Antidepressant drugs and the emergence of suicidal tendencies. *Drug Saf.* 1993 Mar;8(3):186-212
26. Healy D, Langmaak C, Savage M. Suicide in the course of the treatment of depression. *J Psychopharmacol.* 1999 13: 94-99
27. Healy D. Emergence of antidepressant induced suicidality. *Primary Care Psychiatry.* 2000 6: 23-28
28. Healy D. SSRIs and deliberate self-harm. *Br J Psychiatry.* 2002 180: 547
29. Healy D. Lines of evidence on the risks of suicide with the SSRIs. *Psychother Psychosomat.* 2003 22: 72-79
30. Henry JA. Epidemiology and relative toxicity of antidepressant drugs in overdose. *Drug Safety.* 1997;16: 374-390
31. Gibert Rahola J, Álvarez E, Baca E, Bobes J, Casais L, Cuenca E, et al. *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar.* 4ª edición. Madrid: Ed. J. Gibert. Aula Médica, 2011
32. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Oct;60(10):978-82
33. Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Teres JJ. Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. *J Clin Psychiatry.* 2004 Jul;65(7):915-8
34. Valuck RJ, Libby AM, Sills MR, Giese AA, Allen RR. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study. *CNS Drugs.* 2004;18(15):1119-32
35. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA.* 2004 Jul 21;292(3):338-43
36. Beasley CM Jr, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH Jr, Heiligenstein JH, Thompson VL, Murphy DJ, Masica DN. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ.* 1991 Sep 21;303(6804):685-92
37. Berk M, Dodd S. Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression? *Med Hypotheses.* 2005;65(1):39-43
38. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord.* 2005 Apr;85(3):245-58
39. Courtet P. Suicidality: risk factors and the effects of antidepressants. The example of parallel reduction of suicidality and other depressive symptoms during treatment with the SNRI, milnacipran. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010 Sep 7;6:3-8
40. Gibbons RD, Segawa E, Karabatsos G, Amatya AK, Bhaumik DK, Brown CH, et al. Mixed-effects Poisson regression analysis of adverse event reports: the relationship between antidepressants and suicide. *Stat Med.* 2008 May 20;27(11):1814-33
41. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 2007 Sep;164(9):1356-63
42. Laje G, Paddock S, Manji H, Rush AJ, Wilson AF, Charney D, McMahon FJ. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry.* 2007 Oct;164(10):1530-8
43. Simon G. Antidepressants and suicide. *BMJ.* 2008 Mar 8;336(7643):515-6
44. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Mar;63(3):332-9
45. Olfson M, Schoenbaum M. Link between FDA antidepressant warnings and increased suicide attempts in young people is questionable. *BMJ.* 2014 Oct 9;349:g5614
46. Barber C, Azrael D, Miller M. Study findings on FDA antidepressant warnings and suicide attempts in young people: a false alarm? *BMJ.* 2014 Oct 9;349:g5645

47. Sinyor M, Cheung AH. Antidepressants and risk of suicide. *BMJ*. 2015 Feb 19;350:h783
48. Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain). *Gac Sanit*. 2014 Jul-Aug;28(4):309-12
49. Coupland C, Hill T, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *BMJ*. 2015 Feb 18;350:h517
50. Cooper WO, Callahan ST, Shintani A, Fuchs DC, Shelton RC, Dudley JA, Graves AJ, Ray WA. Antidepressants and suicide attempts in children. *Pediatrics*. 2014 Feb;133(2):204-10
51. Lu CY, Zhang F, Lakoma MD, Madden JM, Rusinak D, Penfold RB, Simon G, Ahmedani BK, Clarke G, Hunkeler EM, Waitzfelder B, Owen-Smith A, Raebel MA, Rossom R, Coleman KJ, Copeland LA, Soumerai SB. Changes in antidepressant use by Young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ*. 2014 Jun 18;348:g3596
52. Bell GS, Mula M, Sander JW. Suicidality in people taking antiepileptic drugs: What is the evidence? *CNS Drugs*. 2009;23(4):281-92
53. Mula M, Sander JW. Suicide and epilepsy: do antiepileptic drugs increase the risk? *Expert Opin Drug Saf*. 2015 Apr;14(4):553-8
54. Davison KM, Kaplan BJ. Lipophilic statin use and suicidal ideation in a sample of adults with mood disorders. *Crisis*. 2014 Jan 1;35(4):278-82
55. Wallner B, Machatschke IH. The evolution of violence in men: the function of central cholesterol and serotonin. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Apr 30;33(3):391-7
56. Mumoli L, Ciriaco M, Gambardella A, Bombardiere GN, Valentino P, Palleria C, Labate A, Russo E. A possible case of natalizumab-dependent suicide attempt: A brief review about drugs and suicide. *J Pharmacol Pharmacother*. 2013 Dec;4(Suppl 1):S90-3
57. Lana-Peixoto MA, Teixeira AL Jr, Haase VG. Interferon beta-1a-induced depression and suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002 Sep;60(3-B):721-4
58. Favreau H, Bacon SL, Joseph M, Labrecque M, Lavoie KL. Association between asthma medications and suicidal ideation in adult asthmatics. *Respir Med*. 2012 Jul;106(7):933-41



# SUICIDIO Y TABÚ: UN COMENTARIO A PROPÓSITO DE LA MUERTE DEL ESCRITOR CHECO BOHUMIL HRABAL

L. Caballero, D. Rothova

Es sabido que cierta "corrección" social y mediática tiende a ocultar la causalidad suicida de muchas muertes; de este hecho puede resultar una limitación en el conocimiento del fenómeno y su posible prevención. Vakin<sup>1</sup> ha postulado que el suicidio "viola el contrato social por el que las estructuras de poder regulan la vida de los ciudadanos", lo cual activa una censura que puede observarse, incluso, en medios académicos. Un ejemplo de ello puede ser que de 57 691 referencias sobre suicidio encontradas en la base médica de datos PUBMED (2014) solo una (Levin, 2012)<sup>2</sup> menciona la palabra "tabú". Igualmente, en la web del *American Journal of Suicidology* solo 2 de 310 entradas se refieren al tabú del suicidio (y aun así, lo hacen a los supervivientes al suicidio).

La versión oficial de la muerte del escritor checo Bohumil Hrabal (1914-1997) permite sospechar que un tabú ocultó su naturaleza suicida, precisamente en un país en el que la afiliación religiosa (invocada como una de las principales causas de dicho tabú) es de las más bajas de Europa.

Bohumil Hrabal está considerado uno de los grandes escritores checos del siglo XX. Su nombre comenzó a brillar en los años sesenta como autor de una narrativa muy visual, intensa y sin diálogos, en la que unos protagonistas imaginativos y excéntricos persiguen el esplendor de las cosas pequeñas en una Chequia en malas circunstancias: primero invadida por los nazis y luego sometida a las autoridades comunistas.

En la excelente biografía que realizó su traductora Monika Zugstova (2014) se presenta a Hrabal como una personalidad contradictoria: intempestiva, expansiva, dura y seca, a la vez que fóbica y miedosa y con un notable hábito alcohólico. A lo largo de toda su vida Hrabal mantuvo, aparentemente, una actitud rabelesiana, mezclada con un humor negro muy característico (el denominado "humor de los ahorcados"). La crítica ha destacado la particular "presión mental" de su literatura; su compatriota Václav Havel dijo de ella que era "de un sofocante automatismo".

A continuación se resumen algunos hitos biográficos de Hrabal, tomados de la publicación de Zgustova:

Nació en Brno en 1914, hijo natural (este hecho le avergonzó y le estigmatizó en su infancia). En 1917, su madre se casó con Francis Hrabal (que le dio su apellido) y la familia se instaló en Nymburk, donde Hrabal fue al colegio desde 1920. Fue un niño tímido y mal estudiante. En 1935 comenzó a estudiar Derecho en Universidad Carolina, cerrada por los nazis en 1939, lo cual retrasó su graduación hasta 1945. De 1945 a 1959, como consecuencia de las directrices político-sociales de la "ingeniería social inversa" propia de muchas

sociedades comunistas, desempeñó oficios muy diversos (viajante de comercio, operario en una fragua, obrero de una prensa de papel, conductor de autobús, etc.) a la vez que se interesaba por la literatura y se relacionaba con las vanguardias artísticas de Praga. En 1954 se casó con Eliska Plevová, con quien vivió hasta la muerte de ella.

En 1963 publicó su primer libro "Una perla en el fondo del río". En 1964 publicó "Leciones de baile para mayores y avanzados", un monólogo que imitaba el discurso de su admirado tío Pepín (afectado de un posible trastorno bipolar, a juzgar por las anécdotas que Hrabal cuenta de él). En 1965 publicó "Trenes rigurosamente vigilados", que dio lugar a la película del mismo nombre dirigida por Jiri Menzel, ganadora del Oscar a la mejor película extranjera en 1967. En 1968 comenzó a sufrir una persecución política sistemática por parte de las autoridades comunistas. En 1970 le prohibieron escribir y comenzó a editar clandestinamente (en la llamada edición "samizdat") alguna de sus mejores obras como "Yo he servido al rey de Inglaterra (1971) y "Una soledad demasiado ruidosa" (1976). En 1975 fue obligado a hacer una humillante autocrítica con la que inició el denominado "periodo penoso" que, lleno de penalidades, frustraciones y temores, se extendió hasta 1990, año de las primeras elecciones democráticas en Chequia.

En 1991 se editaron por primera vez sus obras completas y, desde entonces, comenzó a recibir distinciones y premios en todo el mundo, pudo viajar fuera de Chequia (a España, entre otros países) y fue propuesto para el premio Nobel de literatura.

En 1996 ingresó en el Servicio de Ortopedia del Hospital Bulovka de Praga después de una caída. En él murió tras 3 meses de estancia, como consecuencia de un traumatismo por precipitación desde la ventana de su habitación<sup>3</sup>.

Aunque en la biografía y en la obra de Hrabal hay muchas referencias que señalan su inclinación al suicidio (algunas tan explícitas como la del protagonista de "Una soledad demasiado ruidosa"), en casi todas las fuentes consultadas (por ejemplo, en la mencionada biografía, en la nota biográfica que proporcionaron sus agentes literarios a uno de nosotros (LC), o en la popular *Wikipedia*), y con pocas excepciones, no se cita claramente si su muerte fue o no suicida. En la versión oficial de 1997, Hrabal se habría "precipitado involuntariamente al intentar dar de comer a unas palomas en el alfeizar de su ventana".

En el año 2014 se celebró el centenario del nacimiento de Hrabal. En España se le dedicó una exposición en "La Casa del Lector" de Madrid, comisariada por su biógrafa Monika Zgustova y se reeditó en español la biografía que ella había escrito. Con la intención de saber más sobre la muerte de Hrabal, uno de los autores de este texto (LC) solicitó a la autora una conversación al respecto, porque ella había mantenido un trato regular con Hrabal en los últimos años de su vida y era la única mujer admitida en el denominado "coro de bebedores celestiales de cerveza" de "El Tigre de Oro", la legendaria taberna de Praga en la que Hrabal reunía cada tarde a admiradores, acólitos y variopintos personajes; su información y opinión parecían, por ello, del mayor interés y autoridad. De esta conversación y de comunicaciones posteriores con ella, así como de la biografía que escribió, se entresacan los siguientes datos de interés:

Hrabal murió por precipitación desde un quinto piso del hospital el lunes 3 de febrero de 1997. Su biógrafa le había visitado dos días antes (el sábado 1 de febrero), encontrándolo

"triste pero lúcido"... "me tomó la mano y, sin duda, se despidió de mí". Para ella "no hay ningún género de duda de que se suicidó"... "siempre hablaba de irse"... "incluso se vistió para irse y, simplemente, se fue". En su opinión, habrían sido determinantes del suicidio la tristeza (que le resultó muy evidente en su visita del 1 de febrero) y el no poder deambular ("porque era muy presumido"); descartaba por completo que pudiese estar ebrio, confuso o abstinentemente de alcohol cuando se precipitó, aunque no disponía de datos fehacientes al respecto. En aquel momento, el informe oficial de la policía (que hablaba de "coincidencia de circunstancias siniestras") y la opinión de muchos de sus allegados (entre ellos el director Jiri Menzel) se opusieron firmemente a la versión del suicidio.

Diecisiete años después, las búsquedas en *Google* y *You Tube* realizadas por uno de nosotros en checo (DR), ofrecen una versión muy diferente de la muerte de Hrabal. De modo llamativo, en un documental de 2014 sobre el grupo de artistas de la "Golden Praga" y la "pandilla cervecera" que rodeaba a Hrabal "nadie dudaba de su suicidio" (incluido Jiri Menzel).

Finalmente, la información proporcionada por el profesor Dungal (el ortopedista que atendió a Hrabal durante su estancia en el Hospital Bulovka) fue especialmente esclarecedora para los autores de este texto. Según él, Hrabal había ingresado en noviembre tras una caída en el hielo y se recuperaba con dificultades; estando ingresado, pidió ser trasladado a la 5ª planta "para ver a sus amigos" enterrados en un cementerio cercano que se divisaba desde esa altura (sobre todo su querido Karel Hlavacek). Dungal confirmó que, durante este ingreso, Hrabal estaba habitualmente solo (su mujer había muerto varios años antes), siempre consciente, sin fluctuaciones de consciencia, ni patología mental detectada (aunque nunca le vio un psiquiatra). El lunes 3 de febrero Dungal visitó a Hrabal a las 9:00 de la mañana y éste le dijo: "doctor, mis amigos me están llamando"; el médico interpretó este comentario como una "licencia literaria". Salió después del hospital y, justo al volver 3 horas después, mientras aparcaba el coche, vio a Hrabal precipitarse desde su ventana en la quinta planta y caer al suelo muy cerca de él; inmediatamente, atendió de urgencia al herido e intentó reanimarlo en el suelo, pero fue inútil. De la versión oficial de la muerte de Hrabal, Dungal afirmó, no sin ironía, que "en 30 años que llevo trabajando en el hospital no había visto nunca palomas en esa planta".

Sin descartar otras posibles razones de conveniencia "pragmática" (por ejemplo, evitar los tediosos interrogatorios policiales) todo lo anterior sugiere que un tabú sobre el suicidio ocultó la naturaleza de la muerte de Hrabal a sus allegados y a la sociedad checa, con bastante "eficacia" inicial. Pasados unos años, como suele ocurrir, la verdad salió a flote de manera aparentemente "natural". Cabe pensar que un tabú similar oculta la realidad de muchas muertes por suicidio, dificultando su comprensión. Hay razones para creer que el conocimiento de los componentes y la estructura de este tabú tiene un interés de primer orden para identificar y conocer de modo más preciso y profundo la realidad de algunos suicidios humanos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vakin S. *Malignant self love. Narcissism revisited. Ethical relativism and absolute taboos, incest, suicide, race.* Ed L Rangelowsky 2014
2. Levin, SA. *Vértex*. 2012; 25: 225-230
3. Zgustova M. *Los amargos frutos del jardín de las delicias*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2014

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hrabal, B. *Trenes rigurosamente vigilados*. Barcelona: Península, 1988
- Hrabal, B. *Yo serví al rey de Inglaterra*. Barcelona: Destino, 1989
- Hrabal, B. *Una soledad demasiado ruidosa*. Barcelona: Destino, 1990
- Hrabal, B. *Lecciones de baile para mayores y avanzados*. Madrid: Metáfora, 2003
- <[www.hrabal.eunet.cz/hrabal/bh.html](http://www.hrabal.eunet.cz/hrabal/bh.html)>

**CONCLUSIONES DERIVADAS  
DE LA DISCUSIÓN GENERAL  
Y DE LAS PONENCIAS**

**IV**



# CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS

A. Medina León, M.J. Moreno Díaz, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez

## CONSENSO DE SUICIDIO

El consenso español sobre suicidio elaborado por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) es una iniciativa innovadora de consenso *online*, que pretende compartir el conocimiento del que se dispone -basado en evidencias- sobre las buenas prácticas en la prevención del suicidio. Al mismo tiempo se pretende estimular a todos los profesionales sanitarios para que apliquen, de la manera más eficaz posible, todas las medidas de prevención que se conocen en relación al suicidio.

Algunos datos que justifican la necesidad de este tipo de consensos, son los siguientes:

- a) Hasta un 75% de ideas suicidas son detectadas en Atención Primaria.
- b) El suicidio es la primera causa de mortalidad prematura en personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 25 y los 45 años.
- c) Los factores asociados a muerte por suicidio son: tentativas de suicidio y autolesiones previas, depresión y trastornos afectivos, trastornos por uso de alcohol y otras sustancias y dificultades sociales como el hecho de vivir solo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha marcado como prioridad a nivel internacional la prevención del suicidio. Para ello propone elaborar y desarrollar estrategias de prevención del mismo que incorporen la mejor evidencia y que combinen un enfoque universal con actividades dirigidas a la protección de grupos vulnerables concretos.

El consenso español sobre suicidio está basado en la "Guía de prácticas de prevención y tratamiento de la conducta suicida", publicada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. En esta guía se recoge un decálogo de recomendaciones preventivas y de manejo de la conducta suicida, que sirve como punto de partida en la metodología del consenso que se presenta.

Los objetivos del Consenso que se propone son:

- a) Facilitar la creación y difusión del conocimiento en el marco de las iniciativas de la SEP.
- b) Fortalecer la red de colaboración entre los socios de la SEP y otros profesionales de la Salud Mental a nivel nacional.
- c) Potenciar la identificación y el sentimiento de pertenencia de los socios con su Sociedad.
- d) Contribuir a incrementar el liderazgo de la SEP entre las instituciones públicas de salud.

## ASPECTOS CLÍNICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Se definen como supervivientes de intentos de suicidio medicamente grave (ISMG), siguiendo criterios clínicos, a aquellos pacientes que tienen un ingreso hospitalario superior a 24 horas a través de urgencias y que además precisan tratamiento en unidades especializadas, cirugía bajo anestesia general o tratamiento médico extenso que obliga a estancia hospitalaria igual o superior a veinte días tras el intento suicida.

Se considera a estos pacientes muy parecidos a los que fallecen por suicidio aunque la información que se obtiene de estos supervivientes es muy diferente a la que podemos conocer por la autopsia psicológica en un suicido consumado.

Los ISMG tienen una prevalencia muy alta de trastorno mental grave y abuso de alcohol e intentos de suicidio previos.

Los ISMG tienen el doble de probabilidad de consumir el suicidio, que los pacientes medicamente no graves.

La conveniencia de estudiar los ISMG está estrechamente relacionada con la oportunidad de valorar pacientes muy cercanos al suicidio, permitiéndonos entender los mecanismos psicológicos que desencadenan una conducta suicida severa.

Dentro de los ISMG se han identificado tres subtipos diferentes: los impulsivos– ambientales, los intentos marcados y los suicidios abortados, en los que no se encuentran antecedentes suicidas como en los dos primeros, pero emplean métodos más violentos que los anteriores.

En la totalidad de los ISMG encontramos:

- a) Una alta prevalencia de trastorno mental, especialmente de la esfera afectiva (depresión)
- b) Un alto consumo de alcohol previo al intento suicida
- c) Los intentos de suicidio previos son un factor de riesgo para la repetición de conductas suicidas

La ratio global de suicidio es de 16/100 000 habitantes. Se produce un suicidio cada 40 segundos y un intento suicida cada tres.

El riesgo basal de suicidio en toda persona con un diagnóstico de trastorno mental, siempre será más alto que el que presenta un sujeto sano.

En el caso concreto de la esquizofrenia, según Harkavy-Friedman (2006), más del 40% de los enfermos con este diagnóstico presentan un intento de suicidio. De tal manera, el suicidio es la principal causa de muerte prematura en enfermos esquizofrénicos.

En el caso de los primeros episodios psicóticos, el suicidio es un acontecimiento frecuente. Puede establecerse que entre el 1 y el 3% de los pacientes se suicidan, repitiéndose los mismos datos en diferentes poblaciones y culturas.

De entre todos los factores de riesgo vinculados al suicidio en primeros episodios psicóticos, destaca el *insight* y la influencia de diversas dimensiones de éste a lo largo del tiempo, debiéndose evaluar el *insight* en el curso evolutivo de la enfermedad.

El *insight* no debe ser considerado como un concepto homogéneo, sino que habrá de contemplarse en sus tres dimensiones, entre las cuales no existe una alta correlación: tener

conciencia de la enfermedad, conciencia de tener que tomar tratamiento y conciencia de los desordenes que la enfermedad le está provocando al propio enfermo.

Los factores de riesgo para el suicidio tras un primer episodio psicótico (tanto afectivo como no afectivo) no son los mismos a lo largo del tiempo. Las variaciones que se aprecian a los seis y doce meses, hacen pensar que los riesgos son dinámicos y cambiantes en el transcurso temporal.

Otro de los factores de riesgo importantes para el suicidio, tras primeros episodios psicóticos son determinados tipos de personalidad del paciente. Ahora bien, la personalidad del enfermo aumenta el riesgo a corto plazo, disminuyendo notablemente su influencia a medio y largo plazo.

A largo plazo -transcurridos doce meses desde el primer episodio psicótico-, lo que más aumenta el riesgo de ideación suicida es: carecer de conciencia de necesitar tratamiento, tener conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad y la severidad de los síntomas.

En base a todo lo expuesto anteriormente, con vistas a disminuir el riesgo suicida en pacientes tras un primer episodio psicótico, el clínico deberá centrar su atención en:

- a) El análisis del *insight* en sus diferentes dimensiones.
- b) Deberá trabajarse la conciencia de enfermedad y la conciencia de tener que tomar tratamiento.
- c) Realizar un estudio de la personalidad del enfermo y detectar posibles trastornos en ella.
- d) Hacer un buen diagnóstico de posibles primeros episodios psicóticos afectivos con manía, que son particularmente difíciles de diagnosticar en pacientes jóvenes, pero que presentan un riesgo de suicidio más alto que los episodios psicóticos no afectivos.

Ante la elevada heterogeneidad detectada en los estudios realizados sobre suicidio en primeros episodios psicóticos es aconsejable profundizar en la investigación referente a este tema.

Existe un claro consenso en relación a la génesis de la conducta suicida, en base a la cual esta sería el resultado de complejas interacciones entre factores clínicos, genéticos y psicosociales o ambientales.

Entre los factores ambientales destacan los siguientes: antecedentes de abusos sexuales o físicos en la infancia, acontecimientos vitales negativos en la adolescencia, suicidio en familiares o personas cercanas y queridas, problemáticas en el entorno laboral o académico, mala relación padres-hijos y acceso fácil a instrumentos letales.

La predisposición genética está vinculada a una historia familiar de trastornos psiquiátricos y a la historia previa de tentativas suicidas. La heredabilidad del suicidio consumado llega a ser casi del 43%, con lo que puede deducirse que la variable genética tiene un peso muy considerable.

Visto lo anterior, podemos establecer que cuanto más grave es el intento de suicidio, mayor es su influencia genética en él.

Al tratar de buscar una relación entre la influencia genética en el suicidio de los pacientes bipolares y el papel que desempeña el litio, como fármaco que previene e incluso evita la

conducta suicida y hace disminuir la impulsividad, es posible concluir que:

- a) El litio reduce claramente el riesgo de conductas suicidas (intento suicida y suicidio consumado) en el trastorno bipolar y también en trastornos depresivos y de la personalidad. Por el contrario, tanto los antipsicóticos (especialmente en monoterapia), como los antidepresivos, incrementan el riesgo autolítico.
- b) Se ha comprobado que tras la retirada del litio, se incrementan las conductas suicidas siendo muy llamativo su elevación al año de suspender el tratamiento, manteniéndose con posterioridad los niveles de riesgo suicida en niveles muy similares a los existentes antes del tratamiento con carbonato de litio.
- c) El efecto protector del litio sobre las conductas suicidas se evidencia por igual en los pacientes que son buenos respondedores, respondedores parciales y también en los no respondedores. Al mismo tiempo, el efecto protector del litio aparece incluso cuando la remisión de los síntomas no ha sido alcanzada.
- d) La variabilidad genética en los genes *IMPA2*, *INPP1* y *GSK3 $\beta$*  se asocia a un mayor riesgo de cometer un intento de suicidio en los pacientes bipolares.
- e) Las vías de los fosfoinositoles y de la Wnt/ $\beta$ -cateína están implicadas en la patofisiología de los trastornos bipolares y podrían desempeñar un papel importante en la emergencia de conductas suicidas en pacientes bipolares.
- f) Cuando la impulsividad, siempre presente en las conductas autolíticas y vinculada a un desajuste del sistema serotoninérgico, alcanza niveles elevados se asocia con un mayor riesgo de conductas suicidas independientemente del diagnóstico psiquiátrico que consideremos. En este sentido, se ha logrado establecer una clara relación entre altos niveles de impulsividad cognitiva y la presencia de polimorfismos genéticos en el gen *GSK3 $\beta$* . Esta variabilidad podría estar implicada en la aparición de conductas suicidas en el trastorno bipolar.
- g) Como quiera que el litio inhibe la *GSK3 $\beta$*  y esta modula las funciones serotoninérgicas y dopaminérgicas, la asociación establecida entre la *GSK3 $\beta$*  y la impulsividad, induce a pensar que la acción antisuicida del litio puede deberse, aunque sea parcialmente, a la reducción que ejerce sobre la impulsividad.

Los hallazgos descritos sugieren, nuevas líneas de investigación en relación a los mecanismos moleculares responsables de los efectos antisuicida conseguidos por medio del tratamiento con litio.

### EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El suicidio sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad y pese a ello el 45% de los factores de riesgo de él no son modificables (heredabilidad, sexo, edad, experiencias traumáticas).

El riesgo de suicidio de aquellos que padecen trastornos mentales está bien establecido e incluso las prioridades de entre ellos. Sin embargo, los cuestionarios y escalas de predicción de riesgo suicida siguen dando un elevado número de falsos positivos.

Se recomienda el uso del Inventario de Razones para Vivir (RFL) y la evaluación del riesgo

de suicidio en un futuro inmediato de la CIE-10, como dos instrumentos muy útiles y de fácil aplicación.

Se ha demostrado que la desesperanza, la falta de razones para vivir, la ruptura de relaciones sociales y la adicción sostenida a sustancias se asocia con la inminencia del paso al acto suicida. Por el contrario todos los intentos por restaurar las conexiones sociales son factores de protección ante la ideación suicida.

El acto suicida está dirigido a aliviar el dolor psíquico, entendido como una sensación duradera, sostenida y desagradable que resulta de la evaluación negativa de la capacidad o deficiencia del Yo.

Se propone como estrategia muy útil la hospitalización breve sistemática en los sujetos que han presentado "amenaza" suicida. Sus objetivos se centran en:

- a) Prevención del suicidio a corto plazo.
- b) Promoción de la continuada atención psiquiátrica.
- c) Involucración de la familia en la problemática del potencial suicida.
- d) Construcción de una alianza terapéutica antisuicida.

Se ha constatado como factores decisivos de vulnerabilidad para el suicidio los siguientes:

- a) Impulsividad.
- b) Hostilidad.
- c) Anomalías en la toma de decisiones que se basan en los problemas surgidos en relaciones interpersonales.
- d) Desregulación emocional.
- e) Hipersensibilidad al rechazo social.
- f) Menor percepción de apoyo social.

#### **PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Se sigue constatando la necesidad de coordinar los distintos planes de prevención del suicidio que existen en España, en distintas regiones de esta, y de ellos con los que se han implantado en Europa.

Los planes de prevención más eficaces parecen ser aquellos que no solo van dirigidos a la población sensible (supervivientes de intentos suicidas), sino también los que alcanzan su información a los profesionales sanitarios y otros agentes claves (sacerdotes, policías, medios de comunicación, etc.).

Los escalones que se estiman como más favorecedores de prevención suicida son:

- a) Atención inmediata a las conductas de riesgo suicida.
- b) Gestionar la atención clínica hasta que el enfermo pueda ser incluido en un servicio de psiquiatría.
- c) Aumentar la calidad e intensidad del seguimiento y alternativas terapéuticas del enfermo.

d) Aumentar la recogida de datos fiables sobre prevalencia de conducta suicida en el sector.

Desde el año 2003 en el que se reanalizaron los datos de los estudios clínicos se comenzó a considerar que existían razones suficientes para suponer que los antidepresivos pueden inducir ideas y/o intentos suicidas. Sin embargo, desde la introducción de estos fármacos era sabido que la desinhibición que provocan podría ser un riesgo suicida en las primeras semanas de tratamiento.

Las teorías que se han manejado para explicar la asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de la suicidalidad se pueden agrupar en las siguientes:

- a) Que producen un aumento de energía sobre la ideación suicida.
- b) Induciendo efectos secundarios que provocan malestar físico al estado depresivo.
- c) Empeorando la ansiedad básica y aumentando la desinhibición.

Este peligro latente se da para toda clase de antidepresivos, aunque lógicamente será más posible cuanto más desinhibidor y/o menos sedante es el antidepresivo usado.

El peligro del riesgo suicida por antidepresivos es más importante en adolescentes porque en esa franja de edad el suicidio es un problema importante y de difícil prevención primaria.

Aplicando métodos estadísticos rigurosos, los nuevos antidepresivos se asocian a una menor tasa de riesgo de suicidio que los antidepresivos clásicos.

Respecto a la relación entre el maltrato infantil y la conducta suicida del adulto deben destacarse los siguientes aspectos de carácter general:

- a) Según datos globales de la OMS, el abuso infantil es un fenómeno frecuente. Uno de cada cuatro niños sufre abuso físico y una de cada cuatro niñas sufre abuso sexual. Aunque la mayoría de los estudios hacen referencia al abuso físico o sexual, el maltrato también puede producirse por negligencia u omisión a nivel emocional.
- b) El maltrato infantil aumenta el riesgo de todo tipo de eventos de salud negativos en la edad adulta, incluyendo una peor salud física (diabetes, hipertensión, etc.) y mental (fundamentalmente depresión). Igualmente el maltrato supone un mayor riesgo de conductas suicidas.
- c) La importancia del maltrato infantil sobre la conducta suicida adulta reside en el hecho de que el riesgo atribuible al maltrato en la infancia se estima entre el 33% y el 50% dependiendo del sexo.

Sobre las características del maltrato ha de tenerse en cuenta que:

- a) Se ha verificado la relación "dosis-respuesta" entre el maltrato y la conducta suicida estableciéndose que si los episodios de maltrato (sexual y/o físico) son repetidos o se describen como más dolorosos, el riesgo de suicidio de adulto se aumenta, siendo además los intentos suicidas de mayor gravedad.
- b) El abuso sexual se asocia con intentos de suicidio más precoces, junto a depresión más severa y trastorno límite de la personalidad.
- c) Suelen coexistir diferentes tipos de maltrato, añadiéndose a ello otros problemas: como el presenciar actos de violencia, conflictos entre los padres o las conductas suicidas en familiares. Cuando esto se produce se incrementa el riesgo de conductas suicidas.

- d) En la necesaria evaluación del maltrato, hay que tener en cuenta las limitaciones que se plantean, tales como: que siempre es retrospectivo, la influencia de los sesgos de memoria, que los pacientes siempre tienden a infra o sobrevalorar sus experiencias de maltrato y la posible presencia de psicopatología añadida.

Podemos resumir que los mediadores existentes entre el maltrato infantil y la conducta suicida del adulto son: las características del maltrato, que aunque no sean un mediador en sí mismo, deben ser analizadas, factores biológicos, trastornos mentales y los rasgos de personalidad.

Los factores biológicos que intervienen en el efecto del maltrato sobre el riesgo de suicidio pueden resumirse en que la mayoría de los autores sugieren, que el abuso ejerce un efecto a través de la activación de los sistemas de respuesta al estrés (eje hipotálamo - hipofisario - adrenal).

El maltrato en la infancia se relaciona prácticamente con la mayoría de los trastornos mentales y especialmente cuando el maltrato se mantiene de forma continuada en el tiempo. En base a lo anterior, puede afirmarse que el maltrato no es un factor de riesgo para un trastorno mental concreto, sino que lo es para todos los trastornos mentales, existiendo algunas variaciones en relación al género de la víctima. En los hombres aparecen un mayor número de trastornos de conducta o externalizantes, mientras que en las mujeres se detectan más trastornos internalizantes como la depresión.

Los rasgos de personalidad que pueden mediar entre maltrato infantil y la conducta suicida adulta son: la impulsividad y la agresividad. Puntuaciones altas en estos rasgos correlacionan positivamente con mayor riesgo de conductas suicidas severas.

Todos los datos obtenidos de los estudios efectuados en relación a los mediadores entre el maltrato infantil y la conducta suicida en adultos evidencian un progresivo cambio de modelo al considerar las conductas suicidas, de tal forma que del tradicional modelo de "estrés-vulnerabilidad" se debe pasar a un modelo de "neurodesarrollo", que incluya la dimensión temporal en el análisis del suicidio.

Los campos que quedan por explorar dentro de las relaciones entre maltrato en la infancia y suicidio en la vida adulta son básicamente los siguientes: estudios longitudinales, factores de resiliencia, déficits en la plasticidad neuronal, dimensiones comunes a los diferentes tipos de maltrato y los determinantes del "paso al acto" ante nuevos eventos traumáticos.

#### **BOHUMIL HRABAL: TABÚ E IMPROBABILIDAD DE PREVENCIÓN SUICIDA**

Se aborda en el contexto de la prevención del suicidio la presentación de la trayectoria vital y muerte, por posible suicidio, del escritor checo Bohumil Hrabal (1914- 1997).

Los datos patobiográficos y literarios más destacados de B. Hrabal son:

- a) Su obra literaria comienza a ser conocida mundialmente a partir de los años sesenta.
- b) Su narrativa es muy visual, sin diálogos y con protagonistas imaginativos que buscan la belleza en cosas pequeñas de la vida, aún en las peores circunstancias.
- c) El contexto histórico de sus obras viene definido por la invasión nazi de Chequia y la posterior dictadura comunista tras la Segunda Guerra Mundial.

- d) De su personalidad, a través de personas que lo conocieron, sabemos que fue un hombre duro, miedoso, fóbico social y bebedor desde la juventud. Algunas descripciones que de él se han hecho lo retratan así: "(...) vivía bajo una presión mental extraordinaria", "se trataba de un suicida convencido en sus obras, en las que se encuentran innumerables referencias al suicidio", "(...) su vida parecía discurrir dentro de un cuadro de El Bosco".
- e) En la biografía que de B. Hrabal escribió Monika Zgustova, no queda claro si su muerte fue intencionada o accidental. Falleció el 3 de febrero de 1997 por trauma tras defenestración, aunque nunca se ha aclarado si se trató de un suicidio. La misma autora, años después de publicar la biografía de nuestro personaje, reconoce que con toda seguridad se suicidó. Por el contrario, otro gran amigo de B. Hrabal, Jiri Menzel -conocido director de cine-, no admite la hipótesis del suicidio.

Merece destacarse que siendo Chequia el país más agnóstico de Europa es claramente detectable la existencia de un gran tabú sobre todo lo relacionado con el suicidio. Aún hoy día, tras 18 años de la muerte del escritor, continua el debate sobre accidente o suicidio.

El Dr. Dungal, ortopeda del hospital donde estuvo ingresado B. Hrabal y que sigue ejerciendo la medicina en el mismo, dice:

- a) Al ingreso, motivado por una caída en el hielo, solicitó una habitación de la 5ª planta, desde la que se contemplaba el cementerio, con la excusa de "poder ver a sus amigos que estaban enterrados allí".
- b) Su mujer había fallecido, no tenía hijos y no recibía visitas el tiempo que estuvo ingresado, estando solo la mayor parte del tiempo.
- c) La exploración del estado mental reflejó que se encontraba triste, pero siempre lúcido. Jamás fue atendido por psiquiatra alguno.
- d) En la última visita del Dr. Dungal, el mismo día de la muerte de B. Hrabal, este le dijo: "doctor, mis amigos me están llamando", lo cual fue interpretado por Dungal como una licencia literaria.
- e) Este médico, lo vio caer por la ventana de la habitación de su hospital, y lo intentó reanimar sin éxito. Al parecer B. Hrabal había puesto unos libros sobre la mesa de la habitación y se había subido al alfeizar.

La versión oficial de la policía fue que se había precipitado al dar de comer a las palomas, aunque el Dr. Dungal sostiene que jamás había visto palomas en las ventanas del hospital en el que trabajaba desde hacía treinta años. Esta versión oficial fue aceptada por todo el mundo, con la excepción de una crítica literaria alemana, amiga de B. Hrabal, llamada Susana Roth.

En el tiempo transcurrido desde la muerte del autor que comentamos y coincidiendo con el centenario de su nacimiento, se han producido claros cambios en el tabú que siempre rodeó su fallecimiento. Sin duda, el paso del tiempo y los cambios sociopolíticos experimentados en su país, han influido en este fenómeno sociológico.

Podemos concluir que todas las conductas que están protegidas por el tabú, son muy difíciles de entender. Es este sentido parece oportuno precisar que:

- a) Como sostenía Foucault, todo aquello que está en espacios morales de exclusión, como ocurre con el suicidio, resultan muy complicadas para su prevención.

- b) Realizando una búsqueda bibliográfica en PUBMED, de los 57 691 trabajos sobre suicidio, en solo uno se encuentra la mención al tabú sobre el suicidio.
- c) En la American Journal of Suicidology, de las 310 entradas, solo dos incluyen el tabú, y siempre lo relacionan con los supervivientes que no quieren hablar del suicidio.
- d) La corrección política y mediática mantienen el tabú sobre el suicidio.

