



# ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Evaluación y manejo de la conducta suicida

QU-12-10

Evaluación y manejo de la  
conducta suicida

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner



# ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Evaluación y manejo de la  
conducta suicida

José Giner  
Antonio Medina  
Lucas Giner

Título: **EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA (Encuentros en Psiquiatría)**

© Copyright Contenidos 2012: Los autores

ISBN: 978-84-940206-7-4

Depósito Legal: M-26255-2012

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."

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

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

# ÍNDICE DE AUTORES

## EDITORES:

### **José Giner Ubago**

Presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM)

### **Antonio Medina León**

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

### **Lucas Giner Jiménez**

Profesor Ayudante. Universidad de Sevilla

---

### **Susana Al-Halabí Díaz**

Dra. en Psicología. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental - CIBERSAM

### **José Luis Ayuso-Mateos**

Departamento de Psiquiatría  
Universidad Autónoma de Madrid  
Instituto de Investigación de la Princesa (IIS-IP)  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
CIBERSAM

### **Enrique Baca García**

Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid  
Columbia University

### **Carmen Barral Picado**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron  
CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona

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

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
CIBERSAM

### **Miguel Bernardo Arroyo**

Programa Esquizofrènia Clínic. Hospital Clínic de Barcelona  
Dept. de Psiquiatría y Psicobiología Clínica  
Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona  
Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer  
(IDIBAPS)  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
CIBERSAM

### **Julio Bobes García**

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

### **María Dolores Braquehais Conesa**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron  
CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona  
Programa PAIME-RETORN. Clínica Galatea  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### **Patricia Burón Fernández**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias

### **José Luis Carrasco Perera**

Catedrático de Psiquiatría.  
Unidad de Trastornos de la Personalidad  
Hospital Clínico San Carlos  
Universidad Complutense de Madrid

### **Miguel Casas Brugué**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron  
CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona  
Programa PAIME-RETORN. Clínica Galatea  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### **Philippe Courtet**

Universidad de Montpellier. Francia

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

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

### **Marlen Garrido Menéndez**

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias

### **Lucas Giner Jiménez**

Profesor ayudante. Universidad de Sevilla

# Índice de autores

## **Begoña Gonzalvo Cirac**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron  
CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona

## **Rafael Lillo Roldán**

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **Emilio de Llera Suárez-Bárcena**

Doctor en Derecho  
Fiscal Decano de la Fiscalía Provincial de Sevilla

## **Cloe Llorente Sarabia**

Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente,  
Departamento de Psiquiatría.  
CIBERSAM. Instituto de Investigación  
Sanitaria Gregorio Marañón, IISGM.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## **Antonio Medina León**

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **Marta Miret García**

Departamento de Psiquiatría.  
Universidad Autónoma de Madrid  
Instituto de Investigación de la Princesa (IIS-IP)  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
CIBERSAM

## **María José Moreno Díaz**

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

## **Ángel Morínigo Domínguez**

Médico-psiquiatra. Estudio de Psiquiatría  
(www.e-psiquiatría.com) Universidad de Sevilla

## **Begoña Paredes Ojanguren**

Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín, Avilés. Asturias

## **Marta Quesada Franco**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron  
CIBERSAM. Universidad Autónoma de Barcelona

## **Pilar Alejandra Sáiz Martínez**

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

## **Julio Seoane Rey**

Catedrático de Psicología Social  
Universidad de Valencia

## **Alicia Valiente Gómez**

Programa Esquizofrenia Clínic. Hospital Clínic de Barcelona

## **Irene de la Vega Rodríguez**

Psicóloga Clínica  
Unidad de Trastornos de la Personalidad  
Hospital Clínico San Carlos  
Universidad Complutense de Madrid

# PRÓLOGO

**B**orges dice: "El hombre ha creado la muerte, ya que los animales no saben que mueren; ellos son inmortales, de hecho. Un chico es inmortal, también". La muerte es el problema más universal del hombre, ¿existe realmente?

P. Aries en su libro *El hombre ante la muerte*, dibuja magistralmente como el propio hombre convirtió un hecho natural en un tabú, de público a privado, transformándolo en un tema del que huir a toda costa. La muerte te amenaza pero también te hace libre.

Fernando Pessoa escribió "Y yo que odio la vida con timidez, temo la muerte con fascinación".

El suicidio, tema recurrente en la historia, la filosofía, la literatura, el arte... y cómo no de la Psiquiatría, es un acto por el que una persona se quita voluntariamente la vida. Adelantar la muerte propia. El suicidio es histórico, universal y transcultural.

La vida y la muerte, el dualismo clásico marcado por la soberana libertad del hombre a elegir el momento en que poner fin a su existencia. Elección criticada por los que condenan el acto suicida como Goethe que lo relacionaba con la debilidad del hombre, para el que es más fácil morir que soportar una vida llena de amarguras; y alabada por aquellos que contemplan en dicho comportamiento el último acto libre de la persona: Séneca, Kant, Schopenhauer, Nietzsche, Camus, Sartre... Los argumentos que se alegan para una u otra postura están relacionados, en última instancia, con la moral o la falta de moral de quitarse la vida, matizados, ambos, por la corriente sociológica que lo determina no como un acto individual sino como un acto social (E. Durkheim).

De la visión romántica del suicidio como respuesta a pasiones con final triste, amargo, doloroso, en el que la decisión de quitarse la vida es la única solución para dejar de sufrir, pasando por la de examinada y racional, en la que se toma la determinación de poner fin a una vida que no es vida, el suicidio ha rellenado páginas y páginas de tratados, ensayos y novelas hasta que en nuestros días, desde una consideración eminentemente científica, se pretende acceder a su conocimiento integral desde perspectivas biológicas, psicológicas, psiquiátricas, sociológicas y culturales.

Con este espíritu metodológico nacen los Encuentros en Psiquiatría que se celebran anualmente en la ciudad de Sevilla, cuyo tema central, la conducta suicida, es observado y discutido caleidoscópicamente desde todos sus ángulos por profesionales de prestigio, españoles y extranjeros, dedicados al estudio e investigación de dichas conductas; y los resultados de este foro, transcritos a las páginas de esta publicación para su conocimiento y difusión pública, a fin de que lleguen a la mayor cantidad de personas interesadas y preocupadas por este tema. Ese es nuestro objetivo y meta; nuestra voluntad, que lleguen a buen puerto.

Dr. José Giner, Dr. Antonio Medina y Dr. Lucas Giner



# SUMARIO

INTRODUCCIÓN	9
I. RESPONSABILIDAD LEGAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LAS CONDUCTAS SUICIDAS <i>E. de Llera Suárez-Bárcena</i>	11
2. EVALUACIÓN Y MANEJO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN EL CENTRO DE SALUD <i>P. Alejandra Sáiz Martínez, M<sup>a</sup> P. García-Portilla González, B. Paredes Ojanguren, P. Burón Fernández, M. Garrido Menéndez, S. Al-Halabí Díaz, M<sup>a</sup> T. Bascarán Fernández, J. Bobes García</i>	33
3. ESTUDIO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL <i>J. L. Ayuso-Mateos, M. Miret García</i>	47
4. EVALUACIÓN Y MANEJO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS. UNIDADES DE AGUDOS <i>E. Baca García</i>	59
5. SUICIDIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA <i>C. Llorente Sarabia</i>	67
6. SUICIDIO EN LOS MAYORES <i>Á. Morínigo Domínguez</i>	81
7. SUICIDIO Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD <i>I. de la Vega Rodríguez, J. L. Carrasco Perera</i>	87
8. SUICIDIO Y ADICCIONES <i>M. Quesada Franco, M. D. Braquehais Conesa, B. Gonzalvo Cirac, C. Barral Picado, M. Casas Brugué</i>	93
9. SUICIDIO Y ESQUIZOFRENIA <i>M. Bernardo Arroyo, A. Valiente Gómez</i>	105
10. CONDUCTAS SUICIDAS Y TRASTORNO BIPOLAR ¿POR QUÉ PRESENTA UN RIESGO TAN ELEVADO? <i>P. Courtet, L. Giner Jiménez</i>	115
II. EL SUICIDIO POR PÉRDIDA <i>J. Seoane Rey</i>	121
12. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN <i>A. Medina León, M. J. Moreno Díaz, R. Lillo Roldán, L. Giner Jiménez</i>	131





# 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 "por qué" únicos al fenómeno suicida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Dr. José Giner, Dr. Antonio Medina y Dr. Lucas Giner*

# Responsabilidad legal del personal sanitario ante las conductas suicidas

E. de Llera Suárez-Bárcena

## INTRODUCCIÓN

Los fundamentos de la responsabilidad profesional que sirvieron originalmente para su regulación legal se hallan en el Derecho Romano, concretamente en el principio *"no causar daño a otro"* (*alterum non laedere*). De aquí, nuestro Código Civil vino a establecer el principio contenido en su art. 1902, según el cual *"El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado"*.

Pero en la actualidad, los criterios legales de asignación de responsabilidad en el campo profesional se han ampliado notablemente, al menos o especialmente, en lo relativo a la responsabilidad civil.

Respecto a la exigencia de responsabilidad penal, los modernos Códigos Penales han incrementado el número de delitos de riesgo y de infracciones imprudentes que afectan al campo de la medicina. Ejemplo de los primeros son los delitos de denegación de asistencia sanitaria y de abandono de servicios sanitarios (art. 196 Código Penal) y respecto de los segundos basta observar todos los delitos de homicidio y lesiones imprudentes, entre las que, desde luego, se incluyen las lesiones psíquicas (arts. 147.1 y 152 Código Penal).

Pero la mayor extensión la encontramos en el ámbito de la responsabilidad civil. Ello es consecuencia de la instauración de un modelo de sociedad caracterizado por la asunción de riesgos controlados, que el Derecho considera tolerables y, como contrapartida, la exigencia de responsabilidad. Esta consideración de los vectores riesgo-responsabilidad alcanza a todos los campos de actuación humana, lo que ha producido como efecto una regulación cada vez más detallada y exhaustiva en cada campo de actuación, definiendo los riesgos tolerables, sus medios de control y los criterios para afirmar la existencia de responsabilidad. Pues bien, esta regulación también ha alcanzado al campo de la medicina y, como parte de ella, a la Psiquiatría.

Al propio tiempo y de manera paralela ha aumentado la capacidad de exigir responsabilidad por parte de los consumidores de bienes y usuarios de servicios de todas clases, también sanitarios y consecuentemente el número de reclamaciones contra los profesionales de la medicina y la sanidad y contra los servicios de salud, tanto públicos como privados.

Estas reclamaciones se residencian en los Tribunales de Justicia del orden correspondiente al tipo de reclamación: Juzgado de Instrucción cuando se imputa un delito o falta, Juzgado de Primera Instancia cuando se reclama el pago de una indemnización contra el profesional o contra su aseguradora y Juzgado de lo Contencioso-Administrativo cuando se reclama contra la administración pública de servicios sanitarios y, opcionalmente, contra ésta y el profesional.

La reclamación de responsabilidad penal mediante denuncia o querrela es la más preocupante para el profesional de la medicina, en cuanto implica la posibilidad de que se adopten medidas cautelares penales (detención, prisión provisional, etc.) y la de posible imposición de penas de prisión que, aunque no lleguen a cumplirse, pueden llevar aparejada la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión médica. En cuanto a los restantes tipos de reclamación (civil o contencioso-administrativa) presentan caracteres distintos, que luego se expondrán.

### **NOCIONES GENERALES SOBRE LAS CLASES DE RESPONSABILIDAD QUE PUEDE EXIGIRSE A LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRÍA**

Los distintos tipos de responsabilidad en que pueden incurrir los profesionales de la medicina y, consiguientemente, de la Psiquiatría pueden clasificarse del modo siguiente:

- a) Responsabilidad penal (dolosa y por imprudencia).
- b) Responsabilidad civil (por culpa).

Me ocuparé de definir, aún de manera breve, las claves de las que parte nuestro Derecho para exigir cada uno de esos tipos de responsabilidad a los médicos psiquiatras y luego de la exigencia de dichas responsabilidades en casos de suicidio del paciente.

### **RESPONSABILIDAD PENAL**

La responsabilidad penal sólo puede derivar de la realización de una conducta que la Ley penal tipifique o describa como infracción penal (delito o falta). Puede ser de dos clases: dolosa o imprudente.

#### **1. La responsabilidad dolosa o intencionada**

La responsabilidad dolosa se da cuando la conducta y la voluntad consciente del sujeto que realiza la acción, contraria a la ley penal, se dirige precisamente a la producción del resultado prohibido. Pacheco, un penalista español de principios del siglo XIX, explicaba el dolo con las siguientes palabras "obra con dolo el que sabe lo que hace y quiere hacerlo".

Así, la responsabilidad penal dolosa de los profesionales de la psiquiatría no presenta diferencias estructurales con la propia de cualquier persona. No obstante conviene señalar que existen ciertos delitos que se hallan más cerca de la actividad de los médicos psiquiatras o que presuponen esta condición en el sujeto activo del delito, como son los delitos antes mencionados de denegación de asistencia sanitaria y abandono de servicios sanitarios (art. 196 del Código Penal), los de falsificación de certificados médicos (arts. 397 y 398 del Código Penal) o los de revelación de secretos médicos (art. 199 del Código Penal).

## 2. La responsabilidad imprudente

Ésta tiene lugar cuando aún no queriendo directamente el resultado prohibido, éste se produce por una acción u omisión del sujeto en cuya realización no han observado las normas de cuidado propias de la actuación de su especialidad médica. El núcleo del delito imprudente consiste, por tanto -como dice Muñoz Conde- en *"la divergencia entre la acción realmente realizada y la que debería haber sido realizada en virtud del deber de cuidado que, objetivamente, era necesario observar"*.

### Presupuestos y elementos de la infracción penal imprudente

Sin embargo, no toda omisión de un deber objetivo de cuidado propio de los médicos psiquiatras debe ser castigada como delito o falta imprudente.

#### - El presupuesto de la específica indicación legal

En primer lugar, el resultado producido por la conducta del profesional, autónomamente considerado, ha de ser constitutivo de un delito previsto por la ley penal (lesiones, homicidio, etc.), y en segundo lugar, la propia ley ha de permitir que se castigue a título de imprudencia, pues establece el art. 12 del Código Penal que *"Las acciones u omisiones imprudentes sólo se castigarán cuando expresamente lo disponga la ley"*.

Dicho de otro modo, al contemplar la ley penal la conducta, ha de admitir expresamente su incriminación por imprudencia. En efecto, el Código Penal al castigar las conductas dolosas, sólo en determinados casos añade que puede castigarse la comisión por imprudencia, por ejemplo al castigar el homicidio doloso (art. 138), añade en el art. 142 el delito de homicidio imprudente y en el art. 621.2 la falta de homicidio por imprudencia leve. Cuando el Código Penal no prevé la incriminación por imprudencia, por ejemplo, al castigar las faltas de lesiones imprudentes en el art. 617, no pueden ser incriminadas más que cuando son cometidas de forma dolosa.

#### - Los elementos de la infracción penal imprudente

Por otro lado, ha de tenerse presente que no toda negligencia u omisión de cuidado produce sin más una infracción penal imprudente, sino que es necesario que concurren en la conducta los requisitos exigidos por nuestra Jurisprudencia. Son los siguientes:

- a) La existencia de una acción u omisión del profesional que, aún no dirigida voluntariamente a la producción del resultado lesivo, es realizada omitiendo una norma objetiva de cuidado propia de su *Lex Artis ad hoc*.

Al hablarse de norma de cuidado "objetiva" -y no subjetiva- se hace referencia a las normas profesionales empleadas por la generalidad de los profesionales y en la medida en que un profesional medio la hubiere observado. De manera que no se exige mayor cuidado al profesional que tiene mayor preparación ni mayor experiencia, que podrá observar normas de cuidado subjetivas, y menos al que cuenta con menos conocimientos o menos experiencia. Las normas de cuidado objetivas se exigen a la generalidad de los profesionales, como las normas de cuidado objetivas de la seguridad del tráfico se exigen por igual a todos los conductores.

- b) La producción de un resultado susceptible de ser subsumido en un tipo delictivo (muerte, lesiones, etc.), no querido ni consentido conscientemente por el profesional.

El resultado ha de consistir pues, en una conducta de por sí constitutiva de delito –normalmente de homicidio o de lesiones–; si autónomamente considerado o cometido dolosamente, fuera constitutiva de una simple falta, por ejemplo una simple lesión leve, no habrá infracción penal imprudente.

- c) La existencia de una relación causal entre la conducta del profesional y el resultado típicamente delictivo.
- d) Que el resultado producido se halle dentro del ámbito de protección de la norma de cuidado infringida, es decir, que la norma de cuidado violada fuera dirigida precisamente a evitar el resultado concreto producido.

Comentaremos con algún detalle los elementos a) y d), es decir, la omisión de normas de cuidado y la imputación del resultado a aquella.

### La omisión del deber de cuidado y su relación con la *Lex Artis*

La responsabilidad penal imprudente parte de la existencia de riesgos previsibles y evitables que pretenden conjurarse mediante una actuación prevista en normas de cuidado propios de la actividad humana de que se trate y, en el caso de la actividad de los médicos psiquiatras, se tratará de normas profesionales derivadas de la llamada *Lex Artis ad hoc*.

Pues bien, tratándose de delitos imprudentes cometidos en el ejercicio de la Medicina, la primera dificultad con que nos encontramos es la delimitación de los deberes médicos de cuidado, de su contenido y perfiles en cada caso concreto, pues no existe una reglamentación general que imponga normas de cuidado para el ejercicio de la medicina, aplicándose, pues, las reglas de la experiencia que suelen conocerse bajo el nombre de *Lex Artis*.

No obstante es necesario distinguir entre reglas generales de cuidado o reglas técnicas y deber objetivo de cuidado. Las primeras –determinables en el ámbito médico a través del principio de *Lex Artis*– expresan reglas de conducta para aquéllos supuestos en los que la experiencia general demuestra una gran probabilidad de que una acción lesione un bien jurídico. Ahora bien, ni la infracción de una regla técnica general de cuidado determina, *per se*, la infracción del deber objetivo de cuidado, ni el cumplimiento de esa regla excluye la posibilidad de la infracción del deber objetivo de cuidado. Lo contrario supondría la aplicación automática de reglas de otros ámbitos del derecho o de la vida en el derecho penal, incurriéndose en el *versari in re illicita*.

En efecto, la *Lex Artis* aparece conformada o definida por un conjunto de criterios de buena práctica.

Pudiéndose establecer en la misma tres estadios o niveles:

- a) **La *Lex Artis* propiamente dicha.** Aparece identificada con los criterios científicos generales de actuación médica. Su positivización viene dada por el estado de la ciencia médica en cada instante concreto, apareciendo reflejada en la publicaciones científicas, en los protocolos y en las conferencias de consenso.
- b) **La *Lex Artis ad hoc*.** Ésta incorpora consideraciones relativas al tiempo, lugar, disponibilidades y recursos en que se realiza el acto médico (por ejemplo, del centro donde se ejerce la medicina).

**c) La individualización de la actuación médica en el caso concreto.** Supone la aplicación prudente y razonable de los criterios generales ponderando las circunstancias del caso concreto, ante un enfermo concreto y en un momento determinado. La que se denomina, por homologación, con la prudente y razonable aplicación de las normas jurídicas o Jurisprudencia, «Medisprudencia».

El médico está desde luego vinculado por la *Lex Artis* en sus tres niveles, no obstante la cuestión merece matizarse:

- 1º. La *Lex Artis* es solamente aplicable a las situaciones «típicas», esto es, las descritas en la literatura científica, pero no para casos excepcionales o «atípicos».
- 2º. La *Lex Artis* no es inmutable ni única, pues la ciencia médica se halla en evolución constante, como ha dicho la STS 8.6.1994 (RJ 1994\9347) «los criterios inmovibles de hoy dejan de serlo mañana», sobre todo en las últimas décadas en que se ha producido una vertiginosa aceleración del proceso de cambio en la medicina, por ello debe compatibilizarse con la libertad de método y su apertura a nuevas técnicas.

En cuanto a la elección de medios, Silva Sánchez pone de relieve la necesidad de estar al caso concreto y de tener en cuenta frente al «principio de terapia más eficaz» conforme a la práctica médica usual (dentro de los todos los medios disponibles, remitiendo al enfermo a otro médico en caso de insuficiencia), «el principio de libertad de terapia», con la debida información del paciente que consienta en el tratamiento, incluso dándolo por supuesto si tal terapia «propia» es más eficaz que la de costumbre, sobre todo en casos de urgencia o intervenciones en caliente.

En esta materia existe un fuerte entronque entre deontología médica y responsabilidad jurídica: el médico debe conocer las técnicas usuales y actuar con diligencia en cada caso al aplicarlas. El «incumplimiento de los deberes de su profesión» es lo que marca la infracción de las normas de cuidado objetivo y la culpa o imprudencia, civil o penal en el plano del derecho sustantivo. Sin duda serán sumamente significativos y útiles los Códigos de deontología médica vigentes en los Colegios profesionales.

En todo caso la infracción de la *Lex Artis* y el fallo técnico han de deberse a la infracción de un deber de cuidado médico, como exigió la STS 27.05.1988 (RJ 1988\3849): «*Se ha producido, pues, una infracción del deber objetivo de cuidado, un error o fallo técnico unido al primero y una infracción de la Lex Artis y se dan también, por consiguiente, las notas de previsibilidad y evitabilidad imprescindibles para la conformación del delito culposo*».

- 3º. Es evidente que entre las normas jurídicas y las normas técnicas no puede establecerse una identidad de contenido, pues cada una de ellas tiene unos fines propios y, por tanto, la infracción de unas no implica necesariamente la de las otras.
- 4º. En consecuencia, la infracción de la *Lex Artis* no implica necesariamente la infracción del deber objetivo de cuidado, generador de responsabilidades jurídico-penales.



De aquí que la infracción de la regla técnica tiene carácter indiciario respecto de la infracción del deber objetivo de cuidado, pero no la supone en todo caso, ni es coincidente con la misma.

### Los criterios jurídicos de imputación del resultado

Las acciones imprudentes sólo son castigadas, por imperativo del principio de intervención mínima propio del Derecho penal, en la medida en que producen determinados resultados. El **desvalor** de la acción (la acción imprudente) no es, por sí, suficiente para determinar una sanción penal, sino que es preciso, además, que se conecte con el desvalor del resultado: la producción de un resultado prohibido (Muñoz Conde).

Además es preciso que el resultado se haya producido como consecuencia de la inobservancia del cuidado objetivamente debido.

Pero en los delitos imprudentes, para establecer la relación de causalidad no basta con acudir a criterios meramente naturalísticos o físicos, sino normativos.

Los problemas de relación de causalidad normalmente se pueden resolver con la teoría de la adecuación. En efecto, esta teoría considera adecuada una acción para provocar un resultado cuando era previsible objetivamente que lo iba a provocar y el autor actuó sin la diligencia debida.

Pero con los parámetros de la teoría de la adecuación no se agota la solución del problema. De aquí que, sobre todo a partir de las aportaciones de ROXIN, la Doctrina y la Jurisprudencia españolas hayan elaborado diversos criterios que perfilan la teoría de la causación adecuada y restringen el ámbito de imputación frente a conductas imprudentes a aquello que es jurídicamente relevante (teoría de la imputación objetiva).

Conforme a los postulados de la teoría de la imputación objetiva, toda norma de cuidado tiende a conjurar el riesgo de la producción de unos resultados determinados. Pues bien cuando el resultado producido es de aquellos que la norma de cuidado infringida se dirige a conjurar, éste será objetivamente imputable a la conducta del agente que violó dicha norma, pero no si se producen otros resultados, aún típicos, ajenos al fin de protección de la norma.

La teoría de la imputación objetiva utiliza varios criterios complementarios a los de la causalidad adecuada para resolver los casos más complejos y difíciles que suelen presentarse en el delito imprudente. Así, se excluye la relación de causalidad entre el acto imprudente y el resultado en los siguientes casos:

- a) Cuando el resultado se ha causado por la realización de la acción imprudente, pero también se hubiese producido si el autor hubiera actuado correctamente.

Aunque, la teoría de la imputación objetiva considera que el resultado puede ser también imputado siempre que se demuestre que la acción imprudente supuso un incremento notable del riesgo normal de que el resultado se produjera. En este caso, el incremento del riesgo equivale a su creación, y ello es lo que, junto a la causalidad, determina la imputación del resultado. Sólo si es seguro que la

conducta concretamente realizada hubiera producido también el resultado, puede excluirse la imputación.

- b) El resultado se ha causado por causas ajenas a la acción imprudente misma.
- c) Lo mismo sucede en los casos en los que un tercero se aprovecha de la actuación imprudente de otro para producir dolosamente el resultado.
- d) También se excluye la relación de causalidad si el resultado producido por la acción imprudente cae fuera del ámbito o fin de protección de la norma lesionada.

Pues bien la relación entre la norma que impone el deber de cuidado, la identificación del peligro que con la misma se pretendía conjurar y el resultado producido, ha de ser probada y aquí de nuevo ha de acudir a la prueba pericial médica.

Estos criterios propios de la teoría de la imputación objetiva han sido acogidos de forma definitiva por la Jurisprudencia de la Sala 2ª del TS, que los considera como un «correctivo normativo» a los postulados de la causación naturalística o física y a la causación adecuada. Así, para la Sala de lo Penal del TS, la imputación objetiva aparece integrada por dos elementos: *«la existencia de relación de causalidad natural entre acción y resultado, y que el resultado sea expresión del riesgo creado y el fin de protección de la norma, de suerte que es objetivamente imputable un resultado que está dentro del ámbito de protección de la norma penal que el autor ha vulnerado mediante una acción creadora de riesgo o peligro jurídicamente desaprobado»* (SSTS 29.1.1993 [R] 1993\215] y 1.2.2002 [R] 2002\3643]).

Con todo, la imputación objetiva de un resultado ha de matizarse especialmente cuando se trata de resultados derivados del ejercicio de la medicina. Así, por ejemplo, la STS 19.10.2000 [2000\9263] sentó que:

*«La creación de un peligro jurídicamente desaprobado está ausente cuando se trate de riesgos permitidos, que excluyen la tipicidad de la conducta que los crea, y próximos a éstos los casos de disminución del riesgo, en los que el autor obra causalmente respecto de un resultado realmente ocurrido, pero evitando a la vez la producción de un resultado más perjudicial. Son de mencionar igualmente otros supuestos de ruptura de la imputación objetiva entre los que se pueden incluir los abarcados por el principio de confianza, conforme al cual no se imputarán objetivamente los resultados producidos por quien ha obrado confiando en que otros se mantendrán dentro de los límites del peligro permitido, así como las exclusiones motivadas por lo que doctrinalmente se denomina la prohibición de regreso, referidas a condiciones previas a las realmente causales, puestas por quien no es garante de la evitación de un resultado».*

Por tanto, no podrá imputarse el resultado proveniente de una conducta imprudente:

- 1º. Cuando dicho resultado deriva de un riesgo permitido, supuestos en los que se ha apuntado la posibilidad de legitimar el riesgo mediante el consentimiento informado del paciente (Cortés Bechiarelli).
- 2º. Cuando el resultado producido lo fue en evitación del riesgo de producción de otro resultado más perjudicial. Como ejemplo de estos supuestos se ha señalado el caso de las actuaciones quirúrgicas en caliente, en las que la práctica médica va más allá de lo que consintió el paciente (art. 9.2 Ley 41/2002, de autonomía del paciente). En estos casos -dice Cortés Bechiarelli- «es cierto que el profe-

sional rebasa aquello para lo que el documento le faculta; pero su actuación es atípica si la actividad se efectúa con respeto a las reglas de la *Lex Artis* y resulta proporcionada a la evitación de un mal mayor, como pudiera ser la repetición de la operación tras la prestación de un nuevo consentimiento».

De este modo, se ha de poder concluir que la relación de causalidad que ha de existir entre la omisión del deber de cuidado y el resultado producido no puede explicarse, al menos, no en todo caso, atendiendo sólo a criterios fisicistas, sino normativos (De Llera). Si el resultado se hubiera producido de todos modos, aun obrando diligentemente, o si dicho resultado fuera ajeno al fin de protección de la norma de cuidado infringida, faltará este elemento y no habrá infracción penal.

### **Clases de infracciones imprudentes**

El Código Penal vigente de 1995 ha prescindido de la tradicional clasificación tripartita de la imprudencia que distinguía entre imprudencia temeraria y simple, con y sin infracción de reglamentos, y sólo distingue entre imprudencia grave, única que puede ser constitutiva de delito (o de falta en el supuesto del art. 621.1) y leve, que sólo puede ser constitutiva de falta (art. 621.2 y 3), contemplando también la imprudencia profesional (arts. 142, 146, 152 y 158).

Para la Jurisprudencia la distinción entre imprudencia grave y leve se halla en la mayor o menor falta de diligencia mostrada en la acción u omisión constituyente de la conducta delictiva, en la mayor o menor previsibilidad del evento que crea el resultado y en el mayor o menor grado de infracción por el agente del deber de cuidado que, según las normas socioculturales, de él se esperaba (Sentencias de Tribunal Supremo de 18 de marzo de 1999, 1 de diciembre de 2000 y 4 de marzo de 2005). Analizaremos sus notas características separadamente.

#### **a) Imprudencia leve**

La imprudencia leve consiste en la ausencia del deber de diligencia que cabe esperar de una persona precavida y cuidadosa en atención también al ámbito en que se haya producido el resultado, que en nuestro caso será el de la Psiquiatría (Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de octubre de 2004 y 4 de marzo de 2005).

La imprudencia leve existe cuando el agente ha omitido la diligencia media acostumbrada en una esfera especial de actividad, o se omiten normas de cuidado que, por no ser inexcusables o aconsejables por la más vulgar prudencia, sólo pueden exigirse en determinados casos (Conde Pumpido Ferreiro).

Este tipo de imprudencia leve siempre habrá de ser calificada como falta, concretamente de homicidio o lesiones (art. 621.1, 2 y 3).

Para que pueda perseguirse y ser castigada una falta de imprudencia leve es necesaria «la previa denuncia de la persona agraviada o de su representante legal» (art. 621.6).

Este presupuesto de perseguibilidad suscita un problema de mayor calado de lo que aparentemente pudiera parecer para perseguir las faltas de homicidio por imprudencia leve del art. 621.2 del Código Penal, que en la práctica impide su persecución (De Llera). Como se ha dicho, para la persecución penal es necesaria la previa denuncia

de la persona agraviada (que es la fallecida) o de su representante legal y, conforme establece el Código Civil, la representación legal se extingue por la muerte del representado (arts. 169 y 276).

Tampoco podrán castigarse estas conductas cuando medie perdón del ofendido o de su representante legal, ya que dispone el art. 639 del Código Penal que *«el perdón del ofendido o de su representante legal extinguirá la acción penal o la pena impuesta»*.

#### **b) Imprudencia grave**

La imprudencia grave (antes llamada temeraria en el anterior Código Penal) consiste en la omisión de aquel deber de cuidado que es exigible a las personas menos cuidadosas en el ámbito de actuación de que se trate (Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2005).

La imprudencia grave puede ser constitutiva de delito cuando el resultado producido es grave (muerte o lesiones muy graves). En lo que aquí interesa, el Código Penal contempla el homicidio imprudente (art. 142) y lesiones graves imprudentes (art. 152.1 y 2) e igualmente, el aborto imprudente (art. 146) o las lesiones imprudentes al feto (art. 158).

Pero será calificada como simple falta y no como delito cuando el resultado lesivo es menos grave (art. 621.1 en relación con el art. 147.2).

#### **c) Imprudencia profesional**

La imprudencia profesional es un tipo de imprudencia más que grave que se comete cuando el profesional actúa como si no lo fuera, violando las más elementales normas de cuidado de su profesión.

No se trata pues de que el acto culposo o imprudente se realice por un profesional (que es lo que se llama "culpa del profesional"), sino que, como ha venido entendiéndose la doctrina y la jurisprudencia, es menester que, al margen del simple dato objetivo de la condición personal de profesionalidad, la conducta imprudente consista precisamente en la omisión grave de aquellas reglas del arte o normas técnicas que son exclusivas de la profesión (Conde Pumpido Ferreiro) o, como ha dicho el Tribunal Supremo, que para actuar en el campo concreto se requiera una profesionalidad o una técnica propias de la profesión de que se trate y de las que el sujeto carece (impericia) o se olvida o ejecuta descuidadamente (negligencia), practicándola con manifiesta peligrosidad, creando un "plus" de culpa (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 1991).

La consecuencia de la calificación de la imprudencia como profesional acarrea la imposición de penas más graves que las de los delitos cometidos por imprudencia grave y además la imposición de otra pena añadida como es la de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, que supone la prohibición de ejercerla durante el plazo establecido por la sentencia, que podrá extenderse entre tres meses a 20 años (art. 40.1 Código Penal).

### **3. La responsabilidad civil derivada de la penal**

La responsabilidad penal médica, dolosa o culposa, puede acarrear también responsabilidad civil (art. 109 y 116 CP). Por lo tanto esta responsabilidad civil, derivada de la penal, será accesoria a la condena penal impuesta o por el contrario podrá darse en el

caso en que no se determine la responsabilidad penal en el médico y pueda continuarse el enjuiciamiento por la vía civil, una vez concluida la vía penal.

La responsabilidad civil comprende la reparación del daño y la indemnización de los perjuicios materiales y morales causados al agraviado, así como a sus familiares o terceros (art. 110 a 114).

En cuanto a los sujetos responsables civiles, además del condenado penalmente, lo son otras personas como responsables civiles directos o subsidiarios. Es responsable civil directo, la compañía aseguradora que hubiere asumido el riesgo de la responsabilidad pecuniaria derivada del uso o explotación de la actividad, cuando a consecuencia de un hecho previsto en el Código, se produzca el evento que determine el riesgo asegurado, y hasta el límite establecido (art. 117). Es responsable civil subsidiario la persona natural o jurídica dedicada a cualquier género de actividad o industria, por los delitos o faltas que hayan cometido sus empleados o dependientes en el desempeño de sus obligaciones o servicios (art. 120.4º). Por tanto también serán responsables subsidiarios los entes públicos (art. 121) en relación a la actividad que desempeñen sus empleados, como en el caso del médico contratado por el sistema público de salud.

### RESPONSABILIDAD CIVIL

Como regla general el surgimiento de la responsabilidad civil de los médicos psiquiatras, y en general de los profesionales sanitarios, se configura legalmente como una responsabilidad por culpa. Ello implica que sólo puede derivar de la concurrencia de dos elementos: la producción de un resultado lesivo y el incumplimiento o cumplimiento deficiente de una obligación profesional, que se traduce en una negligencia en el control de los riesgos propios de su actuación.

Por ello para explicar la responsabilidad profesional en psiquiatría se ha de partir del examen de sus presupuestos:

- ¿Cuáles son las obligaciones de estos profesionales frente a sus pacientes y qué naturaleza tienen?, por tanto, ¿qué garantizan con su intervención?
- ¿Cuáles son las normas de control de los riesgos de su actuación? o, dicho de otro modo, ¿qué normas deben seguir en su actuación?

Analizaremos en primer lugar todo lo relativo a la naturaleza y carácter de las obligaciones profesionales de los médicos psiquiatras y a las normas que han de observar en el control de los riesgos, para tratar luego la responsabilidad civil.

#### 1. Naturaleza de la obligación del médico psiquiatra

Suele distinguirse en Derecho, dentro de las obligaciones de hacer, entre las obligaciones de medios o de actividad y las obligaciones de resultado. La obligación de medios supone que el deudor –esto es, el sujeto obligado a cumplirla- no se obliga al logro de un concreto resultado sino al despliegue o desarrollo de una actividad o conducta diligente (Asúa González).

Pues bien, en la legislación española, toda actividad médica genera una obligación de medios y no de resultado. Por tanto el médico no está obligado a curar al enfermo, sino a

proporcionarle todos los cuidados que requiera, según el estado de la ciencia y de la *Lex Artis*. Es decir que en el campo del derecho civil, la relación médico-paciente se encuadraría en el ámbito de los contratos de prestación de servicios y no en los contratos de obra, en los que se exige la producción de un resultado. Esta es la norma general. Sin embargo, existen determinadas actividades médicas que se acercan más al contrato de obra y que no se limitan a una mera obligación de medios, como ocurre en lo que se ha venido a llamar medicina voluntaria. La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido matizando esta circunstancia fundamentalmente en los casos de cirugía estética, en los procedimientos de esterilidad y en ciertos supuestos de odontología.

En los supuestos en que el interesado acude al médico, no para la curación de una dolencia (medicina curativa), sino para el mejoramiento de un aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica (medicina voluntaria), el contrato que une al médico con el paciente, sin perder su carácter de prestación de servicios, se aproxima ya de manera notoria al de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue. En estos casos, además, la obligación de informar por parte del médico al paciente se intensifica; la información ha de ser exhaustiva, debiendo informar al cliente –más que paciente-, tanto de los posibles riesgos que la intervención acarrea, especialmente si esta es quirúrgica, como de las posibilidades de que la misma no comporte la obtención del resultado que se busca y de los cuidados, actividades y análisis que resulten precisos para el mayor aseguramiento del éxito de la intervención.

En el campo de la psiquiatría tienen muy escasa oportunidad los supuestos de medicina voluntaria, por lo que podría afirmarse que la obligación del psiquiatra es prácticamente en el cien por cien de los casos un supuesto de medicina curativa y, por tanto, una obligación de medios, aún de las llamadas en el Derecho sajón de «máximo esfuerzo».

## **2. La *Lex Artis ad hoc* como norma de cuidado y actuación del médico psiquiatra**

Las normas de control de los riesgos de la actuación del psiquiatra se hallan en la denominada *Lex Artis ad hoc*. En efecto, el deber de cuidado exigido a veces aparece definido por normas legales (como las normas sobre seguridad e higiene en el trabajo o la circulación vial), y otras veces ha de buscarse en normas profesionales científicas o técnicas e incluso en costumbres que han ido perfilándose con el tiempo y la experiencia (Quintero Olivares).

Según las Sentencias del Tribunal Supremo de 7 de febrero, 29 de junio de 1990 y 11 de marzo de 1991, citadas en la más reciente sentencia de 26 de marzo de 2004, la actuación de los médicos debe regirse por la denominada "*Lex Artis ad hoc*", es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional.

Ampliando dicha síntesis conceptual, afirma el Tribunal Supremo que se entiende por *Lex Artis ad hoc*, aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o

intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Su positivización se halla en la literatura científica, en los protocolos, en las decisiones de los comités hospitalarios y en las guías clínicas.

Ahora bien, la Jurisprudencia ha puesto de relieve que la *Lex Artis* no es inmutable ni única, pues la ciencia médica se halla en evolución constante, como ha dicho la STS 8.6.1994 (RJ 1994\9347), «*los criterios incommovibles de hoy dejan de serlo mañana*», sobre todo en las últimas décadas en que se ha producido una vertiginosa aceleración del proceso de cambio en la medicina, por ello debe compatibilizarse con la libertad de método y su apertura a nuevas técnicas.

### 3. La configuración de la responsabilidad civil del psiquiatra como responsabilidad por culpa probada

Las bases de la responsabilidad civil se hallan en el art. 1.101 del Código Civil para la responsabilidad contractual y en el art. 1902 para la extracontractual. Establece el primer precepto citado que «*Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren al tenor de aquélla*», y el segundo que «*El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado*».

Con independencia de que la responsabilidad civil exigible a los psiquiatras pueda considerarse en unos casos como responsabilidad contractual y en otros extracontractual, se ha de hacer constar que la Jurisprudencia otorga una identidad de tratamiento de ambas modalidades exigiendo para declarar una u otra unos mismos parámetros (Reglero Campos), por lo que no me ocuparé más de esta diferencia.

Los requisitos exigidos por la Jurisprudencia para que nazca la responsabilidad civil del psiquiatra son los siguientes:

- a) un incumplimiento o un cumplimiento deficiente de la obligación profesional asumida por el psiquiatra.
- b) la producción de un resultado dañoso o lesivo para el paciente.
- c) que entre la actuación del profesional y el daño o perjuicio sufridos por el paciente pueda establecerse una relación de causalidad, exigiéndose además que la actuación del profesional sea adecuada para causar el daño (teoría de la adecuación).

Por otro lado, la declaración de la responsabilidad civil por culpa de los psiquiatras exige que el paciente o sus familiares, en caso de muerte o incapacidad, prueben la falta de diligencia o de previsión del facultativo.

La prueba del incumplimiento de la *Lex Artis ad hoc* por parte del médico corresponde al paciente o los familiares que demanden al profesional de la psiquiatría, sin que el psiquiatra esté obligado a probar que actuó correctamente (Sentencias del Tribunal Supremo, Sala Civil, de 8 de Septiembre de 1998, 23 de marzo de 2001 y 14 de Mayo de 2001).

Existe, no obstante, una excepción sobre la indicada regla, según la cual la carga de la prueba de la culpa corresponde al médico, es decir, debe probar que actuó correctamente; esta excepción tiene lugar en los supuestos en que se produzca un daño desproporcionado

para el paciente en relación con la actuación llevada a cabo por el profesional sanitario (teoría del daño desproporcionado). En estos casos tiene lugar una inversión de la carga de la prueba, de modo que corresponde al profesional probar que actuó correctamente y que no incurrió en ninguna negligencia (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Civil, de 29 de junio de 1999, 9 de diciembre de 1999 y 31 de enero de 2003).

Aunque, dado el espacio del presente trabajo no podré ocuparme con la debida extensión de ello, no debo dejar de apuntar que, como se trata de probar conductas enjuiciadas con arreglo a normas científicas y técnicas, el medio de prueba imprescindible será en todo tipo de procesos el pericial, por tanto los informes periciales médico-psiquiátricos y, especialmente, los informes de los Médicos Forenses tienen una extraordinaria importancia en la decisión de las cuestiones de responsabilidad planteadas. Como ha dicho Cortés Bechiarelli, *«el papel que toca a los Jueces y Tribunales consiste en la recreación de todo un proceso sometido a reglas científicas que desconoce, pues –salvo que el supuesto sea notoriamente negligente para el común de los ciudadanos– sólo el auxilio de las pruebas periciales practicadas podrá producir un juicio ponderado»*.

Así mismo, ha de ponerse de manifiesto la extraordinaria importancia que tiene la historia clínica como medio de prueba, especialmente como medio de prueba de la defensa del psiquiatra denunciado o demandado, pues las omisiones que pueda presentar servirán para favorecer su condena, mientras que la constancia de datos sobre las comprobaciones y medios diagnósticos y terapéuticos empleados por el psiquiatra, favorecerán su absolución.

#### **4. El problema del consentimiento informado en Psiquiatría**

Como es sabido, todo tratamiento o intervención por los profesionales sanitarios exige como presupuesto el previo consentimiento informado del paciente. En nuestro país, ya la Constitución de 1978, al consagrar los derechos a la libertad y a la dignidad humana (arts. 15 y 17), sentó las bases para reputar contrario a la dignidad y la libertad del paciente cualquier intervención que le afectara sin contar con su consentimiento, entendiendo que la primera y más esencial manifestación del derecho a la dignidad humana del paciente se cifra en su derecho a decidir sobre la aceptación o el rechazo del tratamiento que le sea propuesto. Y en este sentido tuvo ocasión de señalar el Tribunal Constitucional que el derecho a no aceptar un tratamiento médico forma parte del derecho a la vida y a la integridad física y/o moral, el cual *«resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no sólo por el de morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional»* (Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990).

Acorde con dichos postulados constitucionales, dispone el art. 2.6 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente que *«Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente»*. De este modo la Jurisprudencia ha venido a considerar que la obtención del consentimiento informado forma parte de la propia *Lex Artis* de las profesiones médicas.



La misma Ley 41/2002 ha venido a definir el consentimiento informado como *«la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud»* (art. 3).

En principio la titularidad del consentimiento corresponde exclusivamente al paciente (art. 8.1 Ley de Autonomía del Paciente). Sin embargo existen situaciones en las que el paciente o afectado por la actuación sanitaria, debido a su falta de madurez, por su menor edad, o a su estado físico o psíquico, como puede ser habitual en psiquiatría, no se halla en condiciones para poder asumir la información y decidir libre y voluntariamente, otorgando su consentimiento a la misma. Para estos supuestos la Ley de Autonomía del Paciente ha establecido que el consentimiento sea prestado por otra persona en su representación

Por otro lado, la ocultación de información al paciente en los casos que denomina de *«estado de necesidad terapéutica»*, entendiéndose por tal la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave (art. 5.4). En estos supuestos el médico debe dejar constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Pues bien ambos problemas se suscitan con frecuencia en el ejercicio de la psiquiatría.

En efecto, en primer lugar, en el campo de la psiquiatría se suscitan no pocos supuestos en los que el paciente, precisamente como consecuencia de su trastorno, no es capaz de recibir adecuadamente la información necesaria o resulta incapaz para emitir un consentimiento libre, voluntario y consciente, esto es, como dice el precepto citado no se halla *«en el pleno uso de sus facultades»*.

De hecho el psiquiatra puede encontrarse con dos tipos de enfermos: el incapacitado legalmente y el incapaz de hecho.

Incapacitados legalmente son aquellas personas que carecen de aptitud para gobernarse por si mismos, por sufrir enfermedades, deficiencias o anomalías a las que la misma ley les atribuye esa virtualidad. Pero la incapacitación legal requiere una resolución judicial que la declare (art. 199 CC). En estos casos el propio Juez deberá nombrar un representante al incapacitado y el consentimiento deberá ser prestado por dicho representante. Pero la prueba de la incapacitación será la sentencia de incapacitación, cuyo testimonio autenticado habrá de exhibirse en su caso al facultativo.

A los incapacitados de hecho se refiere el art. 9.3, a) de la Ley de Autonomía del Paciente: *«Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho»*.

En estos supuestos el consentimiento habrá de prestarlo el representante del paciente nombrado en testamento vital (art. 11.1 Ley de Autonomía del Paciente) y, si no lo tiene nombrado, las personas vinculadas al paciente. Como la ley no establece ningún orden de preferencia entre ellas, suele seguirse el orden análogo al establecido en el Código Civil para la preferencia en la tutela: el cónyuge conviviente o persona unida por relación de análoga relación de afectividad, los padres y los descendientes (art. 234).

Nótese que en cualquier caso la Ley de Autonomía del Paciente atribuye al médico la valoración o apreciación con absoluta libertad esa posible incapacidad de decidir del paciente, lo que sitúa al psiquiatra en un campo rico en situaciones y en fin resbaladizo, dados los diversos grados o niveles de esa incapacidad. Es evidente que habrá pacientes que en el momento del acto médico sean capaces para comprender y decidir sobre un tipo de tratamiento y en otro no; piénsese, no sólo en el tratamiento psicoterápico o farmacológico, sino en supuestos de tratamientos más agresivos como el TEC o, simplemente en el internamiento involuntario necesario para tratar al paciente, si bien este último se halla regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil en su art. 763.

En segundo lugar, se dan también supuestos conflictivos como es el caso en el que la información suministrada al paciente pueda agravar su enfermedad o dificultar, si no imposibilitar de hecho, el tratamiento. La Ley de Autonomía del Paciente ha previsto en su art. 5.4 un supuesto de ocultación de información al paciente en los casos que denomina de «estado de necesidad terapéutica», entendiéndolo por tal «la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave» (art. 5.4).

El mismo precepto añade que «En estos supuestos el médico debe dejar constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho».

Pues bien, cabe pensar al menos en los casos en los que se produzca un peor cumplimiento del tratamiento si se exponen abiertamente al paciente los efectos secundarios o posibles efectos adversos de los fármacos utilizados por el psiquiatra. A este respecto, conviene tener presente que el art. 4.1 Ley de Autonomía del Paciente dispone que la información que debe suministrarse al paciente «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias», con lo que tales efectos en cuanto suponen riesgos y consecuencias, han de ser objeto de la información «mínima» a que se refiere la ley.

Se ha señalado a este respecto que pueden producirse abusos en la utilización por los psiquiatras de la cláusula del «estado de necesidad terapéutica», al ofrecerse legalmente al psiquiatra un ámbito de discrecionalidad realmente amplio, por lo que algunos han abogado por la creación de una lista exhaustiva de efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, con una alusión explícita a los más graves, aunque estadísticamente sean poco frecuentes (Draper y Dawson).

En cualquier caso, la ley ha establecido un verdadero campo de valoración con cargo al médico psiquiatra del que podrá hacer uso legítimamente, sin más límite que la clara arbitrariedad.

## LA RESPONSABILIDAD DEL PSQUIATRA ANTE EL SUICIDIO DEL PACIENTE

En teoría podría exigirse a los profesionales de la Psiquiatría una posible responsabilidad penal, aunque según veremos no propiamente por suicidio imprudente, sino por homicidio o lesiones imprudentes y una más amplia responsabilidad civil.

### LA RESPONSABILIDAD PENAL POR SUICIDIO

En relación con el suicidio, el Código Penal sólo castiga las conductas dolosas de inducción y de auxilio al suicidio de otro (art. 143). Sin embargo, no castiga el suicidio imprudente. Y es que, como se dijo, el art. 12 del Código Penal establece, como regla inderogable, que *“Las acciones u omisiones imprudentes sólo se castigarán cuando expresamente lo disponga la ley”*. Y el examen de su articulado revela que en el Código Penal no existe una previsión legal al respecto.

Se ha de reparar a este respecto en el concepto jurídico-penal de suicidio. El concepto vulgar, que recoge el Diccionario de la RAE, lo define diciendo que es una *“voz formada a semejanza de homicidio, del lat. sui, de sí mismo, y caedēre, matar”*. Sin embargo en sentido jurídico penal, el suicidio se define como una conducta dirigida a causar la propia muerte por un sujeto de manera absolutamente libre y consciente.

Y es que el suicidio, aisladamente considerado, es una conducta ajena al Derecho penal. Por ello no se castiga el intento de suicidio. El Derecho penal sólo sanciona, por considerarlas injustas, la promoción e instigación al suicidio de una persona que de no ser por ello no se habría quitado la vida. Desde la perspectiva penal, no se trata por tanto de un homicidio caracterizado por el consentimiento de la víctima.

De este modo, no hay suicidio en sentido jurídico cuando el sujeto suicida tiene limitadas las funciones mentales necesarias para querer libre y conscientemente su propia muerte. Así señala Quintero que *«la muerte de un inimputable decidida por él no podrá ser tenida como decisión libre, y por lo mismo ni la cooperación ni el auxilio podrán ser tratadas con arreglo a lo dispuesto en este artículo (el art. 142), sino como intervenciones (de autoría mediata) en homicidio»* aunque de todos modos, añade, *«la valoración del consentimiento del suicida no ha de hacerse solamente partiendo de la imputabilidad, sino además examinado si en el caso concreto estaba en condiciones de comprender y valorar la significación y transcendencia de lo que quería hacer»*.

Por ello, un sujeto que carezca de condiciones de comprender y valorar la significación y transcendencia de lo que quería hacer, que con actos autolíticos se produce la muerte o lesiones, nos conducirá al terreno del homicidio doloso, si la conducta del agente inductor o cooperador es intencionada, o a la imprudencia, cuando no lo es y los actos autolíticos del paciente se deben a una omisión de deberes objetivos de cuidado del psiquiatra.

Partiendo pues de que la conducta adecuada exigible al psiquiatra ante sospecha suicida consiste en:

- a) la exploración del paciente sobre tendencias suicidas,
- b) el establecimiento de tratamiento médico y/o farmacológico adecuado,
- c) la adopción, en su caso, de medidas impeditivas de la conducta autolítica, se ha de concluir que la omisión de estos deberes de cuidado son los que pueden servir a la configuración de la imprudencia: según el resultado producido, delitos de homicidio o de lesiones imprudentes (arts. 142 y 152 del Código Penal).

El análisis de la Jurisprudencia penal pone enseguida de relieve la existencia de muy escasos supuestos de reclamaciones penales (denuncias o querellas) contra profesionales de la psiquiatría. Las pocas denuncias interpuestas contra profesionales de la psiquiatría lo han sido en supuestos de suicidio del paciente al que se le da el alta inmediatamente

antes del acto autolítico o cuyo suicidio tiene lugar dentro del centro psiquiátrico. Sin embargo aún en estos casos la Jurisprudencia no considera responsable de homicidio o lesiones imprudentes al psiquiatra.

Los dos únicos casos de denuncias contra psiquiatras que hemos hallado desde la vigencia del Código Penal de 1995 fueron resueltos por las Audiencias Provinciales de Madrid y de Gerona y en ambos casos dichas Audiencias acordaron el archivo de la denuncia sin necesidad de juicio.

En efecto el primer caso fue resuelto por la Audiencia Provincial de Madrid, en el que se acusaba al psiquiatra de delitos de omisión del deber de socorro y de homicidio imprudente que consideró que el psiquiatra no había cometido ninguno de esos delitos en base a la consideración de que éste exploró debidamente al enfermo y le puso el correspondiente tratamiento. Así sentó la AP de Madrid que:

*«En el caso concreto que nos ocupa, se trata de determinar, si la conducta que atribuye la recurrente al denunciado, consistente en que no acordó el internamiento psiquiátrico de la denunciante, pese a la situación anímica que presentaba aquella, puede ser constitutiva de imprudencia médica.*

*En tal sentido pese a lo controvertido que pueda parecer el no internamiento psiquiátrico de la paciente el día 7 de agosto de 2003, a la luz de lo que ocurrió con posterioridad ese mismo día, en el que aquella tuvo un intento autolítico ingiriendo pastillas. Del examen concreto del acto médico cuestionado, no puede entenderse que la conducta del médico denunciado, quien se encontraba en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, pueda tener relevancia penal. A tal efecto aparece en las actuaciones con el informe médico de dicha fecha, que examinó a la paciente sus antecedentes psiquiátricos, emitió un juicio diagnóstico-trastorno, histriónico de la personalidad (301-5) ICD-9, prescribió un tratamiento tanto de fármacos, como de continuación de revisiones y entendió que la patología psiquiátrica que presentaba la paciente no requería internamiento dándole el alta; lo que refleja que no desatendió a la paciente, ni omitió ni quebrantó en el tratamiento de aquella su Lex Artis, atendiendo a las normas generalizadas en este tipo de actuaciones; por todo lo que procede desestimar el recurso interpuesto» (Auto AP de Madrid de 2 de julio de 2004).*

El segundo caso fue también resuelto por la Audiencia Provincial de Gerona. Los hechos en resumen eran los siguientes: suicidio de una paciente de un centro psiquiátrico con el cinturón de albornoz introducido en el centro por los familiares al entregar los efectos personales, siendo los acusados una médico carente de especialidad en psiquiatría, con una experiencia de nueve años en el centro y una enfermera no encargada de la vigilancia directa. En este caso la Audiencia razonó:

*«Por lo que respecta a la responsabilidad que la facultativo E. V. P. pudo tener en los hechos, la parte recurrente la cifra en la circunstancia de que no tenía el correspondiente título oficial de psiquiatría para ejercer y desempeñar la complicada labor en un centro de las características del Hospital Psiquiátrico.*

*Tal circunstancia en modo alguno le puede ser reprochada a título de imprudencia al médico. Efectivamente, la falta de un título no inhabilita absolutamente al facultativo para ejercer la especialidad médica a que el mismo se refiere, pues el título no representa sino una de las múltiples formas de capacitación, pudiendo ser perfectamente válida, como otra de las maneras, la adquisición de esa facultad a través de la experiencia; eso ocurría en el presente supuesto, pues la imputada ejercía su labor desde hacía 9 años ininterrumpidos, siendo por ello consciente de la gravedad y seriedad de su función, de suerte tal que*

estaba esperando obtener la meritada capacitación oficial a través de un acceso distinto al ordinario, el conocido MIR, cual es el de los MESTOS.

Además hemos de añadir que la contratación de una persona no valida para el desempeño de una función médica por no estar legalmente especializada no le es imputable a esa misma persona sino a la administración que la acoge y la atribuye el desempeño de una función para la que en principio no esta especializada.

La imprudencia en el actuar de un facultativo debe ser medida, de cualquier manera, por sus acciones y por sus omisiones, conectándolas con la "Lex Artis" de su trabajo, por si de la comparación surgiera alguna disfunción; lo que no es de recibo es pretender que la imprudencia reside en la falta de especialización oficial, dato objetivo que nada refleja con respecto al actuar. La actividad desempeñada por la facultativo con respecto a la fallecida fue correcta desde el punto de vista médico, ya que reconoció a la paciente y tomo conocimiento de su estado físico y mental por si misma el día que estaba encargada de la salud general de todos los pacientes, todo ello después de revisar las instrucciones y el reconocimiento personal y anotaciones realizadas por la facultativo que estaba de guardia cuando se produjo el ingreso, continuó con el tratamiento médico que se le había prescrito y dio las órdenes pertinentes para que se tuviera una especial vigilancia de la fallecida y de otra paciente a las que observaba más reacias a acatar el reglamento interno del Centro Médico» (Auto AP de Girona de 8 de abril de 2002).

### LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR SUICIDIO

Desde la perspectiva de los criterios sentados sobre la naturaleza de la obligaciones profesionales de los psiquiatras y su necesaria adecuación a las reglas de la Lex Artis ad hoc, la responsabilidad derivada del suicidio del paciente exigiría la concurrencia de una conducta personal del psiquiatra claramente negligente, es decir, divergente con la Lex Artis y objetivamente causante de dicho resultado.

El examen de la Jurisprudencia Civil pone de manifiesto, como dice Azparren, que «la psiquiatría no es una de las especialidades en que se produzcan un mayor número de demandas de responsabilidad civil, partiendo de que al profesional médico solo se le puede demandar en la vía civil en los casos de ejercicio de la medicina privada, pues en el sistema público de salud las reclamaciones se realizan a través de los juzgados y tribunales de lo contencioso-administrativo en donde la reclamación se hace frente a la Entidad Pública propietaria del Centro pero no contra el profesional, aunque en ocasiones haya que valorarse la actuación del profesional a efectos de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública».

La mayoría de las demandas civiles deducidas contra psiquiatras por suicidio del paciente se han producido en caos de autolisis de enfermos internados en centros privados o en los que el suicidio tiene lugar tras la fuga del paciente, supuestos todos en los que los tribunales han absuelto al médico psiquiatra, condenando solamente al centro sanitario o a sus directivos.

Así la Sentencia de la Sala de lo Civil del TS de 19 julio 2007 que resolvió un supuesto de suicidio de un paciente afectado por un brote psicótico, con ideas delirantes y de autoagresión, ocurrido a las pocas horas de su ingreso en la habitación de un hospital, al que llegó profundamente dormido por efecto de los fármacos administrados, condenó al centro hospitalario, absolviendo al médico psiquiatra, que por el estado del paciente no podía examinarlo hasta horas más tarde, así como del personal sanitario.

Respecto del **médico de guardia** señala la sentencia que:

*«carece de sentido la imputación de no haber examinado al fallecido, pues se encontraba dormido profundamente según revela expresamente la historia clínica, la cual también pone de manifiesto que los datos del enfermo los obtuvo de su madre, la actora; amén de que, como el facultativo de urgencias no era especialista en psiquiatría, no prescribió medida específica alguna, en consecuencia del estado de sedación en que se encontraba el enfermo, sino que se puso en contacto con el psiquiatra "de 2ª llamada", que ordenó el ingreso en la planta de dicha especialidad; y tampoco podía autorizar la permanencia de la madre en el centro hospitalario, no sólo por su prohibición expresa, sino porque médicamente no resulta aconsejable».*

Y con relación al **personal sanitario**:

*«Con indicación a las conductas del personal sanitario codemandado, la sentencia de instancia no encuentra responsabilidad alguna; así, en la Asistente Técnica Sanitaria y la Auxiliar de Clínica, pues ambas, como personal profesional subordinado a las ordenes directas de los médicos, cumplieron en todo instante sus obligaciones de cuidado y vigilancia ordinaria en la planta de psiquiatría, no les fueron impartidas observaciones especiales y tenían a su cargo 21 pacientes y a todos habían de procurar la adecuada atención; la presencia permanente en la habitación del fallecido, como exige la demandante, debió prescribirse por el especialista en psiquiatría, al suponer una dedicación extraordinaria, diferente a la habitual en la planta, ya que ello supondría dejar de vigilar al resto de enfermos, en función de su número y la existencia de sólo dos enfermeras».*

Otro supuesto fue el resuelto por el supuesto de la Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga, Sección 5ª, de 25 de mayo del 2009 en el que se trataba del suicidio de un paciente que fue ingresado de forma voluntaria y por iniciativa familiar en un Centro sanitario privado, aquejado de síntomas de estado hipomaniaco leve, por los que se le habían prescrito con anterioridad determinados tranquilizantes:

*«El mismo día del ingreso el paciente fue explorado y entrevistado por un especialista en psiquiatría, quien le diagnosticó trastorno bipolar en fase maníaca, prescribiendo un tratamiento farmacológico con vigilancia y control constante que se llevó a cabo por los correspondientes sanitarios y empleados del Centro; que el día siguiente al ingreso, el psiquiatra volvió a entrevistarse por la mañana con el paciente, quien se mostró más tranquilo, correcto y abordable, sin presentar ansiedad importante ni agitación, ni tampoco referir sintomatología depresiva, negando al facultativo que tuviese intenciones autolíticas; que ese mismo día, sobre las 14'15 horas, personal sanitario del Centro encontró al Sr. F. ahorcado con una toalla en el cuarto de baño de su habitación, habiendo fallecido por asfixia mecánica producida por suspensión- ahorcadura».*

La demanda de responsabilidad civil presentada contra el psiquiatra fue desestimada en base a un dictamen pericial emitido por un médico psiquiatra y forense excedente, que revisó la actuación del médico y emitió su dictamen, informando que la actuación del facultativo demandado fue en todo momento correcta, explicando que la conducta suicida no es previsible en enfermos bipolares, sin que en este caso concreto existiera en principio un riesgo especial, pues el día del fallecimiento su evolución era positiva, «lo que hacía innecesario sedar o atar al paciente», pues éstas medidas únicamente se adoptan en situaciones extremas.

Igualmente la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 29 de septiembre de 2000 examinó otro caso de suicidio de una paciente por ahorcamiento con el cinturón de una compañera, la cual presentaba síntomas esquizomorfos, soliloquis, ideaciones deli-

roides de perjuicio y posibles alucinaciones auditivas, en la que se absolvió al psiquiatra y al personal sanitario, condenando al centro sanitario, con base en el incumplimiento del deber de vigilancia que asistía al centro hospitalario en el que se hallaba ingresada la paciente.

Razonaba la mencionada sentencia que:

*«El día 14 de marzo de mil novecientos noventa y cinco fallece dicha persona, óbito que tuvo lugar por ahorcamiento de la paciente, aprovechando el cinturón de una bata que tenía una compañera de habitación, así como que la puerta de acceso a la terraza de la habitación tenía el cierre estropeado, y que se usaba una silla para sujetarla, lo que le permitió sacar la silla a la terraza y allí ahorcarse. Apuntan los actores que dicho lamentable suceso sólo pudo acaecer al infringir el hospital sus propias normas de orden interno, al permitir objetos peligrosos en la habitación como es el cinturón, cuya preexistencia no se controló así como la presencia de sillas y el acceso a la terraza lo que facilitó la ejecución de las intenciones suicidas de la paciente».*

Añadiendo que:

*«Es lo cierto que cuando el propio hospital aprueba unas normas rectoras y entre ellas se contempla el que los pacientes no tengan a su alcance medios peligrosos que les permita realizar ideas autolíticas o suicidas lo lógico es que el propio centro vele por un estricto cumplimiento de las mismas, normativa que por otro lado responde a la tipología de pacientes a los que se aplica, enfermos psíquicos cuyas reacciones en ocasiones pueden resultar sorprendentes pero nunca son insospechadas ni imprevisibles».*

También se hallan en la Jurisprudencia supuestos de reclamaciones contra la Administración pública sanitaria por actuaciones en la sanidad pública como es el supuesto estudiado por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 10 de septiembre de 2008, en un proceso que se había iniciado por la vía penal donde había sido sobreesido y archivado el caso, en el que una paciente había fallecido como consecuencia de las quemaduras sufridas en la ducha lo que ocurrió cuatro días después de producirse las quemaduras, por un fallo multisistemático en la evolución de las quemaduras corporales.

La sentencia señala que:

*«En el momento del ingreso la paciente presentaba un discurso disgregado, inquietud y perplejidad. Refería ideas delirantes de perjuicio. Se pautó tratamiento farmacológico con antipsicóticos y benzodiazepinas, observación prioritaria y sujeción mecánica si fuera precisa».*

En este caso se produce la condena de la Administración sanitaria, pero no por la actuación de la médico psiquiatra, sino del servicio de psiquiatría ya que la sentencia concluye que existe responsabilidad patrimonial por parte de la Administración, al considerar obvia la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el resultado de muerte de la paciente, pues la psiquiatra que la atendió, anotó en la Historia Clínica que se trataba de una paciente que debía de estar *«sometida a observación prioritaria y sujeción mecánica si precisa».*

Así razona el Tribunal que:

*«Resulta totalmente incomprensible y supone un mal funcionamiento del servicio de vigilancia y atención que la Unidad de Psiquiatría de cualquier centro público debe prestar para con los pacientes allí ingresados, que una enferma que debe estar sujeta a observación prioritaria, pues así lo ha pautado la*

*psiquiatra que la trata, que durante toda la mañana del día que ocurrieron los hechos necesitó sujeción mecánica por su agresividad (rascaba las paredes y se tiraba de la cama), se le permita hacer uso de la ducha a solas aunque en ese momento presente una actitud tranquila, añadiendo la sentencia que en ningún momento se debió permitir que la paciente pudiera hacer uso de la bañera sin tener la vigilancia, ayuda y apoyo necesario dado su estado de salud. En cualquier caso las medidas de supervisión y control fueron igualmente inadecuadas al no permitir detectar que la enferma manipulaba los grifos de la bañera y que el agua salía tan caliente que originó las quemaduras que llevaron finalmente a la muerte de la paciente».*

Puede pues concluirse que tampoco en vía civil puede hallarse ninguna resolución de condena para los médicos especialistas en Psiquiatría.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Asúa González (V.V.AA.). «Responsabilidad civil médica», en *Tratado de Responsabilidad Civil* (Dir. Reglero Campos), 3ª Edición, Navarra: Cizur Menor, 2006.
- 2- Azparren Lucas (con Andreu Tena y de Llera Suárez-Bárcena). *Responsabilidad Médica en Psiquiatría*. Madrid: Adalia, 2010.
- 3- Cabrera Forneiro y Fuertes Rocañín. *Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauce Editorial, 1997.
- 4- Conde Pumpido Ferreiro. *Código Penal. Doctrina y Jurisprudencia*. Madrid: Trivium, 1997.
- 5- Cortés Bechiarelli. «Ejercicio de las profesiones sanitarias y delitos imprudentes» en *La imprudencia, Cuadernos de Derecho Judicial nº 16*, Biblioteca Virtual de Derecho Judicial, CGPJ, 2005, p.17-49.
- 6- de Llera Suárez-Bárcena. «La responsabilidad penal del Médico». En: *Introducción al Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica*, Centro de Estudios Jurídicos, Ministerio de Justicia, 2007.
- 7- Draper y Dawson. «Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist», *Can J Psychiatry*, 1990.
- 8- Muñoz Conde. *Teoría general del delito*, 3ª edición, Valencia: Tirant lo Blanch, 2004.
- 9- Quintero Olivares (en V.V.AA.). *Comentarios al Código Penal* (Dir. Quintero Olivares), 5ª Edición, Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2008.
- 10- Quintero Olivares. *Manual de Derecho Penal. Parte General.*, 4ª Edición, Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2010.
- 11- Reglero Campos. «Conceptos generales y elementos de delimitación», en *Tratado de Responsabilidad Civil* (Dir. Reglero Campos), 3ª Edición, Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2006.
- 12- Silva Sánchez. *Avances de la Medicina y Derecho Penal*, Barcelona: Instituto de Criminología, 1988.

# Evaluación y manejo de las conductas suicidas en el centro de salud



P. Alejandra Sáiz Martínez, M. P. García-Portilla González, B. Paredes Ojanguren,  
P. Burón Fernández, M. Garrido Menéndez, S. Al-Halabí Díaz,  
M. T. Bascarán Fernández, J. Bobes García

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial. Datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre 15 y 44 años. En los países miembros de la Unión Europea se calcula que mueren cerca de 60.000 personas al año por este motivo<sup>1</sup>. Concretamente, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) referentes al año 2009 sitúan al suicidio en España, por segundo año consecutivo, como la primera causa no natural de defunción, con 3429 personas fallecidas<sup>2</sup>. Por otra parte, el suicidio constituye, en los países industrializados, una de las principales causas de carga producida por enfermedad cuando se tienen presentes los DALYs (*"disability adjusted life year"*)<sup>3</sup>.

Las cifras expuestas sólo representarían la punta de un iceberg, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces superior, aunque la carencia de estadísticas nacionales e internacionales adecuadas impide un adecuado conocimiento de la magnitud real del problema. Hay que tener presente que el cómputo de los intentos de suicidio entraña numerosas dificultades metodológicas, ya que hablamos de un grupo muy heterogéneo de pacientes en relación con aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida y, por otra parte, la utilización de diferentes definiciones de lo que constituye una tentativa suicida también contribuye a la heterogeneidad<sup>4</sup>. Así, numerosos autores señalan una tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países, incluida España<sup>5</sup>.

La política en Salud Mental Europea se ha basado, en los últimos años, en dos documentos claves: *The Mental Health Declaration*<sup>6</sup> y el *European Commission Green Paper* (2005)<sup>7</sup>. Estos documentos han constituido la base para el desarrollo del *European Mental Health Pact*<sup>1</sup> que establece cinco áreas de actuación prioritaria, entre las que se incluye la prevención de la depresión y del suicidio, dada la magnitud y gravedad de este problema. En este sentido, el pacto estimula las siguientes acciones:

- Mejorar la formación de los profesionales de la salud y de los responsables sociales en salud mental
- Restringir el acceso a potenciales métodos suicidas
- Poner en marcha medidas que incrementen la concienciación sobre salud mental en la población general, en profesionales de la salud y en otros sectores relevantes

- Poner en marcha medidas para reducir los factores de riesgo suicida como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés
- Facilitar la ayuda adecuada para las personas que realizan una tentativa suicida y para aquellos afectados por el suicidio

De igual modo, en España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su Línea Estratégica 1 (*promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental*), incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio<sup>8</sup>.

Coincidiendo con los mencionados esfuerzos, se ha procedido, durante el último año, tanto a nivel nacional como internacional, a la génesis de recomendaciones / guías<sup>9,10,11</sup> cuyo objetivo es ayudar al clínico a la prevención y manejo de dichos comportamientos. Por otra parte, cabe señalar que la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), enmarcado dentro del proyecto de Desarrollo Profesional Continuo para Médicos Psiquiatras (DPC-MP), incluye en el mapa de competencias del DPC-MP el comportamiento suicida.

### EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico<sup>12</sup>. En el creciente ambiente legalista en que se desarrolla la práctica cotidiana, cada vez se presta mayor atención a la potencial responsabilidad derivada de una evaluación del riesgo suicida insuficiente o incorrecta.

A pesar de que la historia de tentativa suicida previa es el marcador de riesgo suicida más replicado tanto de futuras tentativas como de posterior suicidio consumado<sup>13</sup>, en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de adecuada evaluación tanto de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimando el riesgo de suicidio real de los pacientes<sup>14</sup>. Lo cual se ve aún más favorecido por el hecho de que aún cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, el paciente recibe un diagnóstico (en España, una categoría CIE-10) que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo<sup>14</sup>.

Por tanto, uno de los problemas más frecuentes consiste en no documentar adecuadamente nuestros juicios y observaciones clínica<sup>15</sup>. Siendo necesario señalar que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana<sup>16</sup>. No obstante, también es necesario poner de manifiesto que en la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se recomienda la necesidad de evaluar, como eje independiente, la presencia (ó no) de riesgo autolítico (APA, <http://www.dsm5.org>).

## RECOMENDACIONES CIE-10 PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA

La Organización Mundial de la Salud, a través de su edición de la clasificación CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria<sup>17</sup>, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida.

### Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato

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

### Evaluación del paciente con un intento suicida reciente

- Peligrosidad del método elegido
- Grado de convicción sobre eficacia del método elegido
- Posibilidad de ser descubierto
- Grado de alivio al ser salvado
- Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir)
- Grado de planificación
- Existencia (ó no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida

## EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Es necesario reseñar que existen múltiples instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de aspectos directa ó indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas. En este capítulo se han elegido aquellos que pueden ser de más ayuda desde el punto de vista clínico o aquellos que han demostrado ser más útiles en investigación. No obstante, para una revisión más exhaustiva de instrumentos de evaluación de utilidad en el ámbito de los comportamientos suicidas, en particular, y de los trastornos mentales y del comportamiento, en general, se remite al lector a las siguientes referencias: Bobes *et al.* (2011)<sup>10</sup>, García-Portilla *et al.* (2011)<sup>18</sup>.

Con el fin de facilitar el manejo, las escalas se han agrupado en cuatro apartados diferentes (**Tabla 1**).

<b>Escalas no específicas de suicidio</b>	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
<b>Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida</b>	Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS) <i>International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)</i> Escala SAD PERSONS Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
<b>Escalas de evaluación de los actos suicidas</b>	Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
<b>Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio</b>	Escala de Desesperanza (HS) Inventario de razones para vivir (RFL) Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

**Tabla 1.** Escalas para la evaluación psicométrica de los comportamientos suicidas

### 1. Escalas no específicas de suicidio

En este apartado se incluyen escalas que no son específicas para la evaluación del riesgo suicida, pero que contienen ítems específicos que pueden resultar de utilidad al clínico para dicha evaluación. En este sentido es muy importante señalar que la utilización de ítems específicos de determinadas escalas suele generar un elevado número de falsos positivos.

#### **MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI *International Neuropsychiatric interview*, MINI)<sup>19</sup>**

Descripción de la escala:

- La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.
- La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
- El módulo C corresponde a la evaluación del riesgo de suicidio actual. Consta de de 6 preguntas de respuesta dicotómica (Sí – No). Cinco de ellas hacen referencia al “último mes” y la última hace referencia a “toda la vida”. Cada respuesta positiva a una pregunta lleva anclada una puntuación.
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe validación española de esta escala<sup>20</sup>.

Corrección e interpretación de los resultados:

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones parciales de cada ítem. Dicha puntuación puede oscilar entre 0 y 33.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - Riesgo leve: 1-5 puntos
  - Riesgo moderado: 6-9 puntos
  - Riesgo alto:  $\geq 10$  puntos

### **Escala de Hamilton para la Depresión (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*)<sup>21</sup>**

Descripción de la escala:

- La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- El ítem 3 de dicha escala explora el riesgo suicida en el momento actual. La puntuación en dicho ítem oscila entre 0 (riesgo de suicidio ausente) y 4 (presencia de tentativas suicidas previas; tentativa sería puntúa 4).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe validación española de esta escala<sup>22</sup>.

Corrección e interpretación de los resultados:

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

### **Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS*)<sup>23</sup>**

Descripción de la escala:

- La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- El ítem 10 de dicha escala explora el riesgo suicida en el momento actual. La puntuación en dicho ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares.
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe validación española de esta escala<sup>24</sup>.

Corrección e interpretación de los resultados:

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

### 2. Escalas específicas de evaluación de comportamiento suicida

#### Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (*Columbia- Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS*)<sup>25</sup>

Descripción de la escala:

- La C-SSRS es un instrumento semiestructurado para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamientos suicidas.
- Cabe señalar que la C-SSRS es la escala elegida por la Food and Drug Administration (FDA) para la evaluación del riesgo suicida en los ensayos clínicos (Meyer *et al.*, 2010).
- Esta escala consta de dos partes diferenciadas:

##### a) Ideación suicida

- *Presencia de ideación suicida*: se evalúa mediante dos preguntas iniciales de screening ("Deseo de estar muerto" y "Pensamientos activos de suicidio no específicos"), de respuesta dicotómica (Sí – No). Si ambas respuestas son negativas se pasa a la sección de Conducta Suicida. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, se plantean otras tres preguntas de respuesta dicotómica ("Ideación activa sin plan y sin intención de actuar", "Ideación activa con alguna intención de actuar pero sin plan" y "Ideación activa con intención y plan").
- *Intensidad de la ideación suicida*: se evalúa mediante 5 ítems, dos de los cuales (frecuencia y duración) tienen 5 opciones de respuesta (cuya puntuación oscila entre 1 y 5), y otros tres (capacidad de control, elementos disuasorios y razones para ideación) tienen 6 opciones de respuesta (con puntuaciones entre 0 y 5). A mayor puntuación mayor intensidad de la ideación.

##### b) Conducta suicida

- Se evalúan los comportamientos suicidas mediante 5 ítems de respuesta dicotómica (Sí – No). Existen dos ítems adicionales que sólo deben de rellenarse si han existido tentativas suicidas (se valoran la tentativa más reciente, la más letal y la inicial) y hacen referencia a letalidad médica real, que se puntúa en una escala que oscila entre 0 (ninguna lesión física o lesiones físicas muy pequeñas) y 5 (muerte), y a la letalidad potencial (sólo debe de rellenarse si la letalidad real es 0). La puntuación de la letalidad potencial oscila entre 0 (conducta con poca

probabilidad de lesiones) y 2 (conducta con probabilidad de muerte a pesar de disponer de asistencia médica.

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

Corrección e interpretación de los resultados:

- No existe una puntuación global en la escala, ni puntos de corte definidos.
- Permite realizar una clasificación de las personas en relación a su "estado suicida" en los siguientes grupos:
  - Sin comportamiento suicida
  - Ideación suicida
    - Deseo de morir
    - Ideación suicida activa inespecífica
    - Ideación activa sin plan y sin intención de actuar
    - Ideación activa con alguna intención de actuar pero sin plan
    - Ideación activa con intención y plan
  - Tentativa suicida activa
    - Tentativa interrumpida
    - Tentativa abortada
    - Comportamientos / acciones preparatorias
  - Tentativa suicida real
  - Suicidio consumado

### **Escala de Ideación Suicida de Paykel (*Paykel Suicide Scale, PSS*)<sup>26</sup>**

Descripción de la escala:

- La PSS es una escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas de modo gradual.
- Se trata de una escala que consta de 5 ítems con respuesta dicotómica (Sí, 1 punto – No, 0 puntos).
- Los ítems están ordenados de modo jerárquico (de menor a mayor gravedad del pensamiento suicida).
- Pueden utilizarse diferentes marcos temporales siendo los más utilizados las últimas 2 semanas, los últimos 6 meses, o el último año.
- Es un instrumento autoaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados:

- No se obtiene una puntuación global, sino que, tal como está diseñada esta escala, se asume que puntuaciones positivas en uno de los ítems lleva implícita la respuesta afirmativa a los ítems previos.



- Los puntos de corte propuestos son los siguientes:
  - Sin ideación suicida: 0 puntos
  - Pensamientos de muerte: puntuación positiva en los ítems 1 ó 2
  - Ideación suicida: puntuación positiva en los ítems 3, 4 y/o 5

### **Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (*Clinical Global Impresión for Severity of Suicidality, CGI-SS*)<sup>27</sup>**

Descripción de la escala:

- La CGI-SS se deriva de la escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Guy, 1976) y consta de dos subescalas que evalúan respectivamente:
  - La gravedad del cuadro clínico: consiste en un único ítem que valora la gravedad del riesgo suicida utilizando una escala tipo Likert de 5 valores (1. no suicida; 2. ligeramente suicida; 3. moderadamente suicida; 4. gravemente suicida y 5. tentativa suicida).
  - La mejoría del riesgo suicida debido a las intervenciones terapéuticas: un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 7 valores que van desde 1 (mejoría muy marcada) hasta 7 (empeoramiento muy marcado).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española de esta escala.

Corrección e interpretación de los resultados:

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

## **3. Escalas para la evaluación de constructos relacionados con el suicidio**

### **Escala de Desesperanza de Beck (*Hopelessness Scale, HS*)<sup>28</sup>**

Descripción de la escala:

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

Corrección e interpretación de los resultados:

- Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes:
  - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
  - Factor motivacional (pérdida de motivación).
  - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
  - La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
  - La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
  - La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total, se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
  - 0-3: ninguno o mínimo.
  - 4-8: leve.
  - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
    - 9-14: moderado.
    - 15-20: alto.
- Existen datos que ponen de manifiesto que la mayoría de ítems (15 ítems) de esta escala miden un único factor, por lo que el número de ítems de la escala podría reducirse sustancialmente. Incluso, podría ser posible reemplazar toda la escala por un único ítem: "*Mi futuro me parece oscuro*"<sup>29</sup>.

### **Inventario de Razones para Vivir (*Reasons for Living Inventory, RFL*)<sup>30</sup>**

Descripción de la escala:

- El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse (razones para vivir).
- Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 subescalas diferentes:
  - Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44 y 45)
  - Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48)
  - Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28)
  - Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38 y 46)
  - Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43)
  - Objeciones morales (4 ítems: 5, 23, 27 y 34)

- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1 = Sin ninguna importancia, 2 = De muy poca importancia, 3 = De poca importancia, 4 = De alguna importancia, 5 = De mucha importancia, 6 = De suma importancia).
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana<sup>31</sup>.

Corrección e interpretación de los resultados:

- Desde un punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem. No existe punto de corte propuesto; a mayor puntuación, menor probabilidad de presencia de conductas suicidas.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
  - Supervivencia y afrontamiento: 4.94
  - Responsabilidad con la familia: 4.17
  - Preocupación por los hijos: 4.02
  - Miedo al suicidio: 2.13
  - Miedo a la desaprobación social: 2.44
  - Objeciones morales: 3.22

### **Escala de Impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*)<sup>32</sup>**

Descripción de la escala:

- La BIS-11 es un instrumento diseñado para evaluar la impulsividad.
- Consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas de impulsividad:
  - Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
  - Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
  - Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).
- Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de frecuencia de 4 grados, desde raramente o nunca, hasta siempre o casi siempre. A la hora de corregir, es necesario tener presente que algunos de los ítems están formulados en sentido inverso.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana<sup>33</sup>.

Corrección e interpretación de los resultados:

- Proporciona una puntuación total (suma de las puntuaciones en las 3 subescalas) y puntuaciones en las 3 subescalas (suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems que las constituyen).

- Excepto en los ítems formulados en sentido inverso (ver en el siguiente punto), la respuesta raramente o nunca vale 1, ocasionalmente= 2, a menudo= 3 y siempre o casi siempre= 4.
- En los ítems formulados en sentido inverso: 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30, la puntuación es la contraria; raramente o nunca= 4 y siempre o casi siempre = 1.
- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia la puntuación total. No existe punto de corte propuesto.
- En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución. En el estudio con la versión hispana<sup>33</sup> las puntuaciones medianas fueron:
  - Subescala cognitiva= 9.5
  - Subescala motora= 9.5
  - Subescala impulsividad no planificada= 14
  - Puntuación total= 32.5

### CONCLUSIONES

- La suicidalidad es un componente frecuente y problemático en cualquier trastorno mental cuyas repercusiones abarcan desde el ámbito clínico hasta el ámbito legal.
- Las próximas ediciones de los manuales de clasificación recomiendan la necesidad de evaluar de modo adecuado la presencia (o no) de riesgo autolítico.
- No existe un instrumento único de evaluación ya que diferentes escalas evalúan diferentes aspectos y dimensiones del comportamiento suicida. Se recomienda utilizar aquellas que se aproximen más a las necesidades del clínico en función de aspectos tales como las características clínicas del paciente o lugar donde se realiza la evaluación.
- Se recomienda, siempre que sea posible, la utilización de escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas.
- Se recomienda consignar en la historia clínica los resultados de dicha evaluación.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- European Commission. European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-Level Conference "Together for Mental Health and Well-being". Brussels, 12-13 June 2008.
- 2- Instituto Nacional de Estadística, 2011. <<http://www.ine.es/prensa/np664.pdf>>
- 3- World Health Organization. *The global burden of disease. 2004 Update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 4- Mittendorfer Rutz E, Schmidtke A. "Suicide attempts in Europe". En: Wasserman D, Wasserman C (eds.). *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 123-6.
- 5- Bobes J, Sáiz PA, García-Portilla MP, Bascarán MT, Martínez S, Paredes B, et al. "Suicidal behaviour in Asturias (Spain)". En: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof AD (eds.). *Suicidal behaviour in Europe*. Germany: Hogrefe & Huber, 2004. p. 241-7.
- 6- World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Finland, 12-15 January 2005.
- 7- European Commission. *Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Commission, 14.10.2005 COM (2005) 484.
- 8- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- 9- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. "Suicidality and risk of suicide -- definition, drug safety concerns, and necessary target for drug development: a consensus statement". *J Clin Psychiatry* 2010; 71: e1-e21.
- 10- Bobes J, Giner J, Sáiz J. *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo de comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela, 2011.
- 11- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. "EPA Guidance on suicide prevention". *Eur Psychiatry*, en prensa.
- 12- American Psychiatric Association. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington D.C: American Psychiatric Association, 2003.
- 13- Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. "Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?" *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 151-8.
- 14- Oquendo M, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. "Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis". *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1383-4.
- 15- Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE, Silverman MM. "Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part I: General clinical formulations and legal considerations". *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 245-56.
- 16- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. "The measurement of pessimism: The hopelessness scale". *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-5.
- 17- Organización Mundial de la Salud. *CIE-10-AP. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria*. Madrid: Meditor, 1996; pp. 89-90.

- 18- García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Parellada M, Bobes J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 6ª ed. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias, SL. Psiquiatría Editores, 2011.
- 19- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, *et al.* "Reliability and validity of the MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): according to the SCID-P". *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-41.
- 20- Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto O. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión 5.0.0, Madrid. 2000.
- 21- Hamilton M. "A rating scale for depression". *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.
- 22- Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. "Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión". *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 693-700.
- 23- Montgomery SA, Asberg MA. "A new depression scale designed to be sensitive to change". *Br J Psychiatry* 1979; 134 : 382-9.
- 24- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. "Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad". *Med Clin (Barc)* 2002 ; 118 : 493-9.
- 25- Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, *et al.* *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*. New York: Columbia University, 2007.
- 26- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. "Suicidal feelings in the general population: a prevalence study". *Br J Psychiatry* 1974; 124: 460-9.
- 27- Lindenmayer JP, Czobor P, Alphas L, Nathan AM, Anand R, Islam Z, *et al.* "The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity". *Schizophr Res* 2003; 63: 161-70.
- 28- 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.
- 29- Aish AM, Wasserman D. "Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components?" *Psychol Med* 2001; 31: 367-372.
- 30- Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. "Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory". *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 276-86.
- 31- Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, de la Cruz V, Mann JJ. "Spanish adaptation of the Reason for Living Inventory (RFL)". *Hispanic J Behav Sci* 2000; 22: 369-80.
- 32- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. "Factor structure of the Barratt impulsiveness scale". *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-74.
- 33- Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. "Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS)". *Eur J Psychiatry* 2001; 15: 147-155.



# Estudio de las conductas suicidas en el hospital general

# 3

J.L. Ayuso-Mateos, M. Miret

## INTRODUCCIÓN

Para evitar la repetición de los intentos de suicidio, es importante realizar una adecuada evaluación de las personas que han cometido una tentativa de suicidio<sup>1-2</sup>, lo que asimismo contribuirá a establecer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los hospitales no siempre utilizan los servicios de psiquiatría para realizar una evaluación psicosocial en los pacientes que se han autolesionado deliberadamente<sup>3</sup> y, en ocasiones, no hay profesionales de salud mental disponibles para la evaluación de los pacientes suicidas<sup>4</sup>. Como consecuencia, los pacientes que acuden al hospital tras haberse autolesionado deliberadamente a menudo abandonan el hospital sin que se les haya realizado una evaluación psicosocial<sup>5,6</sup>. Sin embargo, otros estudios han encontrado altos porcentajes de pacientes evaluados tras un intento de suicidio. Nordentoft y Sogaard<sup>7</sup>, informaron que el 95% de los pacientes que pasaron por los servicios de urgencias o por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras un intento de suicidio recibieron una evaluación psiquiátrica y si los pacientes no fueron evaluados fue debido a fallecimiento o que fueron transferidos a otra unidad para un ulterior tratamiento.

Existen numerosas guías clínicas para el tratamiento hospitalario de pacientes con daño autoinfligido<sup>8-14</sup>, pero ninguna de ellas está universalmente aceptada. Tras un intento de suicidio, es crucial determinar si el paciente debe o no ser ingresado. La mayoría de las guías clínicas recomiendan que el alta directa desde el servicio de urgencias sólo debería considerarse si una evaluación psicosocial y un plan de tratamiento han sido concertados antes de que el paciente abandone el hospital, mientras que la hospitalización se recomienda si hay un riesgo inminente de suicidio<sup>15</sup>.

El predictor más robusto de la conducta suicida futura es la historia de intentos de suicidio<sup>16,17</sup>. El tratamiento psiquiátrico previo<sup>18</sup> o diagnósticos<sup>19-21</sup> como la depresión mayor<sup>22</sup>, el trastorno bipolar<sup>23,24</sup>, el abuso de alcohol<sup>25-27</sup>, la esquizofrenia<sup>28</sup>, y los trastornos de personalidad<sup>29</sup> también aumentan el riesgo de suicidio. Asimismo, hay evidencias que demuestran el valor predictivo de diversas variables sociodemográficas: como el género, siendo los hombres los que presentan, en la mayoría de los países, mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres presentan mayores tasas de tentativas<sup>30-31</sup>; la edad, presentando un mayor riesgo las personas de edad avanzada<sup>30</sup>; la convivencia, como el hecho de no vivir con un familiar cercano<sup>32</sup> o vivir solo<sup>21-33</sup>. La falta de apoyo social también aparece con frecuencia en la literatura como factor que incrementa el riesgo de suicidio<sup>34</sup>. Otros factores de riesgo incluyen la ideación suicida<sup>35</sup>, la planificación



suicida<sup>36</sup> y, entre los pacientes que han cometido un intento recientemente, la reacción frente a dicho intento<sup>37</sup>. La gravedad del intento es también un factor de riesgo para la repetición del intento<sup>30</sup>, así como tener problemas de salud física<sup>21-38</sup>, y la evitación de ser descubierto en el momento del intento<sup>39</sup>.

Malone *et al.*<sup>40</sup> evaluaron la precisión de la documentación sobre la historia de conductas suicidas en los informes clínicos rutinarios de paciente ingresados. Encontraron que una parte significativa de la conducta suicida pasada no se registraba en la evaluación clínica rutinaria: los médicos no documentaban actos suicidas previos en un 24% de los pacientes. Peores evaluaciones fueron encontradas por Head *et al.*<sup>41</sup> tras el análisis de los informes de 338 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente. Sólo en el 11% de los pacientes que se encontraban conscientes quedaba reflejada una evaluación psicosocial adecuada. Más recientemente, analizando los datos registrados sobre 70 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente, MacCauley *et al.*<sup>42</sup> encontraron que las circunstancias del intento, los estresores recientes, el diagnóstico psiquiátrico, el riesgo inmediato y el plan de seguimiento fueron documentados en la mayoría de los casos. Sin embargo, la historia psiquiátrica familiar, la conducta suicida pasada, la historia de abuso de alcohol y otras drogas, y la violencia previa con frecuencia no se documentaban.

En el año 2008 llevamos a cabo un estudio de campo epidemiológico que nos permitiera conocer la incidencia y las características de los intentos de suicidio en la población madrileña (mortalidad, métodos, antecedentes psicopatológicos, tratamiento que recibe el paciente), con el fin de identificar los factores de riesgo y los puntos de actuación para la intervención preventiva, fundamentalmente entre la población que acude a urgencias. Dicho estudio se realizó en el ámbito hospitalario y ambulatorio de 4 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid sobre la base de una recogida de información, de manera sistemática, de las urgencias atendidas por intento de suicidio en 4 centros hospitalarios. Entre los objetivos de este estudio planteamos analizar la calidad de los informes clínicos de los pacientes vistos tras un intento de suicidio.

## METODOLOGÍA

Durante los 4 meses del estudio, el personal de investigación participante recogió cada día por la mañana la información relativa a las personas atendidas por intentos de suicidio o conductas autolesivas en las 24 horas previas (72 horas los lunes) a través del contacto con los médicos del servicio de Urgencias. Se siguió la historia de los pacientes por los diferentes servicios del hospital hasta su alta en el mismo y se anotó la derivación recibida. Los casos de pacientes que eran derivados a otro hospital de la misma área sanitaria (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Fundación Jiménez Díaz y Complejo Asistencial Benito Menni) o de alguna de las otras áreas en las que se realizó el estudio, se siguieron hasta el alta. Sin embargo, no se hizo seguimiento cuando la persona era derivada a un centro privado o a un centro público de un área sanitaria diferente de las 4 áreas donde se realizó el estudio.

Se cruzaron los datos administrativos de las personas atendidas, accesibles a la Oficina

Regional de Salud Mental con los datos de actividad asistencial en la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El cruce de los datos registrados a partir de las iniciales y fecha de nacimiento, permitió conocer si, tras ser atendidos en el servicio de urgencias, las personas eran vistas dentro de la red pública de Salud Mental.

Los investigadores que recogieron los datos eran independientes del personal médico y sólo los jefes del servicio de cada hospital conocían los propósitos específicos del estudio.

A partir de los datos recogidos en las historias clínicas se completó un protocolo de investigación en las siguientes áreas de interés para los objetivos del estudio:

- Datos sociodemográficos
- Fecha de atención en urgencias y fecha de alta
- Características y gravedad del intento y lesiones consecuentes: *Lethality Rating Scale and Method attempt coding*<sup>43</sup>

Esta escala establece la letalidad (el daño físico producido por el intento) para ocho posibles métodos comunes en los intentos de suicidio. La puntuación de letalidad en cada ítem tiene un rango que va desde cero (ningún daño o mínimo) a ocho (muerte). Se obtiene también una puntuación total con un rango 0-8, reseñando la letalidad del método que mayor daño ha producido, en el caso de que se haya empleado más de un método de manera simultánea.

- Factores de rescate: sub-escala de rescate de Weisman y Worden<sup>44</sup>. Dicha sub-escala está compuesta de cinco ítems que puntúan de 1 a 3. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones de los cinco ítems:
  - Muy rescatable (puntuación total: 14-15)
  - Moderada-altamente rescatable (puntuación total: 12-13)
  - Moderadamente rescatable (puntuación total: 10-11)
  - Moderadamente-poco rescatable (puntuación total: 8-9)
  - Poco rescatable (puntuación total: 5-7)
- Primera evaluación psiquiátrica realizada: quién, cuándo y dónde la realiza
- Factores de riesgo (ideación suicida, planificación del intento y reacción frente al mismo)
- Circunstancias vitales desencadenantes
- Diagnóstico psiquiátrico actual
- Antecedentes de patología psiquiátrica y de intentos de suicidio
- Asistencia previa recibida
- Presencia de apoyo social
- Comorbilidad médica
- Pautas de tratamiento y manejo indicadas en urgencias
- Derivación al alta
- Datos sobre las características y la calidad de la valoración del intento de suicidio y la adecuación de las intervenciones llevadas a cabo

#### ESTUDIO DE LA CALIDAD EN LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Basados en la evidencia científica disponible en la actualidad y en las recomendaciones de las guías clínicas de prevención del suicidio y asumiendo que hay determinadas variables demográficas como el género y la edad que se evalúan sistemáticamente en todos los informes, se seleccionaron siete indicadores para analizar la calidad de la información presente en los informes clínicos, considerando que son la información mínima necesaria para evaluar el nivel de riesgo de un paciente que ha intentado suicidarse. Estos indicadores son:

- Antecedentes de atención psiquiátrica
- Intentos de suicidio previos
- Apoyo social o familiar
- Ideación suicida
- Planificación suicida
- Reacción frente al intento
- Grado de daño médico como resultado del intento actual

Para cada informe, se codificó si cada uno de los indicadores estaba o no presente. Posteriormente, la distribución de frecuencias de cada indicador se analizó para obtener la información que indica en qué grado los informes clínicos cubren dicha información. La suma de cada uno de estos indicadores dicotómicos (asignando 0 cuando la información no estaba recogida y 1 cuando estaba recogida), ofrece una puntuación total de la calidad de la evaluación que oscila entre 0 y 7. Debido a que las puntuaciones de calidad no tenían una distribución normal, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones de calidad entre hombres y mujeres; pacientes dados de alta directamente desde urgencias y pacientes ingresados; pacientes que cometían su primer intento con pacientes que tenían intentos previos; y pacientes españoles e inmigrantes. Para comparar las puntuaciones de calidad en los tres grupos de edad se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Tras analizar los 993 informes clínicos se encontró que 943 (94.9%) (IC 95% = 93.602 – 96.327) de los pacientes que intentaron suicidarse recibieron una evaluación psicosocial. Los otros 50 (5.1%) (IC 95% = 3.673 – 6.398) fueron casos en los que el paciente no fue evaluado o en los que no fue posible encontrar los informes clínicos y, por tanto, tampoco fue posible saber si la evaluación fue realizada. De los 94.9% evaluados, la evaluación fue realizada por un psiquiatra en 994 casos (99.8%) (95% IC = 99.493 – 100), y por el médico de puerta en 2 de los casos (0.2%) (IC 95% = 0 - 0.507). En ningún caso se utilizaron protocolos específicos para la evaluación de los pacientes suicidas. Sólo en un caso (0.1%) se utilizaron escalas de ideación suicida.

Sólo 223 informes (22.5%) (IC 95% = 19.857 – 25.057) documentaron los siete indicadores; 306 (30.8%) (95% IC = 27.939 – 33.692) recogieron seis indicadores; 229 (23.1%) (IC 95% = 20.437 – 25.686) registraron cinco; y 235 (23.6%) (IC 95% = 21.017 – 26.314) recogieron cuatro o menos de cuatro indicadores.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $z = 0.296$ ;  $p = 0.767$ , estadístico U de MannWhitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad de la evaluación entre hombres ( $5.26 \pm 1.60$ ) y mujeres ( $5.30 \pm 1.53$ ). Tampoco aparecieron diferencias estadísticamente significativas ( $z = 0.985$ ;  $p = 0.325$ , estadístico U de MannWhitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de españoles ( $5.30 \pm 1.57$ ) y extranjeros ( $5.22 \pm 1.49$ ). Ni en función de la edad ( $\chi^2 = 1.62$ ;  $p = 0.446$ , prueba de Kruskal-Wallis para varias muestras independientes), siendo las puntuaciones:  $5.19 \pm 1.75$  para los menores de 18 años;  $5.30 \pm 1.56$  para los de edades comprendidas entre los 18 y los 64 años; y  $5.19 \pm 1.30$  para los mayores de 65.

En cambio, aparecieron diferencias estadísticamente significativas ( $z = 2.731$ ;  $p = 0.006$ , estadístico U de MannWhitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad entre los pacientes que fueron hospitalizados en psiquiatría o en unidades de medicina interna ( $5.50 \pm 1.54$ ) y aquellos dados de alta directamente desde urgencias ( $5.28 \pm 1.47$ ). También aparecieron diferencias estadísticamente significativas ( $z = 3.511$ ;  $p < 0.001$ , estadístico U de MannWhitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) entre los pacientes que no tenían ningún intento de suicidio previo ( $5.27 \pm 0.95$ ) y los que habían cometido algún intento previo al analizado en el estudio ( $4.93 \pm 1.12$ ).

La frecuencia de la documentación de cada uno de los indicadores en cada uno de los grupos y las pruebas chi-cuadrado se muestran en las **Tablas 1 y 2**. La letalidad del intento fue significativamente más codificada en hombres que en mujeres ( $p = 0.019$ ), y en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta directamente desde urgencias ( $p = 0.001$ ), y apareció una tendencia a la significación con respecto a las personas que repetían intento apareciendo documentado con mayor frecuencia en pacientes que intentaban suicidarse por primera vez que en personas que habían cometido intentos previamente ( $p = 0.053$ ). La planificación suicida resultó menos documentada en los pacientes ingresados que en los pacientes dados de alta ( $p = 0.040$ ) y en los repetidores que en los que cometían un intento por primera vez ( $p = 0.009$ ). La reacción frente al intento también fue menos documentada en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta ( $p = 0.003$ ), en repetidores que en personas que no tenían intentos previos ( $p = 0.028$ ) y en españoles que en extranjeros ( $p = 0.014$ ). Asimismo también aparecieron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.011$ ) en la codificación de esta variable en función de la edad, siendo más codificada en el grupo de mediana edad que en los otros dos. Los intentos previos fueron, en cambio, más documentados en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta directamente desde urgencias ( $p < 0.001$ ) y en los españoles que en los extranjeros ( $p = 0.001$ ). En cuanto a la codificación del apoyo, sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ( $p = 0.002$ ) apareciendo codificado con mayor frecuencia en los menores de 18 y en los mayores de 65.

### 3. Estudio de las conductas suicidas en el hospital general

Indicador de calidad	Género				Ingreso / Alta			Intento único / Más de un intento		
	Total n=993	Hombres n=353	Mujeres n=640	x <sup>2</sup> (p)*	Ingreso n=250	Alta n=708	x <sup>2</sup> (p)*	Intento único n=139	Más de un intento n=419	x <sup>2</sup> (p)*
Anteced. atención psiquiátrica	90.9%	89.0%	92.0%	2.62 (0.106)	93.6%	91.1%	1.52 (0.217)	96.4%	95.9%	0.06 (0.809)
IC 95%	89.1-92.7	85.7-92.2	89.9-94.1		90.6-96.6	89.0-93.2		93.3-99.5	94.0-97.8	
Ideación suicida	87.1%	86.4%	87.5%	0.24 (0.621)	86.4%	88.8%	1.06 (0.303)	92.1%	90.7%	0.25 (0.618)
IC 95%	85.0-89.2	82.8-90.0	84.9-90.1		82.1-90.7	86.5-91.2		87.5-96.6	87.9-93.5	
Apoyo social o familiar	78.5%	75.9%	80.0%	2.25 (0.134)	82.8%	78.4%	2.21 (0.137)	87.1%	81.9%	2.01 (0.157)
IC 95%	76.0-81.1	71.4-80.4	76.9-83.1		78.1-87.5	75.4-81.4		81.4-92.7	78.2-85.6	
Planificación suicida	75.6%	75.1%	75.9%	0.09 (0.761)	72.0%	78.4%	4.22 (0.040)	88.5%	78.5%	6.74 (0.009)
IC 95%	72.9-78.3	70.5-79.6	72.6-79.3		66.4-77.6	75.3-81.4		83.1-93.9	74.6-82.5	
Reacción frente al intento	73.4%	72.0%	74.2%	0.60 (0.440)	67.6%	77.1%	8.84 (0.003)	82.7%	73.5%	4.84 (0.028)
IC 95%	70.7-76.2	67.2-76.7	70.8-77.6		61.8-73.4	74.0-80.2		76.4-89.1	69.3-77.7	
Grado de daño médico	67.0%	71.7%	64.4%	5.48 (0.019)	76.0%	64.1%	11.83 (0.001)	80.6%	72.3%	3.74 (0.053)
IC 95%	64.0-69.9	66.9-76.4	60.6-68.1		70.7-81.3	60.6-67.7		73.9-87.2	68.0-76.6	
Intentos previos	56.2%	55.8%	56.4%	0.03 (0.856)	72.0%	50.6%	34.48 (0.000)	**-	-	-
IC 95%	53.1-59.3	50.6-61.0	52.5-60.3		66.4-77.6	46.9-54.3		-	-	

\* g.l. = 1

\*\*Indicador eliminado para estos análisis, ya que solo se incluyeron los casos en los que estaba codificado

**Tabla 1.** Porcentaje de informes clínicos que documentan cada indicador

Indicador de calidad	Grupos de edad			x <sup>2</sup> (p)*	Nacionalidad		x <sup>2</sup> (p)**
	Menores de 18 n=59	18-64 años n=880	Mayores de 65 n=54		Españoles n=863	Extranjeros n=130	
Anteced. atenc. psiquiátrica	89.8%	90.9%	92.6%	0.27 (0.875)	91.0%	90.8%	0.01 (0.943)
IC 95%	81.9-97.8	89.0-92.8	85.4-99.8		89.0-92.9	85.7-95.8	
Ideación suicida	84.7%	87.2%	88.9%	0.45 (0.799)	86.4%	91.5%	2.61 (0.106)
IC 95%	75.3-94.2	84.9-89.4	80.2-97.5		84.2-88.7	86.7-96.4	
Apoyo social o familiar	93.2%	76.9%	88.9%	12.33 (0.002)	79.1%	74.6%	1.37 (0.241)
IC 95%	86.6-99.8	74.1-79.7	80.2-97.5		76.4-81.9	67.0-82.2	
Planificación suicida	72.9%	76.4%	66.7%	2.85 (0.240)	75.2%	78.5%	0.65 (0.420)
IC 95%	61.2-84.6	73.6-79.2	53.7-79.7		72.3-78.1	71.3-85.6	
Reacción frente al intento	57.6%	74.8%	68.5%	9.03 (0.011)	72.1%	82.3%	6.06 (0.014)
IC 95%	44.6-70.6	71.9-77.6	55.7-81.3		69.1-75.1	75.7-89.0	
Grado de daño médico	71.2%	66.9%	63.0%	0.87 (0.648)	67.8%	61.5%	1.99 (0.158)
IC 95%	59.3-83.1	63.8-70.0	49.7-76.3		64.7-70.9	53.1-70.0	
Intentos previos	49.2%	57.0%	50.0%	2.29 (0.318)	58.2%	43.1%	10.45 (0.001)
IC 95%	36.0-62.3	53.8-60.3	36.2-63.8		54.9-61.5	34.5-51.7	

\* g.l. = 2 \*\* g.l. = 1

**Tabla 2.** Porcentaje de informes clínicos que documentan cada indicador

## CONCLUSIONES

Las guías clínicas especifican las variables que deben ser registradas en los informes clínicos. Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se siguen, como lo muestra el hecho de que el 5% de los pacientes analizados en este estudio que, tras un intento de suicidio, fueron dados de alta de un hospital general público de Madrid sin recibir una valoración psiquiátrica. Este porcentaje es menor que el encontrado en otros estudios<sup>45-46</sup>, pero mayor que el encontrado en otros países<sup>7</sup>.

Dado que todos los indicadores analizados en el presente estudio pueden ser considerados igual de relevantes y significativos para una evaluación completa del riesgo de una persona que ha cometido una tentativa de suicidio, y que los informes clínicos son la única información disponible para los profesionales que potencialmente quieran tratar al paciente en un futuro, creemos que un criterio conservador de que al menos cinco de estos siete indicadores estén presentes debería ser el mínimo estándar para considerar que el informe es adecuado para los propósitos de prevención y tratamiento. Bajo dicho estándar, 235 (23.6%) de los informes se pueden considerar incompletos. Si se utiliza un criterio más restrictivo (seis o siete criterios incluidos), sólo 529 (53.3%) de los informes pueden considerarse adecuados.

El número de intentos de suicidio previos fue el indicador que con más frecuencia estaba ausente en los informes, lo que puede estar explicado porque los médicos sólo lo mencionan cuando ha habido intentos previos, pero no lo especifican cuando el paciente no ha tenido un intento previo. De ser así, esto podría llevar a confusión cuando otros profesionales examinan el informe, ya que no es posible saber si la historia de suicidio ha sido evaluada, y si ha habido intentos previos o no. Las bajas tasas en dicho indicador, comparadas con las encontradas por Malone *et al.*<sup>47</sup> pueden ser debidas al hecho de que ellos sólo analizaron informes de pacientes que fueron hospitalizados, mientras que la mayoría de los informes analizados en el presente trabajo son informes de urgencias, que son normalmente menos detallados. Nuestros resultados son más optimistas que los hallados por Head *et al.*<sup>48</sup>, lo que puede ser explicado debido al diferente criterio utilizado para evaluar la calidad.

La letalidad del intento también estaba con frecuencia ausente en los informes, mientras que el tratamiento psiquiátrico previo y la ideación suicida fueron los documentados con mayor frecuencia, aunque las escalas de ideación suicida rara vez se utilizaron. Estos resultados son similares a los hallados por MacCauley *et al.*<sup>42</sup> con una muestra más pequeña.

La calidad de la evaluación fue similar para hombres y mujeres, pero fue peor para los pacientes dados de alta que para los pacientes ingresados. Esto puede ser un reflejo del mayor tiempo dedicado a la evaluación de los pacientes que permanecen más tiempo en el hospital. Los pacientes que tenían intentos previos también tenían informes de peor calidad que los pacientes que cometían el primer intento. Esto puede ser explicado porque los pacientes repetidores pueden ser pacientes conocidos por los médicos, por lo que detallan menos su historia clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- European Commission. *European Pact for Mental Health and Well-being*. European Commission; 2008.
- 2- Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. "Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study". *BMJ* 2002 Oct 19;325(7369):866-7.
- 3- Slinn R, King A, Evans J. "A national survey of the hospital services for the management of adult deliberate self-harm". *Psychiatric Bulletin* 2001;25:53-5.
- 4- Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. "Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. *Ann Emerg Med* 2006 Oct;48(4):452-8, 458.
- 5- Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. "Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care". *Ann Emerg Med* 2006 Oct;48(4):452-8, 458.
- 6- Barr W, Leitner M, Thomas J. "Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm". *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005 Apr;12(2):130-8.
- 7- Nordentoft M, Sogaard M. "Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt". *Nord J Psychiatry* 2005;59(3):213-6.
- 8- American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines; 2003.
- 9- Canadian Coalition for Senior's Mental Health. *The assessment of suicide risk and prevention of Suicide*. 2006.
- 10- Magellan Health Services. *Magellan clinical practice guideline for assessing and managing the suicidal patient*. Magellan Health Services; 2008.
- 11- National Institute for Clinical Excellence. *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- 12- New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington; 2003.
- 13- Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. *Guidelines for identification, assessment, and treatment planning for suicidality*. 1996.
- 14- World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 15- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, *et al.* "Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt". *J Clin Psychiatry* 2006 Jul;67(7):1124-32.
- 16- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. "The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders". *Arch Gen Psychiatry* 1991 May;48(5):418-22.
- 17- Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA. "Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides". *J Affect Disord* 2005 Jul;87(1):107-13.



- 18- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, kway-Jones K, *et al.* "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study". *Am J Psychiatry* 2005 Feb;162(2):297-303.
- 19- Abe R, Shioiri T, Someya T. "Suicide in Japan". *Psychiatr Serv* 2007 Jul;58(7):1013.
- 20- Harris EC, Barraclough B. "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis". *Br J Psychiatry* 1997 Mar;170:205-28.
- 21- Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B. "Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample os the Swedish population". *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:125-35.
- 22- Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, *et al.* "Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Feb;256(1):17-27.
- 23- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. "The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders". *Arch Gen Psychiatry* 1991 May;48(5):418-22.
- 24- Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. "Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients". *Acta Psychiatr Scand* 2007 Dec;116(6):419-28.
- 25- Beck AT, Steer RA. "Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters". *J Affect Disord* 1989 Nov;17(3):203-9.
- 26- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, kway-Jones K, *et al.* "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study". *Am J Psychiatry* 2005 Feb;162(2):297-303.
- 27- Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, *et al.* "Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Feb;256(1):17-27.
- 28- Harris EC, Barraclough B. "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis". *Br J Psychiatry* 1997 Mar;170:205-28.
- 29- Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, *et al.* "Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Feb;256(1):17-27.
- 30- Nicholas LM, Golden RN. "Managing the suicidal patient". *Clin Cornerstone* 2001;3(3):47-57.
- 31- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof Ae. *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
- 32- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, kway-Jones K, *et al.* "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study". *Am J Psychiatry* 2005 Feb;162(2):297-303.
- 33- Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA. "Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides". *J Affect Disord* 2005 Jul;87(1):107-13.
- 34- Mann JJ. "A current perspective of suicide and attempted suicide". *Ann Intern Med* 2002 Feb 19;136(4):302-11.
- 35- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. "The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders". *Arch Gen Psychiatry* 1991 May;48(5):418-22.
- 36- Joiner TE, Jr., Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. "Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide". *Behav Res Ther* 2003 Dec;41(12):1469-80.

- 37- Henriques G, Wenzel A, Brown GK, Beck AT. "Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide". *Am J Psychiatry* 2005 Nov;162(11):2180-2.
- 38- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, kway-Jones K, *et al.* "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study". *Am J Psychiatry* 2005 Feb;162(2):297-303.
- 39- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, kway-Jones K, *et al.* "Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study". *Am J Psychiatry* 2005 Feb;162(2):297-303.
- 40- Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. "Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior". *Am J Psychiatry* 1995 Nov;152(11):1601-7.
- 41- Head L, Campbell-Hewson GL, O'Keane V. "No harm done? Psychological assessment in the A&E department of patients who deliberately harm themselves". *J R Coll Physicians Lond* 1999 Jan;33(1):51-5.
- 42- MacCauley M, Russell V, Bedford D, Khan A, Kelly R. "Assessment following deliberate self-harm: who are we seeing and are we following the guidelines?" *Ir J Psych Med* 2001;18(4):116-9.
- 43- Beck AT, Beck R, Kovacs M. "Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality". *Am J Psychiatry* 1975 Mar;132(3):285-7.
- 44- Weisman AD, Worden JW. "Risk-rescue rating in suicide assessment". *Arch Gen Psychiatry* 1972 Jun;26(6):553-60.
- 45- Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. "Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care". *Ann Emerg Med* 2006 Oct;48(4):452-8, 458.
- 46- Barr W, Leitner M, Thomas J. Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005 Apr;12(2):130-8.
- 47- Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. "Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior". *Am J Psychiatry* 1995 Nov;152(11):1601-7.
- 48- Head L, Campbell-Hewson GL, O'Keane V. "No harm done? Psychological assessment in the A&E department of patients who deliberately harm themselves". *J R Coll Physicians Lond* 1999 Jan;33(1):51-5.



# Evaluación y manejo de los conductas suicidas en los diferentes dispositivos. Unidades de agudos

# 4

E. Baca García

## VALORACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

El objetivo principal de valorar el riesgo de un paciente para cometer una conducta suicida es establecer un pronóstico. El pronóstico es la probabilidad de que un individuo desarrolle un estado de salud (*outcome*) en un momento determinado, dependiendo de su perfil clínico y no clínico. Los médicos no predicen el curso de la enfermedad, predicen el curso de una enfermedad en un paciente<sup>1</sup>.

Actualmente los instrumentos que están disponibles para establecer un pronóstico con respecto al riesgo de suicidio son: la **entrevista clínica** y las **escalas de riesgo de suicidio**. Ninguna escala de suicidio tiene propiedades psicométricas adecuadas, sin embargo, la gran mayoría de las escalas han demostrado su utilidad para mejorar la documentación clínica, aumentar la exhaustividad de la valoración y pueden tener, por tanto, un valor legal a la hora de justificar la información sobre la que se tomaron las correspondientes decisiones clínicas. Por tanto, debe quedar claro que la evaluación clínica es el *gold standard* de la valoración de la conducta suicida<sup>2</sup>.

El facultativo debe valorar, en la entrevista clínica, el balance entre factores de riesgo y factores protectores en la conducta suicida. En este sentido conviene tener en cuenta la reciente revisión de Nock<sup>3</sup>.

Factores protectores:

- Religión
- Soporte social
- Embarazo
- Presencia de niños

Factores biológicos:

- Herencia
- Monoaminas
- Lípidos

Factores sociodemográficos:

- Hombres
- Edades extremas
- Desventajas sociales

Factores clínicos:

- Intentos previos
- Depresión
- Psicosis
- Drogas
- Personalidad

Factores relacionados con eventos vitales:

- Conflicto interpersonal
- Maltrato
- Aislamiento

Factores psicológicos:

- Impulsividad
- Agresividad
- Desesperanza
- Anhedonia
- Reactividad emocional

Otros:

- Acceso a medios letales
- Contagio
- Enfermedad crónica

Un aspecto importante es definir cómo los clínicos utilizan esta información y cuáles son los datos claves que les permiten tomar decisiones. La decisión de ingreso se toma en base a pocas variables: soporte familiar, la intención de repetir, consumo de drogas durante el intento y la historia previa de intentos de suicidio. Sorprendentemente no se toman en cuenta los factores de riesgo de guías ni estudios epidemiológicos<sup>4,5</sup>.

### TRASTORNOS MENTALES, CONDUCTA SUICIDA Y HOSPITALIZACIÓN

Para abordar el tratamiento y las complicaciones relacionadas con la conducta suicida es conveniente conocer cuáles son las patologías por las que, preferentemente, se ingresan los pacientes en las unidades de hospitalización aguda. El análisis del conjunto mínimo de datos básicos de las unidades de hospitalización de agudos de la Comunidad de Madrid (año 2007) pone de manifiesto que las patologías "motivo de ingreso" son principalmente: esquizofrenia, psicosis afectivas y trastornos de personalidad (**Tabla 1**). En ese periodo, se registraron 478 pacientes (un 7%), ingresados por intento de suicidio, la proporción por sexos fue: 200 hombres y 278 mujeres.

Diagnóstico al alta	n	%
Esquizofrenia	1.651	24,0
Psicosis afectivas	1.160	16,9
Otras psicosis	763	11,1
Psicosis infantil	6	0,1
Trastornos neuróticos	453	6,6
Trastornos de la personalidad	768	11,2
Abuso de sustancias	335	4,9
T. Conducta alimentaria	245	3,6
Otros diagnósticos	1.494	21,7
TOTAL	6.875	100

**Tabla 1.** Actividad de las unidades de hospitalización de agudos de la Comunidad de Madrid (año 2007)<sup>6</sup>. Plan Estratégico de Salud Mental de Madrid 2010 - 2014

## ESQUIZOFRENIA

Ya en 1911, Eugen Bleuler señaló que el suicidio era el síntoma más grave de la esquizofrenia<sup>7</sup>. De hecho, se sabe que los pacientes con esquizofrenia tienen una expectativa de vida menor que la población general y la causa de muerte más elevada respecto a la población general es el suicidio (ratio de mortalidad estandarizado SMR de 12.9). Hasta un 40% de la mortalidad es atribuible a causas no naturales y suicidio. Su mortalidad anual se estima en 4-5% y el riesgo es más elevado después del primer año de diagnóstico<sup>8</sup>.

Carlborg<sup>9</sup> ha explicado la conducta suicida en la esquizofrenia como la interrelación de 3 tipos de factores:

- **Factores protectores:** adherencia al tratamiento, vivir con la familia/soporte social, restricción de medios de suicidio, tratamiento farmacológico adecuado.
- **Factores clínicos:** historia de intentos de suicidio, depresión concurrente, desesperanza, abuso de sustancias, inicio reciente de la enfermedad, alto número de hospitalizaciones, hospitalización/alta reciente, conciencia de enfermedad.
- **Factores de riesgo biosociales:** género masculino, impulsividad, historia familiar de suicidio, cociente intelectual elevado, alto nivel de educación y raza blanca.

Con respecto a los factores protectores, los tratamientos con antipsicóticos han mostrado una tasa de suicidio similar (**Tabla 2**), siendo inferior en el caso de la clozapina<sup>10</sup>.

Con respecto al efecto del "inicio de la enfermedad" sobre el suicidio el *National Psychiatric Hospitalization Case Registry of the State of Israel* aporta datos sobre 2293 pacientes ingresados esquizofrenia en los años 1989-92 con un seguimiento de 4-7 años y 151 Intentos de suicidio (6,6%). Este estudio pone de manifiesto que la educación elevada, estar soltero y las hospitalizaciones a edades tempranas se relacionan con un mayor riesgo de intentos de suicidio.

Antipsicótico	Paciente	1000 Paciente-año
Aripiprazol	2751	20,69
Clozapina	36	0
Olanzapina	6790	23,99
Quetiapina	7140	32,33
Risperidon	5300	19,69
Ziprasidon	1437	48,52
Varios	3672	31,24
Antipsicóticos clásicos	2707	21,26
TOTAL	20489	26,71

**Tabla 2.** Fallecimiento por suicidio en un estudio multicéntrico de tratamiento de pacientes psicóticos con antipsicóticos de segunda generación con una observación de 8985 paciente/año

## TRASTORNO BIPOLAR

La prevalencia de intentos de suicidio en pacientes con trastornos bipolar tipo I es del 17% (10-18%); en el trastorno bipolar tipo II es del 24% (18-56%). El riesgo vida/suicidio se estima en 6-15%. Tras un intento de suicidio el riesgo de suicidio respecto a población general es 3.5 veces superior en varones bipolares y 2.5 en mujeres con trastorno bipolar<sup>10</sup>.

Los factores de riesgo y protección específicos para el trastorno bipolar<sup>12</sup> son:

- **Factores de protección:** soporte familiar/social, embarazo, postparto, niños a cargo, creencias religiosas, buena adherencia al tratamiento farmacológico, participación en programas de psicoeducación.
- **Factores de riesgo:** inicio precoz de la enfermedad, jóvenes, solteros, episodios disfóricos/agitación, historia de intentos de suicidio, baja adherencia al tratamiento, eventos vitales, abuso sexual/físico en la infancia, acceso limitado a asistencia sanitaria, historia familiar de suicidio.
- **Factores de riesgo que pueden ayudar en la valoración de urgencias:** cuadros mixtos, disforia, ideación de suicidio presente, abuso de alcohol-drogas, impulsividad, desesperanza.

El periodo de mayor riesgo de suicidio se produce en el inicio de la enfermedad especialmente tras hospitalizaciones.

Con respecto a los tratamientos no se ha demostrado diferencias entre monoterapia y politerapia, por otro lado, el efecto específico "antisucida" del litio está siendo debatido por ensayos clínicos recientes<sup>13</sup>.

### TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad más relacionados con los intentos de suicidio en una muestra española<sup>14</sup> son: el trastorno límite de personalidad histriónico, paranoide y evitativo.

Las mujeres jóvenes tienen más riesgo de repetir la conducta suicida. Un dato interesante de este estudio es que la severidad del trastorno de personalidad no está relacionada con la gravedad del intento. Otro dato interesante es que los desencadenantes vitales (**Tabla 3**) son diferentes para cada trastorno de personalidad<sup>15</sup>.

### SUICIDIOS DURANTE INGRESO

Los pacientes que comenten suicidio durante el ingreso en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos son un grupo muy heterogéneo. Suelen tener historia previa de intentos y síntomas depresivos. Sus características sociodemográficas son: varones jóvenes, desempleados, solteros, con esquizofrenia y mujeres más mayores, separadas/divorciadas, con trastorno afectivo<sup>16</sup>.

En cuanto a las variables asistenciales, son pacientes en cuyas órdenes de tratamiento se escribe que requieren más observación, por tanto, mayor gravedad percibida por el médico, son ingresos más prolongados, con falta de apoyo social. A menudo, en las unidades de agudos puede producirse un efecto de contagio, es decir, que después de aparecer una conducta suicida a los pocos días otro paciente la imite.

Las unidades psiquiátricas de hospitalización de agudos deben tener unas medidas de seguridad que limiten el riesgo de conductas suicidas: ventanas de seguridad con cierres

**Tabla 3.** Trastornos de personalidad y desencadenantes (Life-event) de intentos de suicidio.

Trastorno personalidad	LIFE-EVENT	LIFE-EVENT corregido eje-I
Paranoide	Cambio actividad social	Cambio actividad social
Esquizotípico	Cambio actividad social	Cambio actividad social
Antisocial	Cárcel Pequeños delitos Muerte pareja	Muerte pareja
Narcisista	Despido Problemas créditos Peleas pareja	Despido
Borderline	Cambio hábitos comida	Cambio hábitos comida
Dependiente	Cambio tipo trabajo Cambio actividad social Problemas sexuales Despido	Cambio tipo trabajo Cambio actividad social Problemas sexuales Despido
Evitativo	Cambio hábitos comida	



supervisados, medios de observación que respeten privacidad (sensores volumétricos) e interacción con visitas con unos buenos protocolos de custodia. Uno de los periodos de mayor riesgo es el de los permisos, es cuando se suelen producir el mayor número fugas e intentos de suicidio. Esto debe obligar al médico a valorar el balance entre autonomía y seguridad<sup>17,18</sup>.

### ALTA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La mitad de los casos de suicidio en pacientes hospitalizados ocurre dentro del primer mes y antes de que les haya revisado su médico en el dispositivo de seguimiento ambulatorio. Por este motivo, asegurar la continuidad de cuidados con una buena gestión de casos, es clave.

En la **Tabla 4** se resumen los principales factores de riesgo relacionados con conductas suicidas al alta<sup>19</sup>. Como se puede ver, los antecedentes de conducta suicida inmediatos y la falta de garantías de continuidad de cuidados son los factores más importantes. Los suicidios que suceden durante la primera semana tras el alta suelen presentar una mayor gravedad psicopatológica, un peor funcionamiento sociolaboral, medios más letales y fácilmente disponibles<sup>20</sup>.

Un tema polémico y de actualidad, dada la vigencia de la sostenibilidad del sistema, es el tiempo de ingreso y su posible relación con la conducta suicida. Un estudio basado en el Registro Nacional de Hospitalización de Finlandia pone de manifiesto que reducir el tiempo de ingreso no se relaciona con aumento de riesgo. En este sentido ingresos cortos en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar (media de 14 días) reducen el riesgo<sup>21</sup>. Los argumentos a favor de los ingresos cortos están relacionados con preservar la autonomía y evitar el estigma, por otro lado, contribuyen a mejorar la gestión y evitar cronificación. Los argumentos en contra de los ingresos cortos son el incremento del riesgo por tratamiento incompleto o tratamiento insuficiente por defectos de valoración, mejorías aparentes, mala coordinación y poca continuidad de cuidados y la preeminencia de la estancia media como objetivo de gestión.

**Tabla 4.** Factores de riesgo relacionados con el riesgo de suicida al alta (Troister, 2008)

Conducta suicida	OR
Intentos previos	3,1- 13,8
idealización/ intentos previos al ingreso	1,9- 3,4
Autolesiones/ intentos durante el ingreso	2,6- 10,5
Atención sanitaria	OR
Cumplimiento del tratamiento	8,0
Alta sin planificar	4,0
Continuidad de cuidado	16,8

### CONCLUSIONES

1. Hay que valorar y documentar el riesgo de suicidio a lo largo de todo el proceso asistencial.
2. Se debe prestar atención a la comorbilidad, especialmente a las combinaciones que incluyan: alcohol, depresión y trastornos de personalidad.
3. Es prioritario asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta que el periodo de mayor riesgo es la primera semana tras el alta.
4. Finalmente, se debe valorar la seguridad, la autonomía y el estigma, a la hora de diseñar las unidades psiquiátricas de hospitalización de agudos y los tratamientos que en ellas se hacen; así como los permisos terapéuticos y la programación de duración de los ingresos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moons KGM *et al.* "Prognosis and prognostic research: what, why, and how?" *BMJ* 2009;338:b375
- 2- Links PS; Hoffman B; "Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming". *Can J Psychiatry*. 2005; 50 (8): 490-496
- 3- Nock MK *et al.* "Suicide and Suicidal Behavior". *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154
- 4- Baca-García *et al.* "Variables Associated With Hospitalization Decisions by Emergency Psychiatrists". *Psychiatric Services* 2004; 55:792–797
- 5- 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
- 6- Plan Estratégico de Salud Mental de Madrid 2010 – 2014
- 7- Carlborg A *et al.* "Suicide in schizophrenia". *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10(7): 1153-1164
- 8- McGrath J *et al.* "Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality". *Epidemiol Rev* 2008;30:67–76
- 9- Carlborg A *et al.* "Suicide in schizophrenia". *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10(7): 1153-1164
- 10- Yood MU. "Epidemiologic study of aripiprazole use and the incidence of suicide events". *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2010; 19: 1124–1130.
- 11- Levine SZ *et al.* *Psychiatry Research* 177 (2010) 55–59.
- 12- Pomplili M *et al.* "Suicide Attempters in the Emergency Department Before Hospitalization in a Psychiatric Ward". *Perspectives in Psychiatric Care* 2011; 47: 23–34.
- 13- Oquendo *et al.* "Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder:A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior". *Am J Psychiatry* 2011; 168 :1050– 1056.
- 14- Blasco-Fontecilla H. "Severity of personality disorders and suicide attempt". *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 149–155.
- 15- Blasco-Fontecilla H *et al.* "Relationship between diverse life events and personality disorders in suicide attempters". *Journal of Personality Disorders* 2010; 24(6), 773–784
- 16- Bowers L *et al.* "Suicide Inside A Systematic Review of Inpatient Suicides". *J Nerv Ment Dis* 2010;198: 315–328.
- 17- Hunt IM. "Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey". *BMC Psychiatry* 2010, 10:14.
- 18- Hunt IM. "Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study". *Psychological Medicine* 2009, 39: 443–449.
- 19- Troister T *et al.* "Review of Predictors of Suicide Within 1 Year of Discharge from a Psychiatric Hospital". *Current Psychiatry Reports* 2008, 10:60–65..
- 20- Pirkola S. "The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation – a nationwide register study". *BMC Psychiatry* 2005, 5:32–32.
- 21- Pirkola S. "Reductions in Postdischarge Suicide After Deinstitutionalization and Decentralization: A Nationwide Register Study in Finland". *Psychiatric Services* 2007; 58:221–226.

## INTRODUCCIÓN

Desde finales de la década de los años setenta y principios de los ochenta, en un momento en el que se reconoció que la conducta suicida era un problema de salud mental en la juventud, se han efectuado numerosos avances en el reconocimiento de este tipo de conducta, tanto en niños como en adolescentes. A pesar de ello, el número de suicidios en los menores sigue siendo relativamente alto, indicando la necesidad de implementar más estrategias de prevención y tratamiento.

## TERMINOLOGÍA

La OMS define el suicidio como *"el acto deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo y esperando su resultado fatal"*<sup>1</sup>.

La CIE-10 propone como definición del intento de suicidio aquel acto con resultado no fatal, en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que, sin la intervención de otros, causaría un daño propio, o deliberadamente ingiere una sustancia en dosis superior a la prescrita o generalmente reconocida como dosis terapéutica y que está dirigido a realizar cambios que el sujeto deseaba a través de las consecuencias físicas actuales o esperadas<sup>2</sup>.

La conducta suicida tiene la misma definición en los niños y adolescentes que en el adulto y, aunque el intento de causarse lesiones o de morir es un elemento esencial de la definición, no es necesario que el niño tenga un concepto maduro de la finalidad de la muerte<sup>3</sup>.

A menudo el niño no comprende la intensidad o la gravedad del método de suicidio dada su inmadurez cognitiva y, debido a ello, puede no darse cuenta del resultado de sus intenciones autodestructivas.

## EPIDEMIOLOGÍA

Las tasas de suicidio e intento de suicidio aumentan desde la infancia a la adolescencia, quizás por la mayor prevalencia de psicopatologías en los adolescentes, particularmente comorbilidad de trastorno afectivo y abuso de sustancias. Además, al final de la adolescencia los sujetos son cognitivamente más capaces de planear y ejecutar un intento de suicidio letal y tienen más autonomía y menos supervisión paterna, lo que dificulta el reconocimiento del riesgo suicida<sup>4</sup>.

## SUICIDIO CONSUMADO

En EE.UU., el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, tras los accidentes y el homicidio. En el grupo de edad de 5 a 14 años supone la quinta causa de muerte tras los accidentes, los tumores malignos, las malformaciones congénitas y el homicidio. Las tasas de suicidio consumado en adolescentes son mayores en varones que en mujeres, en prácticamente en todos los países, excepto China<sup>4</sup>.

En España, en el 2009 el suicidio supuso el 3,5% de la mortalidad en la población de 10 a 14 años y el 7,6% en el rango de edad de 15 a 19 años<sup>5</sup> (**Tabla 1**).

## INTENTOS DE SUICIDIO

La prevalencia de los intentos de suicidio en niños y adolescentes es difícil de estimar por diferencias en la recogida de datos. Las tasas varían según los autores y según el método usado para medirlas, de manera que la prevalencia es mayor en estudios que usan cuestionarios anónimos que en los que emplean cuestionarios no anónimos o entrevistas.

Se estima que, entre los adolescentes, un 1.3–3.8% de los varones y un 1.5–10.1% de las mujeres han realizado un intento de suicidio en algún momento de su vida, con mayores tasas en mujeres que en varones al final de la adolescencia<sup>4</sup>.

En los preadolescentes, hasta un 1% manifiesta haber realizado algún intento de suicidio<sup>6</sup>.

El porcentaje de adolescentes que realiza cada año un intento de suicidio que precisa atención médica es del 1-3%<sup>7</sup>. Sin embargo, podemos estar subestimando el número de intentos de suicidio ya que muchos menores no solicitan tratamiento.

## IDEACIÓN SUICIDA

La prevalencia de la ideación suicida en adolescentes, en un rango que va desde la presencia de pensamientos no estructurados sobre la muerte hasta la ideación suicida planificada, es de aproximadamente del 15-25%<sup>4</sup>, aunque algunos autores encuentran que hasta el 29,9% de los adolescentes ha pensado en el suicidio alguna vez<sup>8</sup>. La idea-

**Tabla 1.** Tasa de mortalidad (porcentaje por 100.000 habitantes de cada grupo de edad). Datos según INE 2009<sup>5</sup>.

	5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS	
	Suicidio	Mortalidad por todas las causas	Suicidio	Mortalidad por todas las causas	Suicidio	Mortalidad por todas las causas
Total	-	9,068	0,380	10,836	2,082	27,294
Varones	-	9,593	0,648	13,519	3,534	36,631
Mujeres	-	8,514	0,098	8,007	0,547	17,416

ción suicida planificada es menos frecuente que la no estructurada y tiene una tasa de incidencia anual en adolescentes del 6.0% en mujeres y del 2.3% en varones<sup>4</sup>.

## FACTORES DE RIESGO

Se han realizado múltiples estudios para intentar dilucidar las características de los adolescentes que presentan fenómenos suicidas. Los factores que predisponen a un suicidio consumado en adolescentes son varios e incluyen factores psicológicos, biológicos y sociales.

## TRASTORNOS MENTALES

Estudios realizados mediante autopsia psicológica estiman que más del 90% de los adolescentes que han realizado un suicidio consumado sufrían un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de la muerte y más de la mitad lo sufrían durante los dos años previos<sup>9,10</sup>. Sin embargo, sólo menos de la mitad habían recibido tratamiento psiquiátrico<sup>11</sup>. La existencia de cualquier trastorno psiquiátrico incrementa 35 veces el riesgo de suicidio. Éste aumenta con la presencia de depresión mayor (OR=27,0), abuso de alcohol (OR=7,5), trastorno bipolar en fase mixta (OR=9,0), abuso de sustancias (OR= 8,5) y trastorno de conducta (OR= 6,0). Además, el abuso de sustancias aumenta aún más el riesgo si se presenta junto a un trastorno afectivo (OR = 17.0 vs. 3.3)<sup>12</sup>.

En cuanto a los intentos de suicidio, la depresión es el factor de riesgo más potente, incluso tras controlar por género, edad, raza y status socioeconómico<sup>13-14</sup>.

El papel del alcohol influye en las conductas suicidas de varias maneras: por una parte, el consumo prolongado de alcohol puede inducir ánimo deprimido, incrementando la vulnerabilidad para la conducta suicida. Además, el consumo de alcohol y otras sustancias y la conducta suicida comparten varios factores de riesgo, como la supervisión parental, la patología psiquiátrica y la impulsividad. Una intoxicación aguda puede facilitar una conducta suicida en pacientes vulnerables aumentando la impulsividad, intensificando los pensamientos depresivos y la ideación suicida, limitando las funciones cognitivas y la capacidad para visualizar estrategias alternativas de resolución de problemas y reduciendo las barreras para la autolesión.

Otros trastornos mentales se han asociado con el riesgo de intentos de suicidio, como el trastorno de la conducta alimentaria<sup>15,16</sup>, el trastorno por ansiedad<sup>14</sup>, la esquizofrenia<sup>16</sup> y el trastorno bipolar<sup>17</sup>.

## INTENTO DE SUICIDIO PREVIO

En estudios mediante autopsia psicológica se ha señalado que, aproximadamente, el 26-33% de los niños y adolescentes que se suicidan tiene antecedentes de intentos suicidas<sup>10-12</sup>.

La presencia de un intento de suicidio previo incrementa más de 3 veces el riesgo de un nuevo intento<sup>18</sup> y el riesgo de repetición es mayor a mayor letalidad del intento.

El riesgo de repetición de una conducta suicida es del 10% a los 6 meses y del 42% a los 21 meses de seguimiento, con una tasa media del 5-15% cada año. La tasa de suicidio consumado, entre los que han realizado un intento, es del 0,3-1,0% anual, siendo ésta bastante superior a la de la población general<sup>4</sup>.

Un estudio observó que prepúberes que habían presentado ideación suicida tenían una probabilidad 3 veces mayor de realizar un intento de suicidio durante la adolescencia que los niños sin ideación suicida; además, en los pacientes que habían intentado el suicidio durante la niñez, la probabilidad de volver a intentar el suicidio durante la adolescencia era 6 veces mayor que en los niños sin este antecedente<sup>19</sup>.

### FACTORES PSICOLÓGICOS

Varios estudios han identificado una asociación entre diversos rasgos de personalidad y estilos cognitivos y la conducta suicida. El perfeccionismo, la autocrítica, el neuroticismo, la impulsividad, el locus de control externo, la dependencia interpersonal, la rigidez cognitiva y el déficit en habilidades para resolución de problemas<sup>20-25</sup>.

Además, el riesgo de intentos repetidos de suicidio está relacionado con la gravedad de los síntomas depresivos, desesperanza, baja autoestima y dificultades en la resolución de problemas<sup>25</sup>.

### GÉNERO

Las tasas de suicidio consumado en menores son más altas en varones que en mujeres, mientras que los intentos de suicidio y la ideación suicida son más frecuentes en mujeres. Estas diferencias de género pueden deberse a una mayor tendencia en varones a presentar múltiples factores de riesgo, como comorbilidad de trastornos afectivos y abuso de alcohol, mayores niveles de agresividad y una tendencia a escoger métodos más letales, lo que hace que tengan más probabilidades que las mujeres de realizar un intento de suicidio con final fatal<sup>4-26</sup>.

Los factores de riesgo para conductas suicidas en niños y adolescentes son similares en varones y mujeres, pero parece haber diferencias en su importancia relativa. En mujeres, el factor de riesgo más significativo es la depresión, seguido de la presencia de antecedentes de un intento de suicidio previo. Sin embargo, en varones, el factor de riesgo más potente es el antecedente de un intento de suicidio, seguido de la depresión, el consumo de sustancias y las conductas disruptivas<sup>10</sup>.

### EVENTOS VITALES ADVERSOS

Con frecuencia se registran eventos vitales adversos que preceden al suicidio o al intento de suicidio. Raramente son la única causa del suicidio y su importancia radica en su acción como factor precipitante en menores en riesgo por su estado psicopatológico.

Los factores vitales estresantes varían con la edad. En niños y adolescentes los más relevantes suelen ser problemas académicos, conflictos con la familia y disputas con iguales.

Varios estudios han observado un aumento del suicidio consumado y del intento de suicidio por la existencia de un entorno familiar desestructurado, escasa supervisión paterna, fallecimientos en la familia, separación de los padres, problemas legales, fin de una relación amorosa, abusos sexuales o físicos, cambio de lugar de residencia<sup>14, 16, 27-30</sup>. También se ha registrado un aumento del riesgo en pacientes con bajo rendimiento académico, repetición de un curso, expulsiones del centro escolar y acoso escolar<sup>22, 29, 31</sup>.

### FACTORES DE RIESGO MÉDICOS

Diversas patologías médicas parecen aumentar el riesgo de conductas suicidas en niños y adolescentes<sup>32</sup>, como es el caso del asma<sup>33</sup>, la hemofilia<sup>34</sup>, la extrofia vesical<sup>35</sup> y el trasplante renal<sup>36</sup>. Además, algunos tratamientos médicos como los corticoesteroides también se han relacionado con un aumento del riesgo<sup>37</sup>.

### FACTORES FAMILIARES

El riesgo de conducta suicida se incrementa si hay antecedentes de este tipo de conducta en los familiares de primer grado<sup>38</sup>. Además, las tasas de intentos de suicidio están elevadas en los familiares de primer grado de adolescentes víctimas de suicidio, de forma independiente a la presencia de trastornos psiquiátricos en estos familiares<sup>39</sup>.

### FACTORES GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS

Entre los factores genéticos se han estudiado genes implicados en el sistema serotoninérgico, como el gen y el receptor de la 5-hidroxitriptamina tipo 1B (5-HT1B), el gen de la triptófano-hidroxilasa, el gen transportador de la serotonina, el gen y el receptor de la serotonina tipo 2A (5-HT2A), el gen y el receptor de la serotonina tipo 1A (5-HT1A) y el gen de la monoaminoxidasa A<sup>40</sup>.

También se han señalado factores biológicos relacionados con la conducta suicida, como bajos niveles de ácido 5-hydroxindolacético (5-HIAA), alteración de la unión de imipramina en plaquetas, alteración en la supresión del cortisol plasmático en el test de Dexametasona y anomalías en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal<sup>41</sup>.

### OTROS FACTORES

Otros factores de riesgo estudiados han sido las preocupaciones por la orientación sexual, exposición a suicidios cercanos, estatus social y factores transculturales<sup>29, 42-45</sup>.

### FACTORES PROTECTORES

Aunque la literatura disponible sobre los factores protectores del suicidio es escasa comparada con aquella que explora los factores de riesgo, se han propuesto varios fac-



tores como locus de control interno, autoestima, habilidad de resolución de problemas, apoyo familiar, social y del grupo de iguales, creencias religiosas y el nivel educativo<sup>22, 46</sup>.

### MÉTODOS DE SUICIDIO

Cuanto menor es la edad del sujeto, el método escogido es menos complejo y más condicionado a disponibilidad inmediata.

En adolescentes el uso de un método de alta letalidad médica se asocia al sexo masculino, a la presencia de antecedentes de un trastorno afectivo o de trastornos relacionados con sustancias y a la existencia de un intento manifiesto de suicidio previo<sup>47</sup>. La letalidad de un intento de suicidio de carácter impulsivo está relacionada con la disponibilidad de métodos letales, mientras que en los intentos no impulsivos la letalidad se asocia a la intencionalidad del intento de suicidio y a la gravedad de la psicopatología<sup>47,48</sup>.

Aunque potencialmente existen muchos métodos de suicidio, generalmente se utilizan pocos. En los países desarrollados, los más frecuentes son: envenenamiento por fármacos, gas doméstico, emisiones del motor de los vehículos, ahorcamiento, armas de fuego, cortes, ahogamiento, precipitación desde una altura y atropellamiento.

El envenenamiento por productos químicos de uso agrícola y el suicidio prendiéndose fuego son comunes en algunos países en vías de desarrollo, pero bastante infrecuentes en los países desarrollados, a pesar de la disponibilidad de petróleo y de venenos usados en la jardinería.

En cuanto a la letalidad de los métodos, la muerte ocurre en el 85-92% cuando se usan armas de fuego, en el 78-80% de los ahorcamientos, en el 77-78% de las intoxicaciones por monóxido de carbono, en el 67-75% de los ahogamientos y en el 23% de las sobredosis medicamentosas<sup>49</sup>.

Los tres métodos más frecuentes de suicidio en los adolescentes de EE.UU. son, por este orden, armas de fuego, ahorcamiento y envenenamiento<sup>50</sup>. En España, los métodos de suicidio consumado más empleados, sin diferenciar por rango de edad, son la precipitación y la suspensión<sup>51</sup>.

En cuanto a los intentos de suicidio, el método más frecuente en los adolescentes europeos y estadounidenses es la sobredosis con fármacos<sup>2, 52,53</sup>. El segundo método más frecuente en Europa son los cortes, generalmente en las muñecas<sup>2, 54</sup>.

La disponibilidad condiciona el método elegido y, por lo tanto, influye en las sustancias usadas en las sobredosis con fines suicidas. Un estudio español mostró que los fármacos usados por los adolescentes formaban parte de la medicación propia del paciente (13,6% de los casos) o eran fármacos obtenidos del botiquín del hogar (86,4%)<sup>55</sup>. Los medicamentos más utilizados son los psicofármacos, seguidos por el grupo de analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antiinflamatorios<sup>54-56</sup>.

## EVOLUCIÓN

La conducta suicida tiende a ser recurrente y continuar al finalizar la adolescencia. La presencia de conducta suicida en la adolescencia es un factor predictor de intentos de suicidio durante los primeros años de la vida adulta en las mujeres<sup>57</sup>.

## EVALUACIÓN

A la hora de evaluar un intento de suicidio en niños y adolescentes debemos explorar variables como la letalidad del método utilizado (teniendo en cuenta que la creencia del menor en la letalidad del método puede ser diferente a la real), el grado de planificación, la impulsividad y la accesibilidad a métodos, la motivación y la intencionalidad y el arrepentimiento posterior. Es importante valorar la presencia de factores de riesgo y precipitantes, de sentimientos de desesperanza y soledad y de la situación social<sup>45, 52</sup>.

Existen varios instrumentos psicométricos para la evaluación del suicidio en niños y adolescentes que pueden resultar útiles para el cribado de poblaciones de alto riesgo o para recoger información sobre factores de riesgo, pero en ningún caso pueden sustituir a la evaluación clínica<sup>45, 52</sup>.

La validez de la información proporcionada por el niño o adolescente en la entrevista depende del nivel de desarrollo cognitivo y el grado de estrés psicológico en ese momento, por lo que es preciso obtener información de otras fuentes, como padres u otras personas cercanas al paciente. Es frecuente encontrar disparidades entre el relato de los padres y del paciente, informando mejor los niños y los adolescentes sobre las ideas y conductas suicidas que los padres<sup>52</sup>.

## TRATAMIENTO

### PSICOTERAPIA

Las terapias más empleadas en el tratamiento de niños y adolescentes suicidas son la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la terapia familiar y la terapia grupal. La terapia cognitivo-conductual puede reducir las autolesiones y la ideación suicida<sup>58</sup> y la terapia interpersonal puede ser útil para la resolución de problemas y la comunicación de ira o angustia en pacientes capaces de establecer una buena alianza terapéutica<sup>52</sup>. Algunas guías, como la NICE, recomiendan la terapia grupal para adolescentes con autolesiones repetidas<sup>59</sup>.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En octubre de 2001, la FDA (US *Food and Drug Administration*) advirtió que los antidepresivos podían estar asociados a un aumento del riesgo de ideas y conductas suicidas en niños y adolescentes<sup>60</sup>. Esta alerta cambió los patrones de prescripción en esta población,

pero su efecto en las tasas de suicidio no está aún clara. Por ejemplo, en el Reino Unido, tras la alerta de la MHRA (*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*) se produjo un descenso significativo en la prescripción de antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina en adolescentes de 12 a 19 años, sin que los gestos autolíticos no letales cambiasen de forma significativa<sup>61</sup>.

Se han propuesto varios mecanismos por los cuales el tratamiento antidepresivo podría aumentar los fenómenos suicidas, como el empeoramiento paradójico y transitorio de la depresión, efectos estimulantes, acatisia, inducción de manía o estados mixtos o alteraciones en la arquitectura del sueño<sup>62</sup>.

Ante esta polémica, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó el uso de fluoxetina bajo las siguientes condiciones<sup>63</sup>:

- Niños de 8 o más años y adolescentes
- Depresión moderada a grave
- Conjuntamente con psicoterapia, en pacientes que no responden a psicoterapia sola después de 4-6 sesiones
- A una dosis inicial de 10 mg/día, pudiéndose incrementar a 20 mg/día después de una a dos semanas de tratamiento
- Reconsiderando el tratamiento si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas
- Vigilando cuidadosamente el comportamiento suicida, particularmente durante el inicio del tratamiento

### SEGUIMIENTO

Tras la valoración inicial, el riesgo de suicidio debe ser vigilado, especialmente en las primeras semanas. La ideación suicida puede fluctuar en periodos de tiempo cortos, por lo que las evaluaciones deben ser periódicas y frecuentes.

Es necesario aleccionar a la familia sobre algunos cuidados, recomendando vigilar determinados síntomas y el consumo de alcohol y/o sustancias de abuso, incrementando el acompañamiento, limitando el acceso a medicaciones y sustancias tóxicas y evitando que haya armas al alcance del paciente<sup>52</sup>.

### HOSPITALIZACIÓN

En varias situaciones, especialmente cuando el riesgo es de moderado a severo, es necesaria la hospitalización, que está indicada cuando se dan algunas de estas circunstancias<sup>41, 45, 52, 64</sup>:

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad
- Trastorno psicótico agudo o ideación delirante

- Abuso de alcohol y/o otros tóxicos
- Factores sociales (supervisión inadecuada por parte del entorno)
- Historia de intentos de suicidio previos
- Agitación severa
- Intoxicación
- Sexo masculino
- Historia familiar de suicidio
- Dificultades para el manejo ambulatorio
- Consideraciones médico-legales

### PREVENCIÓN

Los objetivos de los programas de prevención son la identificación de casos potenciales, la derivación para la evaluación de la salud mental y la reducción de los factores de riesgo.

### INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

- Programas de entrenamiento en habilidades y prevención de la conducta suicida en colegios e institutos: mejoran las actitudes, las emociones y las estrategias de afrontamiento y de búsqueda de ayuda, pero no está clara su eficacia en la reducción de las conductas suicidas<sup>65</sup>.
- Cribado de depresión e ideación/conducta suicida: entrenamiento de orientadores y profesores en la identificación de sujetos de alto riesgo<sup>66</sup>.
- Intervención tras un suicidio: actuaciones para proporcionar apoyo y reducir el sentimiento de culpa, la morbilidad y la mortalidad en amigos, familiares y profesores<sup>45</sup>.

### DIAGNÓSTICO PRECOZ

- Entrenamiento de pediatras y médicos de atención primaria en el reconocimiento y manejo de potenciales casos: es especialmente importante ya que el 66% de las víctimas de suicidio visitaron a su médico el mes previo<sup>66</sup>.

### PREVENCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

- Evaluación regular de ideación y conductas suicidas, de trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias y de la presencia de factores de riesgo de suicidio.
- Prevención de nuevos intentos en pacientes que ya han realizado uno.

### OTRAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- Responsabilidad de los medios de comunicación al divulgar temas relacionados con el suicidio<sup>66</sup>.
- Estrategias preventivas para disminuir el acceso a métodos letales de suicidio (como armas, pesticidas, medicamentos, barreras en lugares donde es posible precipitarse) y controlar la edad mínima para el consumo de alcohol pueden ser útiles en casos de niños y adolescentes ambivalentes ante la idea del suicidio y que pueden actuar de forma impulsiva<sup>66</sup>.

### PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Creación de programas de investigación para el mejor conocimiento sobre la etiología y tratamiento de las conductas suicidas en niños y adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organization WH. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders* 1998: Disponible en: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>> .
- 2- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, *et al.* "Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide". *Acta Psychiatr Scand.* 1996 May;93(5):327-38.
- 3- Wiener J, Dulcan M, eds. *Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia*. Barcelona: MASSON; 2006.
- 4- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. "Adolescent suicide and suicidal behavior". *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94.
- 5- INE. 2009.
- 6- Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R, Mizruchi MS. "Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients". *J Am Acad Child Psychiatry.* 1984 Jul;23(4):416-23.
- 7- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, *et al.* "Youth risk behavior surveillance -- United States", 2003. *MMWR Surveill Summ.* 2004 May 21;53(2):1-96.
- 8- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. "The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies". *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Jun;35(3):239-50.
- 9- Isometsa ET. "Psychological autopsy studies--a review". *Eur Psychiatry.* 2001 Nov;16(7):379-85.
- 10- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, *et al.* "Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide". *Arch Gen Psychiatry.* 1996 Apr;53(4):339-48.
- 11- Pelkonen M, Marttunen M. "Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention". *Paediatr Drugs.* 2003;5(4):243-65.
- 12- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, *et al.* "Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993 May;32(3):521-9.
- 13- Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, *et al.* "Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes". *J Consult Clin Psychol.* 2009 Apr;77(2):281-90.
- 14- King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, *et al.* "Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Jul;40(7):837-46.
- 15- Fischer S, le Grange D. "Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa". *Int J Eat Disord.* 2007 Dec;40(8):751-3.
- 16- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. "Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study". *BMJ.* 2002 Jul 13;325(7355):74.
- 17- Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, *et al.* "History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk". *Bipolar Disord.* 2005 Dec;7(6):525-35.

- 18- McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. "Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jun;37(6):612-9.
- 19- Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. "Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Jan;32(1):106-13.
- 20- Enns MW, Cox BJ, Inayatulla M. "Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Jun;42(6):720-7.
- 21- O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. "Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland". *Br J Psychiatry*. 2009 Jan;194(1):68-72.
- 22- Martin G, Richardson AS, Bergen HA, Roeger L, Allison S. "Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J Adolesc*. 2005 Feb;28(1):75-87.
- 23- Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2000 Winter;31(2):99-111.
- 24- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*. 1999 Spring;29(1):37-47.
- 25- Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc*. 1999 Jun;22(3):369-78.
- 26- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Dec;38(12):1497-505.
- 27- Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life Threat Behav*. 1995 Fall;25(3):358-72.
- 28- Kerr DC, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: gender-specific associations with psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 2006 Feb;34(1):103-14.
- 29- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Dec;53(12):1155-62.
- 30- Qin P, Mortensen PB, Pedersen CB. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jun;66(6):628-32.
- 31- Klomek AB, Sourander A, Niemela S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Mar;48(3):254-61.
- 32- Viilo KM, Timonen MJ, Hakko HH, Sarkioja T, Meyer-Rochow VB, Rasanen PK. Lifetime prevalences of physical diseases and mental disorders in young suicide victims. *Psychosom Med*. 2005 Mar-Apr;67(2):241-5.
- 33- Kuo CJ, Chen VC, Lee WC, Chen WJ, Ferri CP, Stewart R, et al. Asthma and suicide mortality in young people: a 12-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010 Sep;167(9):1092-9.
- 34- Ghanizadeh A, Baligh-Jahromi P. Depression, anxiety and suicidal behaviour in children and adolescents with Haemophilia. *Haemophilia*. 2009 Mar;15(2):528-32.

- 35- Reiner WG, Gearhart JP, Kropp B. Suicide and suicidal ideation in classic exstrophy. *J Urol*. 2008 Oct;180(4 Suppl):1661-3; discussion 3-4.
- 36- Ghanizadeh A, Mansoori Y, Ashkani H, Fallahzadeh MH, Derakhshan A, Shokrpour N, et al. *Major depressive disorder in children and adolescents after renal transplantation*. *Transplant Proc*. 2009 Jun;41(5):1627-9.
- 37- Stuart FA, Segal TY, Keady S. *Adverse psychological effects of corticosteroids in children and adolescents*. *Arch Dis Child*. 2005 May;90(5):500-6.
- 38- Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. *Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Oct;33(8):1087-97.
- 39- Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A *controlled family study of adolescent suicide victims*. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Dec;53(12):1145-52.
- 40- Mann JJ, Brent DA, Arango V. *The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system*. *Neuropsychopharmacology*. 2001 May;24(5):467-77.
- 41- Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamaniotis E. *Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy*. *Keio J Med*. 2009 Jun;58(2):95-102.
- 42- Evans E, Hawton K, Rodham K. *Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies*. *Clin Psychol Rev*. 2004 Dec;24(8):957-79.
- 43- Dervic K, Gould MS, Lenz G, Kleinman M, Akkaya-Kalayci T, Velting D, et al. *Youth suicide risk factors and attitudes in New York and Vienna: a cross-cultural comparison*. *Suicide Life Threat Behav*. 2006 Oct;36(5):539-52.
- 44- O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. *Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study*. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Aug;39(4):364-75.
- 45- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t)2009.
- 46- Adolescencia GdTdlGdPCsIDMellyel. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). 2009.
- 47- Brent DA. *Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987 Jan;26(1):87-91.
- 48- Rodham K, Hawton K, Evans E. *Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan;43(1):80-7.
- 49- Cantor CH, Baume PJ. *Access to methods of suicide: what impact?* *Aust N Z J Psychiatry*. 1998 Feb;32(1):8-14.
- 50- Hoyert DL, Arias E, Smith BL, Murphy SL, Kochanek KD. *Deaths: final data for 1999*. *Natl Vital Stat Rep*. 2001 Sep 21;49(8):1-113.
- 51- Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson; 1997.
- 52- Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with



- suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Jul;40(7 Suppl):24S-51S.
- 53- Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, et al. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000 Apr;35(4):156-63.
  - 54- Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res.* 2008 Jan 15;157(1-3):131-7.
  - 55- Garrido Romero R, Garcia Garcia JJ, Carballo Ruano E, Luaces Cubells C, Alda Diez JA, Pou Fernandez J. [Voluntary poisoning as a form of attempted suicide]. *An Esp Pediatr.* 2000 Sep;53(3):213-6.
  - 56- Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Mencia Bartolome S, Casado Flores J. [Suicide in pediatric patients: 30 cases]. *An Esp Pediatr.* 2000 Jan;52(1):31-5.
  - 57- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Apr;40(4):427-34.
  - 58- Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008 Mar;192(3):202-11.
  - 59- NICE. Self-Harm: the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. NICE clinical guideline 16. 2004.
  - 60- <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm096352.htm>.
  - 61- Bergen H, Hawton K, Murphy E, Cooper J, Kapur N, Stalker C, et al. Trends in prescribing and self-poisoning in relation to UK regulatory authority warnings against use of SSRI antidepressants in under-18-year-olds. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Oct;68(4):618-29.
  - 62- Reeves RR, Ladner ME. Antidepressant-induced suicidality: implications for clinical practice. *South Med J.* 2009 Jul;102(7):713-8.
  - 63- Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2006/0. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Available from: [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2006/NI\\_2006-04\\_fluoxetina.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2006/NI_2006-04_fluoxetina.htm).
  - 64- Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Can J Psychiatry.* 2007 Jun;52(6 Suppl 1):35S-45S.
  - 65- Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prev.* 2011 Feb;17(1):43-9.
  - 66- Opler M, Sodhi D, Zaveri D, Madhusoodanan S. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Ann Clin Psychiatry.* 2010 Nov;22(4):220-34.

## INTRODUCCIÓN

En torno al 2030 se sobrepasarán en España los 90 años de expectativa de vida en mujeres y los 85 en hombres.

En el 2050 estas cifras de expectativa de vida se estiman en 91,97 años para mujeres y de 85,38 años para los hombres.

Pero también asistiremos a una epidemia de suicidios en hombres mayores, que es el sector de población que más tasas de suicidio consumado presenta.

Los mayores no padecen "más" trastornos afectivos que la población general.

Ser viejo, envejecer, no implica deprimirse, estar deprimido. No se puede entender la depresión como algo "normal" y propio de esta etapa de la vida. Las cifras de prevalencia tampoco justifican que, cuando se puede diagnosticar un trastorno de ánimo, éste se pueda explicar en la persona mayor solo en base a un proceso comprensible dentro de la situación personal y social del individuo que envejece.

Haro *et al.*<sup>1</sup> publican datos que avalan esta prevalencia similar de *depresión* por encima de los 65 años (4.4% vs. un 4.37% en población general). El estudio de Lobo *et al.*<sup>2</sup>, señala datos muy similares (un 4.8% de depresión en mayores de 65 años).

En 2008 Oquendo, Baca-García, Mann y Giner publican en el *American Journal of Psychiatry*<sup>3</sup> un interesante artículo que subraya que la conducta suicida reúne criterios de validez diagnóstica (Robins y Guze, 1970) y marcadores *postmortem* e *in vivo*, además de una buena descripción clínica, reivindicando en consecuencia, un apartado nosológico en el DSM-5.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN LOS MAYORES

¿Dónde están los mayores que se suicidan?, ¿han tenido contacto con los Servicios sanitarios y/o sociales antes de consumir o intentar el suicidio?, ¿por qué los hombres mayores se suicidan más y esta tasa de suicidios no dejar de crecer con la edad hasta los 95 años y más?

Algunos de estos datos se contienen en la tabla del INE que se resume a continuación (**Tabla 1**). En ella se observa que las tasas de suicidio no hacen más que aumentar por encima de los 65 años en los varones, edad en la que ya son mayores que la media en todas las edades. Dicha tasa de prevalencia llega a ser en los varo-

nes 20/100.000 habitantes, de los 70 a 74 años, duplicándose de los 85 a 90 y no parando de crecer hasta los 95 años en adelante. Estas cifras son claramente menores en mujeres a cualquier edad, aunque las mayores de 65 años presentan tasas ligeramente mayores que la media de todas las edades, igualándose a esta media en torno a los 90-94 años y decreciendo por debajo incluso de la media a los 95 años.

### PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS MAYORES

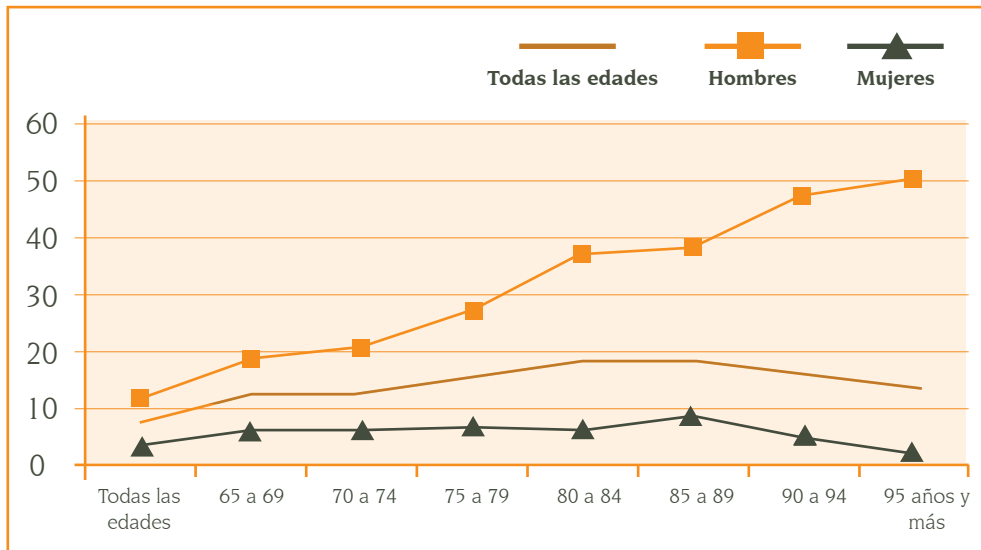
Conwell *et al.*<sup>4</sup> hacen una revisión exhaustiva de las estrategias preventivas del suicidio en mayores, indicando como pasos básicos en toda estrategia preventiva:

- Definir el problema
- Revisar los factores de riesgo y protección
- Revisar los diagnósticos psiquiátricos (todos los ejes)
- Establecer los lugares de acceso a los mayores en riesgo

Estableciéndose así diferentes niveles de prevención, según el punto de los mismos sobre el que se actúe.

En 2009 Alexopoulos y su grupo<sup>5</sup> publican datos que señalan qué intervenciones especiales y regladas, (vs el tratamiento habitual) en pacientes geriátricos de atención primaria, redujeron la ideación suicida 2,2 veces. Los pacientes que siguieron esta intervención especial, llamada PROSPECT, que facilitó la psicoterapia y el tra-

**Tabla 1.** Tasas de suicidio por 100.000 habitantes por edades. INE, Oct.-2010



tamiento con antidepresivos, así como la adherencia a los diversos tratamientos, redujeron significativamente la ideación suicida, por comparación con el grupo de tratamiento estándar.

Ideación suicida y depresión son pues las dos dianas clave de las estrategias preventivas del suicidio en los mayores.

### CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES QUE SE SUICIDAN

Los mayores que llegan a consumar el suicidio tienen diversos aspectos en común: mayor prevalencia de hombres que, además, son menos conocidos en los Servicios psiquiátricos y tienen menos historia de intentos previos, aunque la mayoría ha tenido un contacto reciente con su médico de Atención Primaria.

El 80% de este tipo de pacientes se suicidan tras el primer intento, por lo que tener en cuenta estos datos resulta decisivo para detectar y prevenir la conducta suicida en los mayores.

La mayoría presentan además patologías previas, tales como Trastornos Depresivos (25%), "comprensibles" para poner fin al sufrimiento físico (cáncer, enfermedades neurológicas degenerativas, etc), o para aliviar la sobrecarga producida, en otros (24%), pero 2/3 de este grupo presentan también una depresión y otro 18% tiene una Enfermedad Depresiva no atribuible a factores externos. Un porcentaje de ellos presenta síntomas delirantes de matiz hipocondríaco. Otro 13% experimentan situaciones insostenibles (ruina, culpa). Otro 10% están deprimidos tras empeoramiento de su salud o incapacidad física. Finalmente, un 6% padece una Demencia u otro trastorno psiquiátrico con síntomas depresivos. Lo que hace que los pacientes que presentan trastornos o síntomas depresivos lleguen, al menos, a representar el 90% del total.

El análisis de los factores de riesgo representa otro aspecto crucial de la epidemiología del suicidio en mayores. Se señalan a continuación los más relevantes.

Entre los factores demográficos están la edad avanzada (> de 80 años) y el aislamiento social; las enfermedades mentales preexistentes representan otro importante factor de riesgo. Una historia de intentos autolíticos previos no es demasiado frecuente, pero las pérdidas recientes y la planificación de las últimas voluntades son hechos de máxima importancia. Por fin, señalar diversos factores físicos que, por sí mismos, pueden aumentar el riesgo de suicidio, como: las enfermedades crónicas y dolorosas, las incapacidades físicas, el mal uso del alcohol y el abuso de sedantes e hipnóticos.

Para concluir este importante apartado destacar que:

- La mayoría de los mayores con esas características contactan con los servicios sanitarios y sociales, salvo hombres muy aislados.
- La depresión y el dolor crónico han de alertar sobre el riesgo de suicidio en los mayores.
- La etnicidad no parece constituir un riesgo especial, al menos en poblaciones no emigrantes.

### INTERVENCIONES COMUNITARIAS PARA REDUCIR LA IDEACIÓN SUICIDA Y EL SUICIDIO EN LOS MAYORES

Diversas intervenciones comunitarias en distintos países y contextos culturales, logran reducir las tasas de suicidio en general y de suicidio en mayores en particular. Los componentes de dichas intervenciones incluyen: reuniones en red de los diversos departamentos asistenciales implicados, campañas públicas de prevención, programas comunitarios de actividades grupales, *screening* de individuos en riesgo e intervenciones en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y problemas relacionados con el alcohol y las drogas.

La ideación suicida es la medida de mayor peso para medir el impacto de cualquier intervención. El uso de antidepresivos (AD) y/o psicoterapias redujo la ideación suicida en mayores con depresión mayor<sup>5</sup>, independientemente de la severidad de la depresión.

Reducir la ideación suicida es, pues, un aspecto preventivo crucial.

El espectro de la ideación suicida, en diversos estudios con autopsias psiquiátricas, fue desde el "cansancio de la vida" a deseos de muerte y pensamientos suicidas.

### MANEJO PRÁCTICO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS MAYORES

Desde el punto de vista preventivo, es prioritario:

- Considerar si ha habido intentos previos
- Establecer canales de comunicación abiertos con los servicios asistenciales, facilitando tarjetas verdes para acceder a dichos servicios de manera inmediata y sin barreras. Destacar los contactos de emergencia detallados con líneas telefónicas de alarma y ayuda de fácil acceso
- Es muy importante también acordar una estrecha alianza terapéutica con los pacientes en riesgo
- Reducir el acceso a los medios de suicidio más comúnmente empleados como fármacos, armas de fuego y otros

Si el suicidio se ha consumado hay que diseñar una intervención posterior, ya que el impacto de un suicidio en los implicados, profesional o personalmente, es inmenso y duradero, habiendo además un estigma del suicidio, con culpa, vergüenza y sensación de rechazo por parte de las familias; en los profesionales no son raros el abandono del trabajo y los cambios geográficos por presunta mala práctica.

En esta intervención posterior es básico diseñar un sistema de apoyo postintervención, contando con grupos de autoayuda voluntarios.

Un buen nivel de comunicación, apoyo e implicación en el proceso de investigación y en el funeral es muy importante por nuestra parte.

## IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN

En Prevención hay que destacar los siguientes aspectos: Servicios de prevención universal para poblaciones globales, medidas selectivas para disminuir el aislamiento social, estrategias preventivas para mayores en alto riesgo, identificando los grupos de alto riesgo, reduciendo la disponibilidad y letalidad de los medios de suicidio y mejorando la información sobre suicidio/depresión en los medios de comunicación.

Desde una dimensión práctica hay que posibilitar una concepción más amplia del diagnóstico de depresión que no se limite al de Depresión Mayor, reducir la accesibilidad a los medicamentos más comúnmente empleados (paracetamol y compuestos basados en paracetamol), por supuesto tratar la depresión con AD y psicoterapia, además de aumentar la formación del médico de Atención Primaria en áreas específicas como los factores de personalidad, abuso de alcohol, y las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas en los mayores.

En cuanto a la Investigación, estimular los estudios de autopsia psiquiátrica, con bases de datos amplias y desarrollar campañas focalizadas en depresión más que en suicidio. Será también importante hacer más investigación sobre los efectos sinérgicos entre factores modificables de riesgo y protección.

## CONCLUSIONES

En la prevención del suicidio en los mayores son aspectos cruciales:

- El tratamiento de la depresión y el tratamiento del dolor
- Tener en cuenta que los mayores tienen más éxito al realizar un intento de suicidio que los jóvenes
- Los aspectos relacionados con la personalidad y la comorbilidad (física y psiquiátrica) que juegan un papel importante en el suicidio consumado en los mayores
- Aumentar la conciencia sobre el problema en Atención Primaria, y en la sociedad en general. Esto debería ser una prioridad como también reducir la prescripción de sustancias potencialmente peligrosas y de uso frecuente en suicidios

A pesar de la preocupación por el número de suicidios en la edad avanzada, hay pocas guías prácticas sobre cómo reducir el riesgo de suicidio y los daños que resultan del mismo.

Hay numerosos estudios sobre Factores de Riesgo, la mayoría indican la importancia de la depresión y de su tratamiento eficaz.

Las aproximaciones desde Salud Pública para reducir el suicidio suelen tener una planificación nacional y un desarrollo local. Las intervenciones comunitarias multidimensionales a gran escala se presentan como las más prometedoras.

Las campañas de Salud Pública combinadas con las intervenciones de los médicos con experiencia en mayores con riesgo pueden ayudar a minimizar el suicidio en los mayores y el distrés resultante del mismo. Hay áreas de colaboración muy fructíferas en desarrollo de servicios, evaluación e investigación.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. "Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study". *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.
- 2- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C. "The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study". *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):497-506.
- 3- 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 Nov; 165(11):1383-4.
- 4- Conwell Y, Thompson C. "Suicidal behavior in elders". *Psychiatr Clin North Am*, 2008; 31:333-356.,
- 5- Alexopoulos G, Reynolds ChF, Bruce M, *et al*. "Reducing Suicidal Ideation and Depression in Older Primary Care Patients: 24-Month Outcomes of the PROSPECT Study". *Am J Psychiatry* 2009; 166:882-890.

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Carreras (1989) y Carreras y Tafunell (2003), *INE y Human Mortality Database*.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, *et al*. 2006. "The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality". *Psychol Med* 36: 1225–1233.
- Manthorpe J, Illiffe S. "Suicide in later life: public health and practitioner perspectives". *Int J Ger Psychiatry* 2010. 25(12): 1230-1238.
- Ono Y, Awata S, Iida H, *et al*. 2008. "A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: NOCOMIT-J2. *BMC Public Health* 8: 315.
- Oyama H, Ono Y, Watanabe M, *et al*. "Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention". *Psychiatr Clin Neuroscience* 2006; 60: 110–114.
- Salib E, Green L. "Gender in elderly suicide: analysis of coroners inquests of 200 cases of elderly suicide in Cheshire 1989-2001". *Int J Ger Psychiatry* 2003; 18(12):1082-7.
- Snowden J. "Suicide in late life". *Reviews in Clin Geriatr* 2001; 11: 253-360.
- Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann J. "A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate". *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(8): 914–920.

# Suicidio y Trastorno Límite de la Personalidad



I. de la Vega Rodríguez, J. L. Carrasco Perera

## INTRODUCCION

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno grave, de curso crónico, caracterizado por inestabilidad en los afectos, las conductas, las relaciones y la identidad que se acompaña de una importante impulsividad, auto y heteroagresividad, sentimiento de vacío y descompensaciones psicóticas o disociativas ocasionales<sup>1</sup>. La prevalencia en la población general es entre el 1 y 2 %, según diversos estudios, y representa el 19% de los casos hospitalizados en salud mental. La tasa de suicidio es del 9% aunque las tentativas suicidas ascienden al 70%<sup>2</sup>.

Para los profesionales que tratan el TLP, el suicidio es el síntoma principal y justificativo: el trastorno límite tiene una alta tasa de mortalidad y requiere, por tanto, un tratamiento intensivo multidisciplinar y a largo plazo. Constituye la principal preocupación durante los ingresos y suele ser la causa de derivaciones hacia modelos de intervención más contenedores. El suicidio es el ser del paciente límite, al que algunos autores consideran "personalidad suicida"<sup>3</sup> y, por tanto, el ser de las unidades de tratamiento especializadas. Pero el suicidio es, sobre todo, terror íntimo y último de aquellos (médicos, terapeutas, familiares) que tienen un vínculo afectivo con el paciente, porque el suicidio constituye el fracaso irreparable.

La Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico San Carlos lleva en funcionamiento desde 2005. En estos seis años, han sido evaluadas y tratadas 236 personas. Casi todos los pacientes de nuestra unidad tienen historia de intentos autolíticos recurrentes, aunque solo el 10% puede considerarse de alta letalidad. El suicidio consumado ha ocurrido en cinco casos (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Conductas autolíticas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de Hospital Clínico San Carlos de Madrid (2005-2011)

Pacientes atendidos	236
Pacientes con intentos autolíticos	203 (80%)
Suicidios	5 (2%)
Intentos de alta letalidad	10 (4%)



Según nuestra experiencia, aquellos pacientes con rasgos dependientes, pasivo-agresivos, con marcada inestabilidad afectiva y reactividad emocional o con antecedentes de abusos traumáticos, son los más propensos a presentar una historia con múltiples intentos autolíticos. Los pacientes en los que predominan rasgos narcisistas, histriónicos o antisociales raramente cometen actos suicidas. Los intentos letales se dan en aquellos que no tienen un vínculo familiar sólido, que atraviesan un episodio afectivo mayor y/o cuyo déficit social y afectividad hace pensar en rasgos esquizotípicos comórbidos.

### CLÍNICA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TLP

Descubrir la motivación real del paciente límite en su gesto autolesivo suele dar más de un quebradero de cabeza al profesional responsable, especialmente si tenemos en cuenta que la posibilidad de letalidad aumenta con la recurrencia<sup>4</sup>. En el contexto de emociones intensamente ambivalentes hacia la figura del terapeuta, características de esta patología, la amenaza suicida constituye una suerte de chantaje por el cual, el paciente, reclama un aumento de implicación o expresa la rabia por haber sido injustamente tratado.

El manejo de esta relación y la gestión de la amenaza suicida es de crucial importancia en la práctica clínica: una respuesta por exceso puede resultar iatrogénica, reforzando aspectos de demanda patológica, pero una respuesta por defecto puede suponer un riesgo vital.

### VULNERABILIDAD AL SUICIDIO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los aspectos específicos del TLP que confieren una especial vulnerabilidad para el suicidio en estos pacientes son varios y afectan a distintas dimensiones psicopatológicas y neurobiológicas. En concreto estas dimensiones patológicas son: el sentimiento crónico de vacío, la hiperreactividad al estrés, la inestabilidad afectiva y el déficit cognitivo, todas ellas presentes, en mayor o menor medida según los subtipos, en los pacientes con TLP.

### SENTIMIENTO DE VACÍO

El trastorno límite es un síndrome expansivo. No en vano viene clasificado en el DSM IV TR dentro del Cluster B correspondiente a sujetos "*dramáticos, emocionales y erráticos*"<sup>1</sup>. Desde luego, parte de los los síntomas más característicos son positivos, aparecen por exceso: agresividad, distimia intensa, actos impulsivos, sensibilidad interpersonal, búsqueda dramática de atención y apoyo. Pero bajo esta realidad sintomática expansiva se oculta una sintomatología de naturaleza negativa, por deficiencia, en la que predominan la apatía, las vivencias de insuficiencia y el sentimiento de vacío crónico.

Los pacientes nos pueden mostrar ambas caras del trastorno de personalidad. Por un lado, los afectos inestables e impulsivos, con cambios de humor intensos, breves y reactivos, de predominio distímico y con una fluctuación brusca de la autoimagen.

Por otro, el sentimiento de vacío crónico, una especie de vivencia dolorosa impregnada de un sentimiento nihilista, de falta de sentido, una incapacidad para percibirse como ser en el mundo y en el futuro. Este sentimiento se acompaña invariablemente de una apatía esencial, una desmotivación grave para el establecimiento de proyectos vitales, especialmente si requieren un esfuerzo constante y una gratificación diferida.

El vacío es difícil de definir y difícil de explorar en la entrevista diagnóstica. Es parecido al "sentimiento de no sentir nada". El vacío del paciente límite es doloroso, angustioso. No es el vacío abúlico de la esquizofrenia. Y es un síntoma que tiende a permanecer, incluso cuando remiten los síntomas de tipo inestable-agresivo. El dolor del "no sentir" del sentimiento de vacío está estrechamente conectado con el riesgo suicida en los pacientes límites que, en ausencia de apoyos contenedores, pueden realizar actos de alta letalidad.

### HIPERREACTIVIDAD AL ESTRÉS

La escasa tolerancia a la frustración, característica de un comportamiento inmaduro, es habitual en el TLP. Las reacciones disfóricas de intensidad desproporcionada, que estos pacientes emiten ante fracasos y contratiempos, son un antecedente común de las conductas autolesivas y pueden tener su base en una hipereactividad biológica al estrés. En este sentido, se ha encontrado que los sujetos con TLP muestran una menor concentración de cortisol plasmático y una mayor supresión de cortisol en el test de supresión con dexametasona, que indican una hiperactividad del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal, responsable de la respuesta biológica al estrés<sup>5</sup>.

En un individuo sano, como respuesta a un estresor agudo, la glándula adrenal segrega glucocorticoides, principalmente cortisol. La hipófisis regula la secreción de cortisol a través de la hormona liberadora de la adrenocortropina (ACTH) que es regulada a su vez por el factor liberador de corticotropina, producido en el hipotálamo. El cortisol modula la liberación de catecolaminas por medio de un mecanismo de *feedback* negativo que es parte de la respuesta adaptativa al estrés agudo. Sin embargo, el organismo expuesto a un estrés intenso y/o persistente se adapta originando una respuesta de sobrecompensación que resulta en un descenso de los niveles basales y de la secreción de glucocorticoides y una mayor concentración de receptores de glucocorticoides en el hipocampo<sup>6</sup>, lo que explica las menores concentraciones de cortisol plasmático y la respuesta hipersupresora al test de supresión con dexametasona encontradas en el TLP.

Se cree que esta respuesta podría tener relación con la existencia de un trastorno por estrés post-traumático comórbido<sup>7</sup>. De hecho, la mayor impulsividad y reactividad al estrés se relaciona con la presencia de antecedentes traumáticos en pacientes con patología alimentaria<sup>8</sup>. Entre los pacientes con TLP el abuso infantil crónico es un antecedente común<sup>9</sup>. La frecuencia y gravedad del abuso se correlaciona, además, con la gravedad del TLP en la edad adulta. Parte de la hiperreactividad al estrés de los pacientes límite podría entenderse entonces como una respuesta alterada al estrés de origen postraumático, aunque se ha podido encontrar también en adultos con respuestas autoagresivas sin antecedentes de trauma<sup>10</sup>.

### DISREGULACIÓN EMOCIONAL

La disregulación emocional se considera, en la actualidad, un aspecto central en la psicopatología del paciente límite. El déficit de regulación emocional se caracteriza por una respuesta intensa a estímulos emocionales, con lento retorno a la línea base que da lugar a una afectividad inestable y altamente reactiva. En un trabajo ya clásico Siever y Davis<sup>11</sup> proponen la existencia de correlatos biológicos subyacentes a las dimensiones psicopatológicas relacionadas con los trastornos de personalidad: regulación emocional, impulsividad, organización cognitivo-atencional e inhibición. Lo característico del trastorno límite, explican, sería el déficit de regulación emocional, alterado también en los trastornos afectivos del eje I. Este trabajo marca el comienzo de una fructífera investigación sobre las bases biológicas de la regulación afectiva.

Recientemente, los estudios de neuroimagen cerebral han mostrado que tanto las áreas cerebrales frontales como límbicas están implicadas en la patología límite, especialmente respecto a la disregulación afectiva. El sistema límbico, especialmente la amígdala, encargado de la respuesta emocional, interacciona con el lóbulo prefrontal que ejerce un control cognitivo e inhibitorio. Se cree que la dificultad de los pacientes borderline para regular su comportamiento en estados de alta emocionalidad podría deberse a alteraciones en la coordinación frontolímbica<sup>12</sup>. Algunas pruebas experimentales apoyan esta concepción. En un estudio reciente<sup>13</sup>, se presentaron distintas imágenes con carga emocional, a sujetos límite y controles, mientras se estudiaba su respuesta cerebral mediante magnetoencefalografía. Los resultados muestran una hipoactivación de la corteza orbitofrontal izquierda en los sujetos experimentales que se relaciona con las dificultades de control inhibitorio ante respuestas emocionales.

La disregulación emocional está en la base de las conductas aparentemente extremas y desproporcionadas de los pacientes límites. Las autoagresiones, de hecho, suelen ser una respuesta a estados emocionales intensos relacionados con el rechazo, la humillación o la culpa. El paciente es incapaz de regular la duración e intensidad de su afecto, que percibe como destructivo, infinito, y devastador.

### DÉFICIT COGNITIVO Y DE PROCESAMIENTO

Los estudios neuropsicológicos han demostrado que, en los pacientes *borderline*, existen déficits cognitivos de tipo prefrontal. Estos déficits predominan una vez que remiten los síntomas expansivos (impulsividad, agresiones...) y se concretan como una dificultad para planificar, mentalizar, imaginar, es decir, son dificultades metacognitivas. Las alteraciones neuropsicológicas dibujan a un paciente defectual, con serias dificultades de adaptación a las demandas sociales.

En los test neuropsicológicos, estos pacientes puntúan significativamente peor que los controles en procesos prefrontales como memoria de trabajo, atención sostenida, inhibición, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación<sup>14</sup>. Estos déficits ejecutivos implican funcionalmente que el paciente tendrá dificultad para pensar alternativas a sus conductas impulsivas y para planificar secuencias de acción, tenderá a repetir las mismas respuestas

de forma perseverante a pesar de la ausencia de resultados y mostrará problemas para mantenerse centrado, tanto en los estímulos externos como en sus procesos internos de pensamiento, así como para integrar distintos aspectos de un mismo suceso.

El déficit ejecutivo para tomar decisiones, junto con la rigidez cognitiva y el escaso control inhibitorio podría estar relacionado con la tendencia a cometer actos suicidas y autoagresivos repetitivos<sup>15</sup>.

### CONCLUSIONES

El conocimiento clínico y psicopatológico es fundamental para entender la vulnerabilidad del TLP al suicidio. La hiperreactividad al estrés y la disregulación afectiva dan cuenta de la inestabilidad afectiva, la impulsividad, los episodios de intensa hostilidad o disforia o el descontrol agresivo que preceden a la conducta de autolisis. El sentimiento de vacío y el déficit metacognitivo, la otra cara del TLP, implican una incapacidad dolorosa para sentirse y comprender el comportamiento propio e imaginar, planificar y poner en marcha acciones dirigidas al autocuidado y la consecución de metas vitales. Los pacientes se vuelven patológicamente dependientes y, en ausencia de apoyos, realizan autoagresiones como única respuesta posible.

El profesional que trata con el TLP trata el riesgo suicida. Esto es así especialmente en las primeras etapas de tratamiento. Asumir este riesgo es el primer reto del profesional de ayuda y, vencerlo, el crecimiento del paciente.

Cuando los actos suicidas disminuyen en intensidad y frecuencia se ha dado un paso fundamental en la recuperación de la enfermedad, sin embargo, aún queda el reto más difícil: la construcción de la identidad y del ser en el mundo. Llenar el vacío.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Association, A. P., & DSM-IV, A. P. A. T. F. on. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR". *American Psychiatric Pub*, 2000.
- 2- Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E. "Epidemiología del trastorno límite de la personalidad". En: G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga. *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
- 3- Mehlum, L., Friis, S., Vaglum, P., & Karterud, S. "The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder: a prospective follow-up study". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994 90(2), 124-130.
- 4- Gunderson, John G., & Links, P. S. "Borderline personality disorder: a clinical guide". *American Psychiatric Pub*, 2008.
- 5- Carrasco, J L, Díaz-Marsá, M., Ignacio Pastrana, J., Molina, R., Brotons, L., & Horcajadas, C. "Enhanced suppression of cortisol after dexamethasone in borderline personality disorder. A pilot study". *Actas Españolas De Psiquiatría*, 2003, 31(3), 138-141.
- 6- Yehuda, R., Halligan, S. L., Golier, J. A., Grossman, R., & Bierer, L. M. "Effects of trauma exposure on the cortisol response to dexamethasone administration in PTSD and major depressive disorder". *Psychoneuroendocrinology*, 2004, 29(3), 389-404.
- 7- Grossman, R., Yehuda, R., New, A., Schmeidler, J., Silverman, J., Mitropoulou, V., Sta Maria, N., *et al*. "Dexamethasone suppression test findings in subjects with personality disorders: associations with posttraumatic stress disorder and major depression". *The American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(7), 1291-1298.
- 8- Díaz-Marsá, Marina, Carrasco, J. L., Basurte, E., Pastrana, J. I., Sáiz-Ruiz, J., & López-Ibor, J. J. "Findings with 0.25 mg dexamethasone suppression test in eating disorders: association with childhood trauma". *CNS Spectrums*, 2007, 12(9), 675-680.
- 9- Gunderson, J G, & Chu, J. A. "Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder". *Harvard Review of Psychiatry* 1993, 1(2), 75-81.
- 10- Carrasco, J. L, Díaz-Marsá, M., Pastrana, J. I., Molina, R., Brotons, L., López-Ibor, M. I., & López-Ibor, J. J. (2007). "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 357-358. doi:10.1192/bjp.bp.106.022590.
- 11- Siever, L. J., & Davis, K. L. "A psychobiological perspective on the personality disorders". *The American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(12), 1647-1658.
- 12- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., *et al*. "Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder". *The American Journal of Psychiatry* 2007, 164(12), 1832-1841. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06010126.
- 13- Díaz-Marsá, M, Carrasco, J. L., López-Ibor, M., Moratti, S., Montes, A., Ortiz, T., & López-Ibor, J. J. "Orbitofrontal dysfunction related to depressive symptomatology in subjects with borderline personality disorder". *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 410-415. doi:10.1016/j.jad.2011.04.03.4
- 14- Arza, R., Díaz-Marsa, M., López-Micó, C., de Pablo, N. F., López-Ibor, J. J., & Carrasco, J. L. "Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies". *Actas Españolas De Psiquiatría*, 37(4), 185-190.
15. LeGris, J., & van Reekum, R. "The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour." *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 2006, 51(3), 131-142.

## ASPECTOS GENERALES

Existe amplia bibliografía en la que se evidencia que los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) están asociados a un elevado riesgo de intentos y suicidio consumado<sup>1,2</sup>. De hecho, en el suicidio consumado, el consumo de tóxicos se identifica con más frecuencia, después de los Trastornos Depresivos.

También es sabido que es una de las principales causas de muerte, junto con las sobredosis, las enfermedades y los accidentes<sup>3-5</sup>.

Aunque las adicciones en el suicidio son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, en el campo de las toxicomanías, el suicidio siempre ha estado en un segundo plano, sin valorarse su alta prevalencia ni el elevado coste familiar y social que comporta<sup>6</sup>.

## LIMITACIONES METODOLÓGICAS

En el abordaje del suicidio en el campo de las toxicomanías, es importante hacer referencia a las limitaciones metodológicas que presentan los estudios a la hora de analizar los resultados y conclusiones.

La principal limitación es que, la mayoría de estudios sobre conducta suicida, se evidencian dificultades en delimitar el consumo del abuso y de la dependencia. Además, tampoco es sencillo diferenciar entre las vías de administración ni las sobredosis. En concreto, la valoración de las sobredosis/intoxicaciones son de importancia relevante ya que, en muchas ocasiones, pueden ser conductas suicidas encubiertas.

Otra limitación a la hora de valorar los resultados de los estudios es que, la mayoría de los análisis toxicológicos son *post-mortem*, pudiéndose establecer sólo una asociación entre el suicidio y el tóxico, ya que la información obtenida sobre su Trastorno por Uso de Sustancias, es mediante la autopsia psicológica.

## CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL

Existe una amplia y diversa bibliografía sobre la conducta suicida y el consumo de alcohol. Los estudios iniciales eran análisis retrospectivos en suicidio

consumado y se centraban en estudiar la asociación entre dependencia de alcohol y estados suicidas. Posteriormente, los estudios fueron principalmente prospectivos, centrados en intentos de suicidio. Recientemente, las investigaciones van encaminadas a la búsqueda de mecanismos genéticos y neurobiológicos de conductas suicidas en la población enólica. Sin embargo, existen pocos estudios sobre el manejo clínico en suicidas alcohólico-dependientes.

El alcohol, a nivel mundial, es el responsable de un mínimo de 2,5 millones de fallecimientos al año<sup>7</sup>. Además, es un importante factor de riesgo de conducta suicida, tal y como se ha evidenciado y replicado en los estudios<sup>8</sup>.

En series de casos, entre el 25-35% de los suicidios había un Trastorno por uso de alcohol<sup>9,10</sup>, y se comprobó que hasta el 45% de los suicidas, presentaban alcohol en plasma, mediante los exámenes toxicológicos en la autopsia<sup>11,12</sup>.

El riesgo de morir por suicidio en el alcoholismo es 9,8 veces mayor respecto a la población general<sup>13</sup>.

En relación a un metanálisis de estudios de mortalidad, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en alcohólicos dependientes es del 8%. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos, el riesgo suicida en el alcoholismo se mantiene constantemente elevado<sup>14,15</sup>.

### SUICIDIO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

A pesar de que está fuertemente establecido que el alcoholismo aumenta el riesgo de suicidio consumado, el conocimiento de los factores de riesgo suicida en el alcoholismo es limitado<sup>15</sup>.

En varios estudios-control, se identificaron factores subagudos/crónicos de riesgo de suicidio en el alcoholismo como: reciente "*heavy drinking*", verbalización del suicidio, bajo soporte social, Trastorno Depresivo Mayor u otro trastorno del estado de ánimo, situación de desempleo, vivir solo, ser varón y mayor de edad, dificultad en las relaciones de pareja y otros estresores vitales interpersonales, tabaquismo y bajo nivel educativo<sup>2,16</sup>.

La asociación entre dependencia de alcohol y suicidio se incrementa al aumentar la edad entre los 20 y 50 años<sup>2,16</sup>.

En un comparativo de suicidas alcohólicos mayores de 50 años con alcohólicos dependientes jóvenes se evidenció que, los sujetos de más de 50 años, presentaban mayor prevalencia de trastornos afectivos y problemas médicos graves, respecto a los más jóvenes<sup>17</sup>. En cuanto a sexos, en un estudio más reciente en suicidas mayores de 65 años, un 35% de los varones y un 18 % de las mujeres, tenían historia de dependencia / abuso de alcohol. Este último dato es de especial relevancia ya que, en la práctica diaria, el alcoholismo en las mujeres es de difícil detección y está infradiagnosticado<sup>18</sup>.

### SUICIDIO Y ABUSO DE ALCOHOL

Dentro de los diferentes patrones de consumo de alcohol, siempre se habla de la dependencia. Pero se ha de tener en cuenta que, en el consumo agudo, hay un aumento de la impulsividad, existe mayor distrés psicológico y restricción cognitiva, hay un mayor

riesgo de realizar una conducta suicida no planeada y de usar medios más letales. De hecho, el efecto agudo del alcohol está tan implicado en la conducta suicida como los efectos crónicos de su consumo<sup>15</sup>.

El perfil del paciente suicida con abuso de alcohol suele ser varones más jóvenes, con estresores vitales recientes y desempleados recientemente, separados o divorciados y que en el momento del suicidio presentaban signos de intoxicación por alcohol<sup>10,19</sup>. También el riesgo suicida se ha asociado a la cantidad de alcohol consumida.

Otros factores, como una disregulación serotoninérgica y del eje HHA (hipotálamo – hipófisis – adrenal), pueden contribuir al abuso del alcohol y a la conducta suicida<sup>20,21</sup>. También la literatura hace mención a otros transmisores como la noradrenalina, a quien se le ha atribuido un rol en la biología de la impulsividad y en la probabilidad de cometer el suicidio<sup>22</sup>.

Como se acaba de mencionar previamente, el suicidio en pacientes con abuso de alcohol es más frecuente en sujetos más jóvenes. De hecho, varios estudios demuestran que, entre el 21,4% -43,5% de los suicidios en adolescentes, presentaban consumo agudo, abuso y también dependencia de alcohol<sup>23,24</sup>. Además, en estudios recientes, se ha evidenciado que el suicidio en adolescentes no sólo puede estar asociado con el abuso de alcohol, sino también con depresión<sup>21</sup> y con abuso físico/sexual<sup>25</sup>.

### INTENTOS DE SUICIDIO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En los intentos de suicidio (IS), la mayoría de los estudios son prospectivos, como ya se ha expuesto previamente. Además, se incluyen diferentes formas de consumo (ocasional, abuso, dependencia, etc.) Nombramos la revisión de Modesto-Lowe y colaboradores<sup>26</sup>, en la que se sólo incluyen estudios sobre dependencia de alcohol excluyendo otras formas de consumo, por lo que los perfiles poblacionales son mucho más homogéneos.

El perfil del paciente alcohólico-dependiente y con intentos de suicidio suele ser el de mujeres más jóvenes, con dependencia de alcohol más severa e inicio temprano del consumo, con problemas físicos relacionados con el alcohol, comorbilidad con otros tóxicos y también psiquiátrica (trastornos de ansiedad y, sobre todo, del estado de ánimo), antecedentes de IS previos y de conducta suicida en familiares de 1<sup>er</sup> grado, abusos en la infancia y antecedentes de violencia.

Añadir que el inicio temprano de consumo de alcohol es ampliamente conocido como factor de riesgo de intentos de suicidio. De hecho, el alcohol está asociado a conductas suicidas en adolescentes en general<sup>27,28</sup>, sobre todo, cuando inician el consumo antes de los 13 años<sup>29,30</sup>.

En la valoración del riesgo suicida en la dependencia de alcohol, se ha de tener en cuenta que los alcohólicos dependientes pueden presentar ideación suicida en periodos de: recaída, incremento del consumo y en reciente abstinencia. También cuando hay síntomas depresivos y cambios ambientales recientes, sobre todo a nivel psicosocial y pérdidas interpersonales<sup>26</sup>.



### MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En los estudios se nombra la depresión y el alcoholismo como factores relevantes de conducta suicida. Sin embargo, la mayoría de pacientes con Trastorno Depresivo y/o alcoholismo nunca se suicida ni realiza ningún intento. Por consiguiente, han de contribuir otros factores de riesgo.

Una respuesta a esta cuestión y que nos puede ayudar a entender la conducta suicida en la dependencia de alcohol, es el modelo de Conner y Duberstein<sup>31</sup>, que se basa en el *modelo de conducta suicida de Mann* y que permite integrar tanto los factores predisponentes como precipitantes y su relación entre ellos.

Dentro de los factores predisponentes, haremos mención a la impulsividad/agresividad. Se ha evidenciado que los depresivos alcohólicos, presentan mayor impulsividad<sup>28</sup>. La frecuencia de conducta suicida y la severidad de la ideación suicida en depresivos alcohólicos está relacionada con la agresividad<sup>8</sup>. Además, la impulsividad también es un síntoma / rasgo en muchos trastornos psiquiátricos, como en los trastornos de la personalidad (Límite y Antisocial)<sup>7</sup> y en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)<sup>26, 32</sup>.

Entre los factores precipitantes, destacar los estresores vitales, que cada vez adquieren mayor importancia en los estudios clínicos. Ya en estudios previos se objetivó una correlación entre la severidad del alcoholismo y la escasa red social<sup>33</sup>. En estudios más recientes, los eventos interpersonales (sobre todo los problemas de pareja), se han visto fuertemente asociados a intentos de suicidio y al suicidio en alcohólicos dependientes<sup>16,31</sup>.

Otro de los factores precipitantes ampliamente replicado en diversos estudios, es la depresión. En cuanto a los Trastornos Depresivos, es importante diferenciar los cuadros en el "*heavy drinking*" que remiten con la abstinencia de los Trastornos Depresivos que se diagnostican durante el consumo y persisten tras la abstinencia. En este último subgrupo de pacientes, las tasas de intentos de suicidio son más altas<sup>26,34</sup>.

### ESTEREOTIPOS: POBLACIÓN DIANA

En cuanto a la población diana, el estereotipo clásico es el de varón mayor de edad, de raza caucásica, con un inicio temprano del consumo, una dependencia de alcohol más severa, elevada impulsividad y múltiples pérdidas, tanto en el ámbito psicosocial, como de salud. Sin embargo, en los últimos años (aunque el estereotipo clásico sigue vigente) se hace referencia a un cambio en el perfil: mujer joven, minorías étnicas, con comorbilidad con otros tóxicos y patología psiquiátrica (Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión) y antecedentes de abuso en la infancia<sup>26</sup>.

### CONCLUSIONES

En el abordaje de la conducta suicida en el alcoholismo, es importante tener en cuenta el cambio de estereotipo y la mayor tendencia a la comorbilidad psiquiátrica y con otros tóxicos.

El modelo explicativo de Conner y Duberstein que integra factores predisponentes (impulsividad y severidad de la adicción) con factores precipitantes (estresores vitales) nos puede ser de gran utilidad en la práctica clínica para identificar los sujetos con alto riesgo suicida.

### CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE COCAÍNA

El consumo de cocaína está ampliamente extendido en nuestro entorno. Según los últimos datos del *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) 2010<sup>35</sup>, España ocupa el tercer lugar del mundo en prevalencia de consumo de cocaína en adultos jóvenes, después del Reino Unido y Estados Unidos.

Ante la alta prevalencia, en nuestro medio, hemos de tener en cuenta las complicaciones psicopatológicas derivadas de su consumo y, en este caso, el suicidio. Los dependientes de cocaína tienen un alto riesgo suicida en general, no sólo en el periodo de abstinencia. Además, es muy frecuente que exista también un consumo concomitante de alcohol<sup>36,37</sup>. De hecho, el abuso de cocaína en alcohólicos deprimidos está asociado a mayor prevalencia de conducta e ideación suicida<sup>36,38</sup>.

### CONDUCTA SUICIDA EN DEPENDENCIA DE COCAÍNA

También en la cocaína encontramos limitaciones metodológicas previamente descritas. Citamos los estudios de Roy y cols<sup>36,37</sup>, que se centraron en una muestra homogénea de sujetos con criterios de dependencia a cocaína y se comparaban aquellos con antecedentes de IS, respecto a los dependientes sin antecedentes de IS. En la muestra, entre el 39 - 43,5%, tenían antecedentes de IS.

El perfil de paciente es similar al descrito en alcohólicos dependientes con intentos de suicidio: mujer joven, con historia familiar de conducta suicida, alta comorbilidad con otros tóxicos (dependencia de alcohol y/o opiáceos), antecedentes de depresión, historia de abusos en la infancia y altas puntuaciones en agresividad, introversión, neuroticismo y hostilidad.

Los resultados son similares, respecto a otros tóxicos. Algunos autores como Roy y cols sugieren que la hostilidad y la personalidad agresiva pueden tener relevancia en la conducta suicida y las drogodependencias.

En cuanto a los posibles mecanismos relacionados con la comorbilidad entre depresión y dependencia de cocaína, ya fue revisado por Volkow N.<sup>39</sup>, que incluye factores ambientales, neurobiológicos y genéticos. Volkow, además, observó que los factores genéticos y la interacción gen-ambiente, pueden tener un rol en los pacientes comórbidos: dependencia de cocaína y depresión.

### CONDUCTA SUICIDA EN FUNCIÓN DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA COCAÍNA

Hay pocos estudios que aborden los intentos de suicidio en función de la vía de administración. Es relevante hacer mención al estudio de Darke y colaboradores<sup>6</sup>, en el que se valora los antecedentes de intentos de suicidio en sujetos consumidores de cocaína por vía parenteral respecto a los consumidores por otras vías de administración. Para llevar a cabo el estudio contaron con una muestra total de 183 sujetos consumidores activos, de los que 120 eran por vía endovenosa. La edad media era de 30 años y había un ligero predominio de varones en la muestra (65%).

Objetivaron que los consumidores por vía endovenosa presentaban, de forma significativa, mayor porcentaje de intentos de suicidio y también de intentos repetidos; precisaron en más ocasiones intervención médica; la mayoría de intentos fueron mediante sobredosis de heroína y, en segundo lugar, por benzodiazepinas; y los intentos más violentos (venoclisis y ahorcamiento) también fueron significativamente más frecuentes en los consumidores por vía parenteral.

Al analizar la muestra, comparando los sujetos que tenían antecedentes de intentos de suicidio con los que nunca habían realizado ninguna conducta suicida, evidenciaron que el subgrupo de los "suicidas", eran mayoritariamente mujeres, con un nivel académico más bajo, con antecedentes de internamiento en prisión, criterios de consumo de cocaína de mayor gravedad (valorado con diferentes escalas psicométricas) y presentaban mayor comorbilidad con otros tóxicos respecto al subgrupo "no suicida".

Evidenciaron que los predictores independientes de intentos de suicidio fueron: el sexo mujer, administración vía endovenosa y la comorbilidad con otras drogas.

Este estudio pone de manifiesto que la cocaína por vía parenteral está fuertemente asociada al suicidio, a pesar de ser un aspecto que ha merecido poca atención.

### CONCLUSIONES

En los trastornos por dependencia de cocaína, los factores de riesgo suicida son similares a los del alcohol. Es relevante tener en cuenta el alto riesgo suicida en mujeres, consumidoras de cocaína por vía parenteral y con comorbilidad con otros tóxicos.

### CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE OPIÁCEOS

Según los últimos datos publicados por la EMCDDA en 2010<sup>40</sup>, España ocupa el 11º lugar en prevalencia de consumo de opiáceos en Europa. Sin embargo, los estudios epidemiológicos apuntan a la tendencia del aumento de su consumo por otras vías de administración alternativas a la parenteral.

En este grupo poblacional, el suicidio es una causa importante de fallecimiento, alrededor de 13 veces mayor que en la población general<sup>13</sup>.

## **SOBREDOSIS DE HEROÍNA Y CONDUCTA SUICIDA**

En cuanto a las sobredosis, en concreto, de heroína, añadir que son muy prevalentes en los sujetos consumidores de opiáceos y son una de las causas más frecuentes de muerte prematura.

Sin embargo, los estudios han evidenciado que la mayoría de sobredosis son accidentales y que sólo un 10% pueden tener una finalidad suicida. De hecho, la mayoría de consumidores de opiáceos, se suicidan mediante otros métodos<sup>41,42</sup>.

A pesar de la alta prevalencia de las sobredosis de heroína y de las conductas suicidas en los adictos a opiáceos, hay pocos estudios que se hayan centrado en valorar la posible interrelación entre estas dos conductas autodestructivas. Además, se hallan limitaciones metodológicas a la hora de catalogar las sobredosis de heroína (SH), ya que no todas las SH "intencionadas" tienen como finalidad el suicidio. En muchas SH "intencionadas", en las que el sujeto deliberadamente consume mayor dosis de droga, la finalidad no es el suicidio, sino buscar, por ejemplo, los efectos placenteros de la droga de forma más rápida y duradera.

Se menciona el trabajo de Brädvik y colaboradores<sup>43</sup>, centrado en estudiar la relación entre SH sin finalidad suicida e intentos de suicidio (IS) mediante otros métodos. En la metodología, se diferencia muy bien los diferentes tipos de SH, para evitar los sesgos descritos previamente.

Para ello, se basa en una muestra de 149 heroínómanos en fase activa de consumo, obtenida principalmente de Programas de Reducción de Daños y también de Centros de Drogodependencias. En la muestra había un predominio de varones (72,5 %) y la media de edad era de 36 años. El porcentaje de sobredosis fue más elevado (74%), respecto otros estudios, en los que el porcentaje varía entre el 31-68%.

Evidenciaron una correlación significativa entre SH (sin finalidad suicida) e IS: la probabilidad de realizar un IS aumenta con el incremento de episodios de SH. Los autores sugieren que la asociación entre SH e IS, podría tener factores comunes con la impulsividad. De hecho, tanto los heroínómanos como los ex-adictos, presentan un bajo control de la impulsividad, que podría ser un rasgo o consecuencia del consumo de heroína.

## **CONCLUSIONES**

Tener en cuenta que tanto las sobredosis de heroína como las conductas suicidas son frecuentes en los adictos a opiáceos.

Mencionar que la mayoría de las sobredosis de heroína son sin finalidad suicida y que, en la mayoría de casos, los intentos de suicidio son mediante otros métodos, alternativos a la heroína. Sin embargo, no hay que infravalorar las SH, por su relación con los IS, y por consiguiente, son un factor de riesgo de conducta suicida.

### CONDUCTA SUICIDA Y CANNABIS

El cannabis (CNN) es una de las drogas ilegales más extendidas en el mundo<sup>44</sup>. Entre el 2,9% y el 4,3% de la población mundial entre los 15 y 64 años, ha consumido cannabis como mínimo una vez<sup>45</sup>.

### RELACIÓN ENTRE CONDUCTA SUICIDA Y CANNABIS

Existe amplia bibliografía sobre la relación del cannabis (CNN) con diversos trastornos psicopatológicos. Por ejemplo, no se pone en duda la relación consistente con la sintomatología psicótica. También se ha relacionado con la depresión, ansiedad e ideación suicida, siendo la asociación débil. Sin embargo, hay controversia en la relación directa entre CNN y conducta suicida<sup>46</sup>.

Los estudios que han evidenciado una relación entre el CNN y la conducta suicida, se ha puesto en cuestión sus resultados por su metodología (no control de variables de confusión).

Price C. y cols<sup>47</sup>, publicaron un estudio prospectivo a 33 años, con el principal objetivo de estudiar la asociación entre el uso de CNN y el riesgo de suicidio consumado, controlando las variables de confusión. Para llevar a cabo el estudio, contaron con una muestra de 50.087 hombres que fueron reclutados durante el servicio militar. En la muestra el 10,7% eran consumidores de cannabis, un 0,9% de los sujetos fallecieron por suicidio y un 0,3% fallecieron por causas indeterminadas. Al analizar los resultados, no objetivaron evidencia en la asociación entre cannabis y suicidio consumado.

Los motivos por los que justificaron sus resultados fueron los siguientes:

- Parte de la relación entre cannabis y suicidio, podría estar justificada por el consumo de otras drogas.
- El CNN podría ser la puerta de entrada al consumo de otras drogas y, por consiguiente, aumentar el riesgo suicida: "*Stepping stone hypothesis*".
- Por último, el aumento del riesgo suicida, evidenciado en estudios previos, se podría justificar, indirectamente, por la asociación de los Trastornos psicóticos y del estado de ánimo.

### CONCLUSIÓN

Por último, a modo de conclusión sobre el cannabis, hacer mención a los estudios recientes que no evidencian su asociación con la conducta suicida.

### DISCUSIÓN

El consumo de drogas, está interrelacionado, no sólo con factores socioambientales, sino también con los trastornos psicopatológicos. El alcohol, como se ha replicado en múltiples estudios, es un factor de riesgo relevante en la conducta suicida. Sin embargo,

como ya se ha expuesto previamente, también existe una alta prevalencia de conducta suicida con otras drogas como la cocaína, derivados anfetamínicos y opiáceos.

También es conocida la alta comorbilidad con todos los trastornos psicopatológicos en la fase aguda y crónica de la enfermedad, así como su interferencia en la evolución del trastorno comórbido. De ahí, la importancia del diagnóstico dual o, en nuestro medio, la Patología Dual, que engloba la conducta adictiva y el trastorno mental; y, dentro de la Patología Dual, es conveniente incluir la conducta suicida. De todas maneras, es importante hacer referencia que, más que un término, tiene una repercusión terapéutica, ya que implica un abordaje integral del paciente.

Existen muchas hipótesis para dar respuesta al consumo. Una de las más clásicas, es la hipótesis del vicio, en la que la adicción sólo es considerada como una sociopatía. Gracias a los hallazgos neurobiológicos y neuroanatómicos, que han permitido el avance de las Neurociencias, esta teoría ha quedado desbancada por otras teorías como la **hipótesis de la automedicación**: la motivación del consumidor es debida a una serie de trastornos psicopatológicos y neurobiológicos (ya sean de causa genética o adquirida). Un ejemplo son los derivados opiáceos para paliar los síntomas psicóticos en la esquizofrenia.

Centrándonos en el campo de la conducta suicida, otras hipótesis/teorías sobre la conducta suicida son las que consideran las drogodependencias como procesos parasuicidas. Y en el caso de las sobredosis o intoxicaciones, como suicidios encubiertos.

Es evidente que tanto en los trastornos psiquiátricos como la conducta suicida, en la que intervienen factores neurobiológicos y socioambientales, las adicciones están presentes con una prevalencia muy alta. En un futuro próximo, se tendrá que trabajar en una línea común con dispositivos asistenciales integrales para el abordaje de nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cheng A, Mann A, Mann & Chan K. "Personality disorder and suicide. A case control study". *Br. J. Psychiatry* 1997, 170, 441-446.
- 2- Schneider B, Kolves K *et al.* (2006). "Risk factors for suicide in substance related disorders". *Psychiatrische Praxis* 33, 81-87.
- 3- Harris EC, Barraclough B. (1997). "Suicide as an outcome for mental disorders". *Br. J. Psychiatry*; 170: 205 -228.
- 4- Quaglio G, Talamini G *et al.* (2001). "Study of heroin – related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to stablish main causes of death". *Addiction*; 96: 127-1137.
- 5- Darke S, Ross J. (2002). "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods". *Addiction*; 97: 1383-1394.
- 6- Darke S, Kaye S (2004). "Attempted suicide among injecting and noninjectig cocaine users in Sydney, Australia". *J. Urban Health*; 81 (3): 505-15.
- 7- World Health Organization –WHO- (2010). *The Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH)
- 8- Sher L. (2006). "Alcoholism –and suicidal behaviour: a clinical overview". *Acta Psychiatr. Scand* 113: 13-22.
- 9- Henriksson M, Aro H, *et al.* (1993). "Mental disorders and comorbidity in suicide". *Am. J. Psychiatry* 159: 935-940.
- 10- Pirkola SP, Marttunen MJ, *et al.* (2000). "Suicides of alcohol misusers and non misusers in a nationwide population". *Alcohol & Alcoholism*; 35, 70-75.
- 11- Mendelson WB, Rich CL. (1993). "Sedative and suicide: the San Diego study". *Acta Psychiatr. Scand.* 88 (5): 337-41.
- 12- Varnik A, Kolves K (2007). "Do alcohol restrictions reduce suicide mortality?" *Addiction*. 102 (2): 251-6.
- 13- Wilcox H, Conner KR, *et al.* (2004). "Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies". *Drug and Alcohol Dependence*, 76 (suppl), S11-S19.
- 14- Inskip H, Harris C, Barraclough B (1998). "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia". *B. J. Psychiatry*, 172, 35-37.
- 15- Schneider B. (2009). "Substance Use Disorders and Risk for completed suicide". *Archives of Suicide Research*, 13: 303-316.
- 16- Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. (2003). "Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data". *Alcoholism: clinical & Experimental Research*, 27, 1156-1161.
- 17- Conner KR, Duberstein PR, *et al.* (1999). "Age-related patterns of factors associated with completed suicide in men with alcohol dependence". *The American Journal on Addictions*, 8, 312-318.
- 18- Waern M. (2003). "Alcohol dependence and misuse in elderly suicides". *Alcohol & Alcoholism*, 38, 249-254.
- 19- Marttunen MJ, Aro H, *et al.* (1994). "Adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 490-497.

- 20- Gorwood P (2001). Biological markers for suicidal behaviour in alcohol dependence. *European Psychiatry*, 6, 410-417.
- 21- Sher L, Oquendo MA, *et al.* (2007). CSF monoamine metabolites and lethality of suicide attempts in depressed patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology* 17, 12-15.
- 22- Oquendo MA, Mann JJ (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 11-25.
- 23- Shafii M *et al.* (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents *Journal of Affective Disorders*, 15, 227-233.
- 24- Portzky G, Audenaert K, *et al.* (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal Affective Disorders*. 87 (2-3): 265-70.
- 25- Pillai A, Andrews T, *et al.* (2009). Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. *International Journal of Epidemiology*, 38, 459-469.
- 26- Modesto-Lowe V, Brooks D, *et al* (2006). Alcohol dependence and suicidal behaviour: from research to clinical challenges. *Harv. Rev. Psychiatry*; 14: 251-248.
- 27- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2005b). Suicidal thoughts among youths aged 12 to 17 with major depressive episode. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 28- Sher L & Zalsman G (2005). Alcohol and adolescent suicide. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17, 197–203.
- 29- Swahn MH, & Bossarte RM (2007). Gender, early alcohol use and suicide ideation and attempts: Findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *The Journal of Adolescent Health*, 41, 175–181.
- 30- Bossarte RM & Swahn M (2011). The associations between early alcohol use and suicide attempts among adolescents with a history of major depression. *Addictive Behaviors* 36; 532–535.
- 31- Conner KR, Duberstein PR (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 28: 5; 6S-17S.
- 32- Verona E, Joiner TE *et al* (2001). Psychopathy, antisocial personality and suicide risk. *J Abnorm. Psychol.* 110: 462-70.
- 33- Westermeyer J, Neider J. (1988) Social networks and psychopathology among substance abusers. *Am J Psychiatry*. 145: 1265-1269.
- 34- Schuckit MA, Tripp JE (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*. 154:948-57.
- 35- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Statistical Bulletin 2010. Lifetime and last 12 months prevalence of cocaine use among young adults (aged 15 to 34) in Europe, Canada, Australia and the USA.
- 36- Roy A. (2001) Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am. J. Psychiatry*. 158:1215-1219.
- 37- Roy A. (2009). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Archives of suicide research*. 13: 46-51.
- 38- Cornelius J, Thase M (1998). Cocaine use associated with increased suicidal behaviour in depressed alcoholics. *Addictive Behaviors* 23: 119-121.



- 39- Volkow N. "The reality of comorbidity: depression and drug abuse". *Biological Psychiatry* 2004. 56: 711-714.
- 40- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Statistical Bulletin 2010. *Estimaciones de la prevalencia anual del consumo problemático de opiáceos en la población de 15 a 64 años de edad*.
- 41- Darke S, Ross J, Hall W. "Overdose among heroin users in Sydney, Australia. Prevalence and correlates of non-fatal overdose". *Addiction* 1996, 91: 405-411.
- 42- Vingoe L, Welch S *et al.* "Heroin overdose among a treatment sample of injecting drug misusers: accident or suicidal behaviour?" *Journal of substance use* 1999. 4:88-91.
- 43- Bradvik L, Frank A *et al.* "Heroin addicts reporting previous heroin overdoses also report suicide attempts". *Suicide and life-threatening behaviour* 2007. 37(4). 475-481.
- 44- Hall W, Degenhardt L. "Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries". *Curr Opin Psychiatry* 2007. 20: 393-7.
- 45- UNODC: United Nations Office on Drug and Crime. *World drug report* 2008.
- 46- Moore TH, Zammit S *et al.* "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review". *Lancet* 2007. 370. 319-28.
- 47- Price C, Hemmingsson T. "Cannabis and suicide: longitudinal study". *The British Journal of Psychiatry* 2009. 195: 492-497.

*"El suicidio es una solución eterna para lo que, a menudo, no es más que un problema temporal"*

Ringel

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es una causa importante de muerte prematura en la población general. Se han descrito como factores de riesgo y predictores clínicos del suicidio los siguientes: la edad mayor de 45 años (se ha observado un desplazamiento hacia edades cada vez más jóvenes); el sexo masculino, sobre todo viudos y divorciados/separados; vivir en zonas rurales; una situación de desempleo o jubilación; la presencia de trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, alcoholismo) o de alcoholismo y/o abuso/dependencia de sustancias; presencia de ideación suicida, verbalizaciones suicidas y/o planificación del acto; antecedentes de tentativas de suicidio anteriores; el aislamiento social, la pérdida de soporte o apoyo; los sentimientos de desesperanza; la rigidez cognitiva; la historia de suicidio familiar (posible carga genética); los problemas económicos, laborales, maritales, "life events"; la presencia de irritabilidad, agresividad y el padecimiento de una enfermedad física crónica e incapacitante.

En el mundo se suicidan cada día unas 2.700 personas y lo intentan otras 54.000, estimación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de cifras oficiales recogidas en los cinco continentes y que no incluyen África ni algunos países asiáticos. El suicidio es la primera causa de muerte violenta y estas cifras superan a la suma de víctimas mortales de todas las guerras y homicidios que se producen en el planeta<sup>1</sup>. Durante el año 2006 hubo 58.000 fallecimientos por suicidio en la Unión Europea, cifra por encima de la producida por accidentes de tráfico, responsables de 50.000 muertes ese mismo año. El 90 % de los suicidios están asociados a trastornos mentales. Se estima que, cada año, un 11 % de ciudadanos europeos sufre alguna forma de enfermedad psíquica y estos trastornos pueden conducir al suicidio. En la Unión Europea se suicida una persona cada nueve minutos<sup>2</sup> (*European Pact for Mental Health and Well Being, EU high-level conference "Together for Mental Health and Wellbeing"*).

En el caso de España los últimos datos oficiales revelan que en 2009 hubo 3.429 suicidios, una cifra que supera sobradamente a los fallecidos en accidente de tráfico (2.588). Esto significa una media de 9 suicidios diarios. El 77,7% fueron hombres (2.666), frente a 763 mujeres<sup>3</sup>.

En general, el método usado para la tentativa de suicidio es el mejor predictor de posteriores tentativas, sobre todo en caso de uso de métodos de alta letalidad, ya que se suelen volver a usar en el acto suicida final<sup>4</sup>.

### PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y frecuente, con mayor prevalencia que la Enfermedad de Alzheimer o la diabetes insulínica y responsable del 2 % del gasto sanitario total.

Se ha descrito una elevada tasa de muerte en personas que sufren esta enfermedad: presenta 1.6 veces mayor riesgo de mortalidad por todas las causas que la población general, 4.3 veces mayor riesgo de mortalidad por causas no naturales, como el suicidio o la muerte accidental, y 1.4 veces mayor riesgo de mortalidad por causas naturales, particularmente por enfermedades cardiovasculares, infecciosas, respiratorias y endocrinas<sup>5</sup>.

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% más corta que la población general<sup>6, 7, 8</sup>.

### IDEACIÓN SUICIDA Y ESQUIZOFRENIA

En una revisión sistemática<sup>9</sup> de los artículos existentes sobre la mortalidad en esquizofrenia realizada por Saha *et al* 2007 se analizó el ratio estandarizado de mortalidad por todas las causas, correspondiendo a un 2,58 en personas con esquizofrenia. Describieron el ratio más elevado para el suicidio, siendo un 12,83 respecto a la población general. El ratio de mortalidad en la esquizofrenia presentaba un incremento significativo ( $p=0,03$ ) en las últimas décadas, apuntado a la medicación antipsicótica atípica como posible factor etiológico debido a su posible influencia sobre la salud física de las personas que están en tratamiento antipsicótico.

**Tabla 1.** Expectativas de vida en años y de riesgo de muerte por suicidio y por causa cardiovascular de población general y personas con esquizofrenia, total y estratificada por sexos. (Brown *et al.* 2010; Saha *et al.* 2007)

EXPECTATIVA DE VIDA (AÑOS)			
POBLACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
General	76	72	80
Pacientes con trastorno esquizofrénico	61	57	65
RIESGO DE MUERTE			
POBLACIÓN	SUICIDIO	CARDIOVASCULAR	
General	1	10	
Pacientes con trastorno esquizofrénico	35	50	

Este ratio de mortalidad ha sido replicado en un estudio llevado a cabo por Brown *et al.* 2010<sup>10</sup>. Se reclutó una cohorte de 370 personas con esquizofrenia a las que se les hizo un seguimiento de 25 años y se analizaron las causas de mortalidad. Se ha descrito en esta cohorte una mortalidad de 2 a 3 veces superior que la población general, atribuyendo la mayoría de las muertes a causas naturales, sobretodo de origen cardiovascular.

Hasta el 50% de las personas con esquizofrenia presentan ideación suicida en algún momento de sus vidas, con un porcentaje de tentativas suicidas en aproximadamente el 30% de ellos. Se ha descrito que entre un 5-10% de las personas que padecen esquizofrenia morirá por suicidio a lo largo de sus vidas. Se ha asociado un aumento del riesgo suicida a los factores descritos en la **Tabla 2**.

No se ha encontrado una relación consistente entre suicidio y síntomas positivos, negativos, cognitivos o desorganización, pero sí se ha hallado con un mayor riesgo de suicidio al inicio de la enfermedad<sup>11, 12</sup> y si hay presencia de síntomas depresivos y desesperanza<sup>13-18</sup>.

En las personas con esquizofrenia crónica el mejor funcionamiento cognitivo, el consumo de tóxicos y mejor *insight* se han relacionado con una mayor suicidabilidad, apuntando a la desesperanza como el principal predictor de suicidio<sup>19</sup>.

En las personas con un primer episodio psicótico se ha relacionado la historia de tentativas de suicidio con mayor duración de la psicosis no tratada. La existencia de una tentativa de suicidio ha sido el predictor más importante de futuras tentativas, lo que ha llevado a dar una mayor importancia a la valoración del riesgo autolítico en las personas *ultra high risk psychosis*<sup>20, 21</sup>. Se han planteado programas de detección precoz de síntomas para poder tratar de manera más precoz a los pacientes y reducir la tasa de conducta suicida<sup>20, 22</sup>.

**CONSUMO DE TÓXICOS Y RIESGO SUICIDA**

Al consumo de tóxicos se le atribuye un aumento del riesgo suicida. En una muestra de 178 adolescentes israelitas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo se analizó retrospectivamente el consumo de tóxicos. Se relacionaron el LSD y los inhalantes con el aumento del riesgo suicida, pero no se encontraron diferencias entre los

**Tabla 2.** Principales factores asociados a un incremento del riesgo suicida

Síntomas depresivos
Historia previa intentos de suicidio
Abuso de tóxicos
Hombre - Edad joven
Pobre adherencia al tratamiento y pobre respuesta
Elevada impulsividad
3 meses post-alta

pacientes que consumían cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas o alcohol. Los que realizaron tentativas de suicidio presentaron un mayor número de admisiones psiquiátricas, mayor comportamiento autolesivo y un nivel más elevado de ideación autolítica, pero en detrimento de la severidad de los síntomas psicóticos<sup>23</sup>.

El cannabis se ha relacionado con riesgo de desarrollo de psicosis y secundariamente con riesgo suicida, pero su asociación con la presencia de síntomas afectivos ha sido menos evidente<sup>24</sup>. Se han estudiado los diferentes componentes que forman el cannabis para ver su implicación en la producción de síntomas psicóticos.

El Delta9-tetrahidrocannabinol (Delta9-THC) tiene capacidad psicotomimética (pro-psicótica), en cambio el cannabidiol (CBD) tiene efectos antipsicóticos. Se ha asociado el riesgo de desarrollo de psicosis al Delta9-THC<sup>25</sup>. También se ha relacionado el consumo de cannabis con un diagnóstico más precoz del trastorno psicótico.

En 2009 se publicó un estudio realizado en una muestra española dónde se analizó el consumo de cannabis en 116 pacientes con primer episodio psicótico que posteriormente se diagnosticaron de esquizofrenia. Se observó que un patrón de consumo habitual de cannabis se asociaba con un descenso de la edad de aparición del trastorno de hasta 3,7 años<sup>26</sup>.

Además, también se relacionó el consumo de cannabis en jóvenes y adolescentes con primer episodio psicótico con mayores puntuaciones en las escalas de síntomas positivos. El cese del consumo de cannabis evidenció una mejoría clínica más significativa de los síntomas psicóticos respecto a los que mantenían el consumo<sup>27</sup>.

El cannabis no sólo se relaciona con un inicio precoz del trastorno psicótico, sino que también se asocia con un mayor riesgo de descompensación psicótica<sup>28</sup>.

Debido a la relación incierta y poco clara entre cannabis y suicidio se ha visto la necesidad de realizar estudios de seguimiento de grandes cohortes de población para estudiar mejor esta relación.

En Suecia se analizaron los suicidios durante 33 años de seguimiento en una cohorte de 50.087 hombres que habían realizado el servicio militar y, una vez se ajustaron los factores de confusión (como problemas de comportamiento o patología psiquiátrica), no se asoció mayor riesgo de suicidio a los consumidores de cannabis (Price *et al.* 2009).

También se han estudiado los cambios estructurales cerebrales asociados al suicidio en personas con esquizofrenia. Se ha encontrado una pérdida de sustancia blanca inferior frontal en aquellas personas con esquizofrenia con tentativas de suicidio previas (Rüsch *et al.* 2008), además de una reducción de la sustancia gris en lóbulo temporal superior izquierdo y en el córtex orbitofrontal izquierdo (Aguilar *et al.* 2008).

### PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El único fármaco antipsicótico al que se le han asociado una propiedad antisuicida es a la clozapina, recientemente vuelto a confirmar en un estudio finlandés (De Hert *et al.* 2010).

Con el objetivo de reducir el riesgo de conducta suicida en las personas que padecen esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, se han llevado a cabo diversas acciones pro-

movidas por organismos institucionales como la FDA. Una de ellas es un ensayo clínico llamado InterSePT dónde se aleatorizaron los pacientes al tratamiento con clozapina u olanzapina y se midieron factores de riesgo, medidas de eficacia, efectos adversos, etc. Este estudio ha llevado a las siguientes recomendaciones por la FDA:

1. Se recomienda el tratamiento con clozapina para reducir el riesgo de conducta suicida recurrente.
2. El tratamiento con clozapina para reducir el riesgo de conducta suicida debería ser continuado al menos 2 años.
3. Se debe tener en cuenta que los pacientes incluidos en cada grupo de InterSePT recibieron medidas para disminuir el suicidio como tratamientos antidepresivos, hospitalización, psicoterapia, etc.

En las personas con esquizofrenia, además de la presencia de síntomas psicóticos más o menos incapacitantes y/o limitantes, se añaden otros factores que dificultan su manejo y que pueden resultar problemas mayores. Estos factores son el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, el estigma de la enfermedad, la falta de recursos sociales, la adherencia y no cumplimiento del tratamiento, la conducta violenta y agresiva y los conflictos legales, el suicidio y la salud física.

Por todo esto, es importante una correcta psicoeducación tanto de los pacientes como de sus familias. Es especialmente útil la lectura de manuales e información complementaria sobre la esquizofrenia que pueda ayudar al afrontamiento de los problemas más comunes que tienen los pacientes con esquizofrenia. Hay publicados algunos ejemplos de guías y folletos que podrían ser de utilidad<sup>29-31</sup>.

Además es vital la valoración de la clínica afectiva en las personas con esquizofrenia, para detectar y prevenir la conducta suicida. Se debería incorporar de manera habitual en la valoración de estos pacientes la Escala Calgary para la depresión, validada para personas con esquizofrenia. Al final del capítulo se adjunta el anexo de la escala.

Por otro lado, siendo consciente de la mayor morbi-mortalidad de las personas con esquizofrenia, el psiquiatra debe dar elevada importancia a la promoción de la salud física de sus pacientes. En algunas ocasiones, la aparición de problemas físicos puede anticiparse a la aparición de problemas de salud mental pero en otras la presencia de un problema médico puede desencadenar una recaída en la clínica psicótica.

Un mayor número de exacerbaciones implica una mayor gravedad clínica. Debido a la menor capacidad de seguir hábitos saludables existe un mayor riesgo de contracción de infecciones venéreas, como el VIH y virus de la hepatitis B y C; un mayor riesgo de ser víctima de abusos físicos y sexuales (asociado probablemente a una mayor vulnerabilidad de estas personas) y una mayor incidencia de ideas o conducta suicida.

Personas jóvenes (menos 30 años)
Sexo: Hombre
Inicio temprano de la enfermedad
Comorbilidad de depresión y sentimientos de desesperanza
Frecuentes exacerbaciones y remisiones
Antecedentes de buen nivel educativo
Reciente hospitalización (dentro de un periodo de 3 meses tras el alta)

**Tabla 3.** Factores predictivos asociados a mayor riesgo suicida en personas con esquizofrenia

### CONCLUSIONES

Para concluir se deberían tener en cuenta las siguientes implicaciones clínicas:

1. Existen predictores de riesgo suicida (**Tabla 3**) en personas con esquizofrenia.
2. Debe incorporarse la evaluación del riesgo suicida en la práctica clínica habitual utilizando los instrumentos psicométricos disponibles.
3. Se deben valorar intervenciones farmacológicas basadas en la evidencia, como el uso de la clozapina como fármaco antipsicótico de elección, en los pacientes que presenten esquizofrenia y riesgo suicida y/o presencia de síntomas depresivos. El uso de antidepresivos es controvertido y no debería considerarse un tratamiento de elección de manera sistemática.

Anexo. Escala Calgary para la depresión en personas con esquizofrenia

Guía de la entrevista para la Escala de Depresión de Calgary para esquizofrénicos		
<b>Entrevistador:</b> Haga la primera pregunta como está escrita. Utilice preguntas complementarias a fin de precisar la puntuación. El marco temporal se refiere a las dos últimas semanas, a no ser que se estipule otro intervalo.		
<b>Nota:</b> el último ítem, nº 9, se basa en observaciones de la entrevista completa.		
<b>1. DEPRESIÓN</b>		
¿Cómo describiría usted su estado de ánimo durante las últimas dos semanas? ¿Se mantiene razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o con la moral muy baja recientemente? En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha estado (utilizando propias palabras) todos los días? ¿todo el día?		
0	Ausente	
1	Leve	Expresa tristeza o desánimo con las preguntas
2	Moderado	Estado de ánimo claramente depresivo que persiste que persiste la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas, presente diariamente.
3	Severo	Ánimo depresivo muy marcado, que persiste diariamente durante más de la mitad del tiempo, interfiriendo en el normal funcionamiento motor y social.
<b>2. DESESPERANZA</b>		
¿Cómo ve el futuro? ¿Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza? ¿Ha renunciado o todavía tiene motivos para seguir adelante?		
0	Ausente	
1	Leve	A veces se ha sentido desesperanzado durante la última semana pero todavía tiene algún grado de esperanza por el futuro.
<b>3. AUTODESPRECIO</b>		
¿Qué opinión tiene de usted mismo cuando se compara con otras personas? ¿Se siente mejor o no tan bueno o casi lo mismo que la mayoría? ¿Se siente inferior o, incluso, sin valor?		
0	Ausente	
1	Leve	Algo de inferioridad ; no la cantidad suficiente como para sentirse que no vale la pena.
2	Moderado	El sujeto se siente si valor pero menos del 50% del tiempo.
3	Severo	El sujeto se siente si valor más del 50% del tiempo. Se le puede estimular para que se sienta de otra manera.
<b>4. IDEAS DE REFERENCIA DE CULPA</b>		
¿Tiene sentimiento de que se le está echando la culpa por algo o incluso que se le acusa erróneamente? ¿De qué? (No incluya la culpa o acusación justificada; excluya delirios de culpa)		
0	Ausente	
1	Leve	El sujeto se siente culpabilizado pero no acusado menos del 50% del tiempo.
2	Moderado	Persistente sensación de ser culpabilizado y/o sensación ocasional de ser acusado.
3	Severo	Sensación persistente de ser acusado. Cuando se le insiste reconoce que no es así.
<b>5. CULPA PATOLÓGICA</b>		
¿Tiene a acusarse por pequeñas cosas que ha hecho en el pasado? ¿Piensa que se merece estar tan preocupado sobre esto?		
0	Ausente	
1	Leve	El sujeto se siente a veces culpable sobre algunas faltas menores pero menos del 50% del tiempo.
2	Moderado	El sujeto normalmente (más del 50% del tiempo) se siente culpable sobre acciones pasadas cuyo significado él/ ella exagera.
3	Severo	El sujeto normalmente siente que él/ella se le va a acusar por todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es responsabilidad suya.
<b>6. DEPRESIÓN MATUTINA</b>		
Cuando se ha sentido usted deprimido las últimas semanas, ¿ha notado que la depresión fuera peor en algún momento particular del día?		
0	Ausente	No depresión.
1	Leve	Depresión presente pero no hay variación diurna.
2	Moderado	La depresión se menciona espontáneamente como peor por la mañana.
3	Severo	La depresión es marcadamente peor por la mañana, con deterioro del funcionamiento que mejora por la tarde.
<b>7. DESPERTAR PRECOZ</b>		
¿Se levanta más temprano por la mañana de lo que es normal para usted? ¿Cuántas veces a la semana le ocurre?		
0	Ausente	No hay despertar precoz
1	Leve	Ocasionalmente se levanta (hasta 2 veces por semana) 1 hora o más, antes de la hora habitual en que se despierta o suena el despertador.
2	Moderado	A menudo se despierta temprano (hasta 5 veces por semana) 1 hora o más, antes de la hora habitual en que se despierta o suena el despertador.
3	Severo	A diario se despierta una hora o más antes de la hora habitual.
<b>8. SUICIDIO</b>		
¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla? ¿Alguna vez le ha apetecido acabar con todo? ¿Qué pensó hacer? ¿Lo intentó realmente?		
0	Ausente	
1	Leve	Pensamientos frecuentes de estar mejor muerto o ideas de suicidio ocasionales.
2	Moderado	Ha considerado el suicidio deliberadamente con un plan , pero no ha hecho ninguna alternativa.
3	Severo	Intento suicida aparentemente diseñado para acabar en muerte (por ejemplo, se le descubre accidentalmente o medios ineficaces).
<b>9. DESPRESIÓN OBSERVADA</b>		
Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista entera. La pregunta ¿le apetece llorar? usada en momentos apropiados durante la entrevista puede obtener información útil para esta observación.		
0	Ausente	
1	Leve	El sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante parte de la entrevista, sobre temas afectivamente neutros.
2	Moderado	El sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada y, a veces, llora o se le saltan las lágrimas.
3	Severo	El sujeto se ahoga en tópicos inquietantes, frecuentemente suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2011. Disponible en: <<http://www.who.int/>>.
- 2- Disponible en: <[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health](http://ec.europa.eu/health/mental_health)>.
- 3- INE. Instituto Nacional de Estadística. 2011. Disponible en: <<http://www.ine.es/>>.
- 4- Runeson, B., et al. "Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study". *BMJ*, 2010. 341: p.3222.
- 5- Bernardo M, Bioque M. "Schizophrenia: From Neurobiology to Nosology of Mental Disorders". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2010. 38(3): p. 15-17.
- 6- Dixon, L., et al. "The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health". *J Nerv Ment Dis*, 1999. 187(8): p. 496-502.
- 7- Harris, E.C. and B. Barraclough. "Excess mortality of mental disorder". *Br J Psychiatry*, 1998. 173: p. 11-53.
- 8- Newman, S.C. and R.C. "Bland, Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study". *Can J Psychiatry*, 1991. 36(4): p. 239-45.
- 9- Saha, S., D. Chant, and J. McGrath. "A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?" *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64(10): p. 1123-31.
- 10- Brown, S., et al. "Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia". *Br J Psychiatry*, 2010. 196(2): p. 116-21.
- 11- Palmer, B.A., V.S. Pankratz, and J.M. Bostwick. "The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination". *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(3): p. 247-53.
- 12- Tandon, R., H.A. Nasrallah, and M.S. Keshavan. "Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization". *Schizophr Res*, 2009. 110(1-3): p. 1-23.
- 13- Drake, R.E., C. Gates, and P.G. Cotton. "Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides". *Br J Psychiatry*, 1986. 149: p. 784-7.
- 14- Cohen, S., et al., "Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients". *Acta Psychiatr Scand*, 1994. 90(3): p. 167-71.
- 15- De Hert, M., K. McKenzie, and J. Peuskens, "Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study". *Schizophr Res*, 2001. 47(2-3): p. 127-34.
- 16- Schwartz, R.C. and B.N. Cohen. "Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia". *Compr Psychiatry*, 2001. 42(2): p. 118-23.
- 17- Aguilar, E.J., et al., "A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes?" *Eur Psychiatry*, 2003. 18(4): p. 190-2.
- 18- Schwartz, R.C. and S.D. Smith. "Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness". *J Psychiatr Res*, 2004. 38(2): p. 185-91.
- 19- Kim, C.H., K. Jayathilake, and H.Y. Meltzer. "Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior". *Schizophr Res*, 2003. 60(1): p. 71-80.
- 20- Melle, I., et al., "Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(5): p. 800-4.
- 21- Preti, A., et al., "Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis". *Schizophr Res*, 2009. 113(2-3): p. 145-50.

- 22- Addington, J., *et al.* "Suicidal behaviour in early psychosis". *Acta Psychiatr Scand*, 2004. 109(2): p. 116-20.
- 23- Shoval, G., *et al.* "Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10-year retrospective study". *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2006. 16(6): p. 767-75.
- 24- Moore, T.H., *et al.* "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review." *Lancet*, 2007. 370(9584): p. 319-28.
- 25- Morgan, C.J. and H.V. Curran. "Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis". *Br J Psychiatry*, 2008. 192(4): p. 306-7.
- 26- Sugranyes, G., *et al.* "Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia". *Eur Psychiatry*, 2009.
- 27- Baeza, I., *et al.* Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: Influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). *Schizophr Res*, 2009.
- 28- Zammit, S., *et al.* "Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review". *Br J Psychiatry*, 2008. 193(5): p. 357-63.
- 29- Ediciones, A.M., ed. *Cómo afrontar la esquizofrenia*. 2005.
- 30- Foundation, B.S.S.R., ed. *Superar la esquizofrenia*. E. Fuller Torrey. 2002.
- 31- Medica, A., ed. *¿Qué sabemos de la esquizofrenia?: Guía para pacientes y familiares*. Madrid: 2003



# Conductas suicidas y Trastorno Bipolar ¿por qué presenta un riesgo tan elevado?

# 10

P. Courtet, L. Giner Jiménez

## INTRODUCCIÓN

El capítulo tratará sobre un trastorno que está particularmente relacionado con el riesgo suicida. Durante la primera parte veremos cuáles son los indicadores, a nivel clínico, que prioritariamente debemos buscar con el fin de detectar los pacientes de alto riesgo. Posteriormente, propondremos una reflexión sobre el aporte de la investigación neurocientífica acerca de la posible vulnerabilidad común al trastorno bipolar y a las conductas suicidas que puede explicar que el riesgo suicida en el trastorno afectivo sea tan elevado.

## TRASTORNO BIPOLAR Y RIESGO DE SUICIDIO

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad común con una mortalidad prematura elevada, sobre todo debido al suicidio, que representa 30% de la mortalidad.

El TB se asocia con un riesgo significativo de suicidio, ya que, aproximadamente, está presente entre el 10% y el 15% de los pacientes que mueren por suicidio. Los intentos de suicidio son también frecuentes en estos pacientes. Se han comunicado antecedentes personales de intentos de suicidio en uno de cada cinco o cada dos sujetos con TB. Un meta-análisis reciente de 15 estudios retrospectivos sugiere que más de un tercio de bipolares tipo I o II hizo una tentativa suicida<sup>1</sup>.

Según algunos importantes estudios epidemiológicos, la odds ratio de conductas suicidas fue más elevada en el trastorno bipolar en comparación con cualquier otro trastorno afectivo. Tondo *et al.*<sup>2</sup> estudiaron casi 3.000 sujetos con trastorno afectivo (529 TB-I, 314 TB-II, 1983 con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) haciendo un seguimiento durante una media de  $3.56 \pm 5.39$  años, en un centro de investigación de los trastornos del humor de Cerdeña, en los últimos 30 años. La tasa relativa de intentos de suicidio (IS) entre los sujetos con trastorno del humor frente a la población en general fue aproximadamente seis veces mayor entre los pacientes TB-I, tres veces mayor en los TB-II, y dos veces mayor en pacientes con TDM. En cuanto a los suicidios consumados, el riesgo para los mismos trastornos fueron, 15, 13 y 4,6 veces mayores para el TB-II, TB-I, TDM, respectivamente, en comparación con la tasa de suicidios en la población general de Cerdeña.

Aunque sigue siendo controvertido, la existencia de una mayor tasa de suicidio entre los sujetos TB-II se suma a la impresión de que este trastorno no es menos grave que el TB I con respecto al riesgo de suicidio.

### FACTORES DE RIESGO DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL TRASTORNO BIPOLAR

El riesgo de conducta suicidas varía en el momento de evolución del trastorno bipolar. Brevemente vamos a resumir los factores de riesgo relacionados con el curso del trastorno bipolar. Es más elevado durante la fase inicial del trastorno bipolar (en los primeros años de aparición) y en los sujetos con edad temprana al inicio del trastorno bipolar, lo que debería traducirse en propiciar la prevención del suicidio desde el principio de la enfermedad, sobre todo en los jóvenes. Al inicio o al final de los episodios típicos agudos del TB, los períodos de transición (y los virajes) están asociados con un mayor riesgo de actos suicidas. Esto podría estar relacionado con la observación de que el riesgo suicida está más relacionado con los cambios en la ideación suicida que con la intensidad de dicha ideación.

Los pacientes bipolares presentan conducta suicida, casi exclusivamente, en episodios de depresión mayor y, con menor frecuencia, en los episodios afectivos mixtos, de manía disfórica y de manía con síntomas psicóticos<sup>3,4</sup>.

Respecto a la depresión, distintos estudios han puesto de manifiesto que tanto el número, la gravedad de los episodios depresivos y el predominio de las fases depresivas durante la evolución del TB están asociados con un aumento del riesgo suicida. Por otra parte, los datos actuales hacen hincapié en una forma particular de depresión asociada con el riesgo de suicidio, la depresión mixta. Este tipo de depresión se caracteriza por la presencia de síntomas de manía en un episodio depresivo. La existencia de inquietud o de excitación facilita la realización de un acto suicida en sujetos deprimidos con ideas suicidas. Cuando se comparan los episodios mixtos y los depresivos sin síntomas de manía, la frecuencia de actos suicida es mayor entre los episodios mixtos y, además, entre los sujetos evaluados con conducta suicida, los episodios mixtos se presentan con mayor frecuencia. Por último, la marcada y persistente inestabilidad del estado anímico que tienen los sujetos con ciclotimia o con ciclación rápida, favorece la desesperanza, dimensión psicológica asociada al riesgo suicida.

Por lo tanto, el tratamiento eficaz de los episodios agudos y de mantenimiento en el período de eutimia son esenciales para la prevención del suicidio en el trastorno bipolar.

El trastorno bipolar se diagnostica tarde a menudo, lo cual agrava el pronóstico y puede favorecer un mayor riesgo de suicidio, ya que hay una prescripción de antidepresivos en la fase depresiva, ignorando los síntomas maníacos o hipomaníacos en la historia del paciente. Existe abundante literatura sobre indicadores de bipolaridad en sujetos con depresión, como son la pérdida de energía y fatiga extremas, síntomas de depresión atípica o de depresión estacional. Además de estos marcadores establecidos, proponemos que sea otro marcador de trastorno bipolar la presencia de intentos de suicidio en sujetos depresivos. Para ello nos basamos en la comparación de 135 pacientes con depresión recurrente vs. 76 bipolares, en los que el diagnóstico de TB se asocia con la gravedad médica del IS, los antecedentes familiares de suicidio consumado y con la intensidad de la experiencia emocional<sup>5</sup>. Así mismo, la

gravedad del intento de suicidio, en pacientes con trastorno afectivo, se asocia con el diagnóstico de TB y de intento suicida previo. Aunque tales características clínicas no son patognomónicas del trastorno bipolar, su existencia en pacientes con depresión recurrente y tentativas suicidas deben hacer pensar y buscar el diagnóstico de TB.

### FACTORES DE RIESGO NO ASOCIADOS DIRECTAMENTE

Hemos visto los factores de riesgo asociados con el trastorno bipolar. Ahora vamos a ver los factores de riesgo que no están directamente relacionados con este trastorno. Por otra parte, una cuestión importante para el médico es poder identificar los factores asociados con el riesgo de realizar un acto suicida más que la ideación suicida por sí sola. Varios estudios epidemiológicos indican que la ideación suicida se asocia con la depresión y los acontecimientos vitales estresantes, mientras que el riesgo de intento de suicidio requiere, además, la presencia de los trastornos de ansiedad, impulsividad o uso de sustancias (Nock *et al.* 2009). Si parte del esfuerzo de prevención se centra en la identificación de comorbilidades, cabe señalar que el trastorno bipolar está relacionado tanto con los episodios depresivos como con una mayor impulsividad. Esto último puede ser por los mismos síntomas maníacos o por la mayor presencia de rasgos de personalidad impulsiva en bipolares.

El principal factor de riesgo suicida, independientemente del diagnóstico psiquiátrico, es la historia de tentativa suicida previa. En un estudio reciente prospectivo<sup>6</sup> a partir del registro nacional sueco, se analizaron 39.685 sujetos hospitalizados después de un IS y se observó que había una interacción entre los antecedentes de IS y el diagnóstico de trastorno psiquiátrico con efectos devastadores. El riesgo de suicidio consumado era muy elevado en los pacientes que padecían esquizofrenia y trastornos afectivos: durante el seguimiento de 30 años, el 40% de los varones y el 20% de las mujeres hospitalizados por IS y que padecían trastorno bipolar fallecieron por suicidio.

Así, podemos señalar el papel de antecedentes de IS como indicador de mayor vulnerabilidad suicida. En el modelo de estrés-diátesis, basado en numerosos estudios epidemiológicos y clínicos, se considera que sólo aquellos sujetos que presentan una vulnerabilidad específica y bien están sometidos a factores de estrés o bien padecen un trastorno psiquiátrico, realizarán actos suicidas (Oquendo *et al.* 2004<sup>7</sup>, Romero *et al.* 2007, Slama *et al.*, Carballo *et al.* 2008). Así pues, el riesgo suicida resulta de la concurrencia de un factor de estrés en un sujeto con vulnerabilidad específica. Entender el porqué la diátesis al suicidio diferencia a unos pacientes de otros puede ayudar a una mejor investigación y tratamiento de los pacientes de alto riesgo. Existe una gran cantidad de datos que indican varios factores relacionados con la vulnerabilidad suicida a nivel clínico, como los antecedentes familiares y personales de conducta suicida, los rasgos de la personalidad relacionados con la agresividad impulsiva y la desesperanza y la historia de abusos en la infancia.

### EL MODELO DE ESTRÉS-DIÁTESIS

El modelo de estrés-diátesis tiene un interés no sólo didáctico para ayudar los clínicos a identificar los pacientes de alto riesgo sino que también estimula numerosos trabajos de investigación. Así pues, en los últimos treinta años, ha habido muchos estudios que han ayudado a demostrar que las conductas suicidas son trastornos específicos, con una fisiopatología específica<sup>8</sup>.

En este momento se pueden proponer diferentes biomarcadores o endofenotipos de la conducta suicida como son la disfunción del sistema serotoninérgico, los niveles plasmáticos de colesterol bajos, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, la impulsividad agresiva y anomalías en la toma de decisiones<sup>9</sup>.

Para el futuro necesitamos disponer de herramientas de predicción o de diagnóstico precoz del riesgo suicida. Para construir tal herramienta que asocie variables clínicas y biológicas, los estudios actuales deben combinar diversos campos de investigación (clínica, bioquímica, genómica, imagen cerebral), estudiar poblaciones de gran tamaño y crear organizaciones multicéntricas capaces de intercambiar bases de datos<sup>10</sup>. Este es el objetivo del consorcio europeo "EURECA", que actualmente está en fase de desarrollo, con los equipos de Madrid, Oviedo y Sevilla, donde se dispone de un banco de datos clínicos y biológicos de ocho mil pacientes.

### TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

¿Existen tratamientos preventivos de las conductas suicidas en el trastorno bipolar? En primer lugar, debemos saber que la mayoría de los pacientes bipolares que se suicidan no son de otro planeta, son identificables, pero no se tratan de forma adecuada. Esta constatación es la misma en la depresión y la esquizofrenia. Así las observaciones de un estudio finlandés de 1994 son ilustrativas. De los pacientes bipolares I que se suicidaron, de un 74% que se consideraba que estaban "en tratamiento", el 39% comunicaron explícitamente su intención de suicidarse a un profesional de salud mental durante los últimos 3 meses y solamente un 32% estaban tratados con eutimizantes<sup>11</sup>. Sin embargo, en un estudio muy conocido de seguimiento de 158 bipolares durante 22 años, Angst *et al.* (2000) demostraron que las tasas de mortalidad, para todas las causas de muerte, eran inferiores en los pacientes tratados en comparación de los pacientes no tratados.

Específicamente, numerosos datos sugieren que el litio tiene un efecto anti-suicidio en los trastornos afectivos, que también podría ser independiente del efecto eutimizante<sup>12</sup>.

Después de los antidepresivos, los antiepilépticos han sido acusados por la FDA de favorecer el suicidio. Desde el meta-análisis de la FDA, que promovió la introducción de las advertencias sobre el riesgo de suicidio en estos medicamentos, varios estudios han invalidado este efecto favorecedor de la conducta suicida. Así, en un estudio publicado el año pasado, se demuestra que los antiepilépticos no aumentan el riesgo de suicidio en el trastorno bipolar<sup>13</sup>.

Por último, nos permitimos sugerir que los pacientes bipolares son, de forma intrínseca a su propia patología, de alto riesgo de suicidio, debido a anomalías anatómico-funcionales implicadas en la vulnerabilidad suicida. Si esto es cierto, significa que es necesari-

rio identificar los factores de protección entre los que no tienen intentos de suicidio o suicidios, en lugar de buscar los pacientes de riesgo, ya que todos presentan un riesgo aumentado respecto a la población general.

Vamos a ilustrar esto con un ejemplo neuroanatómico. Hemos comentado que las anomalías en la toma de decisiones representan un rasgo cognitivo de vulnerabilidad suicida<sup>14</sup>. Esta característica es también propia del trastorno bipolar, ya sea en fase de manía, depresión o eutimia<sup>15</sup>. Por último, este rasgo se asocia de forma independiente con los dos diagnósticos y esto puede explicarse por su correlación con una disfunción en la regulación emocional<sup>16</sup>. Lo mismo vale para los estudios de neuroimagen, donde se observan anomalías en redes neuronales implicadas en la regulación emocional, a la vez que en la vulnerabilidad suicida y en el trastorno bipolar<sup>17,18</sup>.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, el comportamiento suicida y los trastornos bipolares pueden compartir factores de vulnerabilidad, genes de susceptibilidad y endofenotipos emocionales. Lo que puede explicar porqué los pacientes con trastorno bipolar tienen un especial riesgo de Consumación de Suicidio (CS). Podríamos además sugerir la existencia de objetivos terapéuticos compartidos, como por ejemplo los efectos del litio sobre endofenotipos comunes a las conductas suicidas y al trastorno bipolar. La observación preliminar de una influencia de la dosis de litio sobre la toma de decisión en pacientes bipolares puede representar una prueba del concepto (*Courtet personal data*).

En conclusión, la prevención de las CS en los pacientes bipolares necesita considerar estos pacientes, a priori, como de alto riesgo. Así, además de hacer un tratamiento óptimo del trastorno bipolar en sí mismo, requiere detectar las comorbilidades frecuentes y buscar factores de vulnerabilidad específica, que pudieran representar nuevos objetivos del tratamiento.

Por supuesto, también se requiere una valoración clínica constante de los pacientes a lo largo de su evolución, que será la mejor forma de poder optimizar la prevención de las conductas suicidas.



**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Novick DM, Swartz HA, Frank E. "Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence". *Bipolar Disord*. 2010 Feb;12(1):1-9.
- 2- Tondo L, Leprì B, Baldessarini RJ. "Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients". *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Dec;116(6):419-28.
- 3- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. "Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors". *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704.
- 4- Rihmer Z. "Suicide risk in mood disorders". *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jan;20(1):17-22.
- 5- Guillaume S, Jaussent I, Jollant F, Rihmer Z, Malafosse A, Courtet P. "Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression". *J Affect Disord*. 2010 Apr;122(1-2):53-9. Nock et al. *Mol Psy* 2009
- 6- Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. "Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up". *BMJ*. 2008 Nov 18;337:a2205.
- 7- Oquendo et al. *Am J Psychiatry* 2004, Romero et al. *J Clin Psychiatry* 2007, Slama et al. *J Clin Psychiatry*, Carballo et al. *JAD* 2008
- 8- 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 Nov;165(11):1383-4
- 9- Courtet P, Gottesman I, Jollant F, Gould T. "The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies?" *Transl Psychiatr*. 2011 May 10;1. pii: e7.
- 10- Thorisson GA, Muilu J, Brookes AJ. "Genotype-phenotype databases: challenges and solutions for the post-genomic era". *Nat Rev Genet*. 2009 Jan;10(1):9-18.
- 11- Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. "Suicide in bipolar disorder in Finland". *Am J Psychiatry*. 1994 Jul;151(7):1020-4.
- 12- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, 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 Oct;162(10):1805-19.
- 13- Arana A, Wentworth CE, Ayuso-Mateos JL, Arellano FM. "Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs". *N Engl J Med*. 2010 Aug 5;363(6):542-51.
- 14- Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, Castelnaud D, Malafosse A, Courtet P. "Impaired decision making in suicide attempters". *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):304-10.
- 15- Adida M, Jollant F, Clark L, Besnier N, Guillaume S, Kaladjian A, Mazzola-Pomietto P, Jeanningros R, Goodwin GM, Azorin JM, Courtet P. "Trait-related decision-making impairment in the three phases of bipolar disorder". *Biol Psychiatry*. 2011 Aug 15;70(4):357-65
- 16- Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Bellivier F, Leboyer M, Castelnaud D, Malafosse A, Courtet P. "Psychiatric diagnoses and personality traits associated with disadvantageous decision-making". *Eur Psychiatry*. 2007 Oct;22(7):455-61.
- 17- Langan C, McDonald C. "Neurobiological trait abnormalities in bipolar disorder". *Mol Psychiatry*. 2009 Sep;14(9):833-46.
- 18- Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. "The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies". *World J Biol Psychiatry*. 2011 Aug;12(5):319-39.

## PÉRDIDA, DOLOR Y LUTO

Desde hace mucho tiempo, la pérdida de un ser querido, la desaparición de una persona con la que manteníamos una relación cercana, estrecha y afectiva, llamó la atención de la psicología y disciplinas afines por la repercusión que puede tener sobre la conducta de quien la sufre, sobre su salud mental y física, y por la diversidad de respuestas individuales y culturales que acompañan este acontecimiento.

Todas las personas, en un momento u otro, sufren algún tipo de pérdida y, casi siempre, se supera adecuadamente aunque conlleve cierto sufrimiento y algunos ajustes en la vida personal. Pero también es cierto que, con alguna frecuencia, esta pérdida produce alteraciones importantes que repercuten gravemente en el bienestar, la salud y hasta en la supervivencia del que sufre la pérdida. Diferentes marcos teóricos e innumerables estudios empíricos han intentado comprender este fenómeno y establecer distintas estrategias para aliviar, ajustar o reconducir la vida de estas personas.

La complejidad de estas situaciones en las que alguien pierde a otra persona aconseja realizar una serie de diferenciaciones que, a veces, es difícil reconocer en la realidad pero que facilitan metodológicamente la aproximación al tema. Para empezar, es conveniente distinguir entre la realidad objetiva de la pérdida, el hecho en sí de la respuesta psicológica que produce, es decir, la aflicción o el dolor, y las conductas de duelo o luto que se expresan a través de las personas y las costumbres de su entorno. Pérdida, dolor y luto dan pie a una amplia variedad de situaciones distintas, por ejemplo podemos plantearnos si necesitan los mismos procesos y estrategias de ayuda aquellos que han perdido a alguien por muerte natural, por accidente, por violencia o por suicidio. Algunos expertos opinan que en todos estos casos, o cualesquiera otros parecidos, la pérdida, el dolor y el duelo son los mismos, desencadenan los mismos mecanismos y necesitan, aproximadamente, las mismas estrategias de afrontamiento. Van der Wal (1989–1990)<sup>1</sup>, por ejemplo, afirma que no existe evidencia empírica para la opinión popular de que los supervivientes a la pérdida suicida muestren más reacciones patológicas y un proceso de sufrimiento más complicado y prolongado que otros grupos de supervivientes. Jordan (2001)<sup>2</sup>, por el contrario, dice que una pérdida por suicidio es diferente en el contenido temático del sufrimiento, en los procesos sociales que rodean al superviviente y en el impacto que el suicidio tiene en el sistema familiar.

De cualquier forma, es evidente que en las diferenciaciones que se pueden establecer en los procedimientos por los que se produce la pérdida, se pueden determinar también

diferenciaciones en relación con las reacciones de las personas que sobreviven a esa pérdida, especialmente en el caso del suicidio.

Es decir, el suicidio por pérdida hace referencia a la dramática decisión de eliminar la propia vida al no poder soportar el dolor y el sufrimiento por haber perdido para siempre a un ser querido o cercano. Existen ya abundantes estudios sobre este tema por la complejidad psicológica de este fenómeno y porque constituyen un grupo bastante numeroso dentro de las estadísticas del suicidio en general. La pérdida de un hijo, de los padres, de un hermano, de la pareja o de un amigo, hasta la pérdida de algún ideal abstracto como lo fue en otros tiempos el honor, la patria o la fortuna personal, pueden conducir al suicidio en determinados casos. Pero hay que reconocer que la mayoría de los estudios que se han realizado son sobre la pérdida de la pareja, especialmente en matrimonios de larga duración, por la concreción de los datos y su operatividad estadística.

### LOS PLANTEAMIENTOS CLÁSICOS

Los estudios más tradicionales sobre el suicidio incorporaban ya la posibilidad de la pérdida como un desencadenante, normalmente mediante el análisis de estadísticas sobre viudos y viudas. El propio Durkheim, en su conocido trabajo sobre *El Suicidio*<sup>3</sup>, menciona con frecuencia datos al respecto. Sin embargo, como era de esperar en este autor, las explicaciones del suicidio en la viudez se alejan bastante del sentimiento de pérdida y apuntan más de cerca a factores sociales y de estructura familiar. Así, por ejemplo, afirma que:

*"(...) según se sepa que el sujeto ha sufrido recientemente pérdida de dinero, o ha experimentado desgracias de familia, o es algo aficionado a la bebida, se imputa el suicidio a su embriaguez, a sus dolores domésticos o a sus decepciones económicas. Informaciones tan sospechosas no deben servir como base de la explicación de los suicidios".*

Por el contrario, afirma con claridad que las causas hay que buscarlas en la desorganización de la estructura familiar:

*"He aquí porque pierde todas las ventajas de que gozaba mientras duró el matrimonio. No se trata de que no esté ya casado, sino de que la familia de la que es jefe está desorganizada. No es la desaparición de la esposa, sino la de la madre, la que causa este desarreglo".*

Es en Freud donde los sentimientos ante la pérdida constituyen un origen explicativo de posibles alteraciones patológicas y, en su caso, de conductas suicidas. En su famoso trabajo sobre *Duelo y Melancolía* (1917)<sup>4</sup>, Freud define el problema en los siguientes términos:

*"El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etcétera. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía, en lugar del duelo."*

Freud concibió la función psicológica del sufrimiento ante la pérdida sufrida como un proceso de liberación del individuo de sus vínculos con la persona fallecida, logrando una emancipación progresiva mediante una revisión del pasado y los recuerdos del desaparecido. El proceso se completa normalmente cuando la mayor parte de la energía se aleja del objeto perdido y se transfiere a uno nuevo, salvo cuando se fracasa y surgen las reacciones patológicas.

Un planteamiento más actual, aunque no completamente alejado de Freud, es el realizado por John Bowlby (1980)<sup>5</sup> dentro del marco de teoría del apego. Bowlby concibe los sentimientos ante la pérdida como un tipo de ansiedad ante la separación que, en el caso de muerte, es una separación permanente. Aunque los intentos por restablecer la relación son inadecuados y poco funcionales, se producen con frecuencia hasta que van desapareciendo gradualmente, pasando por una serie de etapas que Bowlby analiza y describe. El ajuste y la superación de la pérdida se producen cuando estos intentos desaparecen definitivamente, salvo en aquellos casos en que se producen alteraciones anormales.

Sin embargo, para las consideraciones del presente escrito, resulta conveniente recordar a otro autor clásico que no se menciona con frecuencia en este contexto de la pérdida. Nos referimos a William James y a sus *Principios de Psicología* (1890)<sup>6</sup> que, en su conocido capítulo X sobre "La conciencia de sí mismo", hace una de las afirmaciones más discutidas y sugerentes de esta obra, cuando dice que "Un hombre tiene tantos «sí mismos» sociales como individuos hay que le reconocen y llevan una imagen suya en su espíritu". De lo que se deduce que cuando desaparece un individuo especialmente significativo para uno mismo, desaparece también una parte significativa de uno mismo, de la conciencia de sí mismo. No parece una deducción inadecuada para la concepción de William James, puesto que específicamente menciona un poco más adelante: "Nuestro padre y nuestra madre, nuestra esposa y nuestros hijos, son huesos de nuestros huesos y carne de nuestra carne. Cuando mueren, desaparece una parte de nuestro mismo self".

En cualquier caso, bajo el punto de vista de estos autores o de muchos otros que hacen referencia a las consecuencias de una pérdida, los datos que se utilizan actualmente manifiestan algunas peculiaridades que es necesario comentar.

## DATOS DEL SUICIDIO POR PÉRDIDA

Existen actualmente gran cantidad de trabajos que aportan resultados empíricos sobre factores que afectan al proceso de pérdida de un ser querido y de las diversas consecuencias que pueden manifestarse, incluidas la salud física y mental y, por supuesto, un resultado de suicidio. Por ejemplo, Stroebe, Schut y Stroebe (2007)<sup>7</sup> publican una magnífica revisión sobre la relación entre la pérdida y la salud física y mental, los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de algunas personas que han sufrido pérdidas, junto con una valoración de la eficacia de los programas de intervención psicológica. En este trabajo se pueden encontrar los principales estudios empíricos sobre el tema, con referencia a las muestras empleadas y principales conclusiones.

Sin embargo, para nuestros propósitos actuales, nos interesa especialmente el trabajo de Ajdacic-Gross *et al.* (2008)<sup>8</sup> en el que analiza el efecto del tiempo sobre el suicidio después de la pérdida de personas viudas. Los datos se basan en las estadísticas de mortalidad en Suiza durante el período 1987-2005, determinando el tiempo entre la pérdida y el suicidio posterior del superviviente viudo y calculando las tasas de suicidio, así como la proporción de mortalidad tipificada (RSE, *Standardized Mortality Ratio*).

Los resultados expuestos en ese trabajo señalan que las tasas de suicidio por año en personas que habían perdido a la pareja fueron más altas durante la primera semana después de la pérdida, 941 hombres y 207 mujeres por 100.000. La proporción de mortalidad tipificada (RSE) fue aproximadamente de 34 y 19 respectivamente, es decir, 34 y 19 veces superior a la esperada. Durante los primeros meses después de la pérdida, descendieron las tasas y proporciones, al principio con rapidez y después gradualmente. Un extracto de los resultados expuestos se representan en la **Tabla 1**.

Como puede observarse, los suicidios en personas que acaban de quedarse viudas es muy superior en hombres que en mujeres, de la misma forma que se observarían diferencias significativas por edad si apareciesen en este extracto. Pero lo que nos interesa destacar aquí es la amplia desproporción de suicidios en la primera semana en comparación con el resto del primer año. En la muestra total, la SMR es de 21,7 en la primera semana, es decir, más de 21 veces superior a la mortalidad esperada. En el primer mes desciende a 4,2 y en el resto del año a 3,5, cifras que sin duda alguna son muy elevadas, pero en ningún caso comparables a lo que ocurre en los primeros días. Al margen de la constatación del hecho, es decir, que el suicidio por pérdida se produce preferentemente en los primeros días, resulta inevitable preguntarse si cifras tan dispares están haciendo referencia a los mismos procesos psicológicos. Haciendo referencia estos datos al mismo resultado, es decir, el suicidio por pérdida de la pareja, es difícil admitir que lo que ocurre aproximadamente en la primera semana es lo mismo que sucede

**Tabla 1.** Tasas de suicidio y proporciones de mortalidad tipificadas (SMR) 1 año, 1 mes y 1 semana después de la pérdida. Suiza 1987-2004. [Adaptado de Ajdacic-Gross et al. (2008)]

Sexo	Personas viudas 1987-2004	Tiempo pérdida	Suicidas emparejados 1987-2005	Tasa suicidio (por 100.000 personas-años)	SMR
Todos	453.200	1ª semana	36	413,1	21,7
		1º mes	30	81,0	4,2
		(sin 1ª semana)	300	72,2	3,5
		1º año			
(sin 1º mes)	366	80,8	4,3		
1º año					
Hombres	127.135	1ª semana	23	940,7	34,4
		1º mes	21	201,1	7,2
		(sin 1ª semana)	180	154,5	5,2
		1º año			
(sin 1º mes)	244	176,2	6,4		
1º año					
Mujeres	326.065	1ª semana	13	207,3	19,4
		1º mes	9	33,8	3,1
		(sin 1ª semana)	120	40,1	3,4
		1º año			
(sin 1º mes)	142	43,5	4,1		
1º año					

en el resto del año. Resulta sugestivo y perfectamente coherente plantearse mecanismos diferentes para el inicio del proceso y para el resto de la evolución a lo largo de los meses.

Los marcos teóricos y los modelos sobre el suicidio no están especialmente adaptados para el suicidio por pérdida, pero mucho menos para diferenciar distintas etapas del mismo fenómeno. Comentaremos brevemente algunos de estos modelos y veremos si alguno de ellos podría acercarse un poco a la explicación de este fenómeno en dos tiempos.

## PRINCIPALES TEORÍAS

Algunos autores opinan<sup>9</sup> que existe cierta penuria a la hora de realizar construcciones teóricas sobre el suicidio, principalmente por la complejidad del fenómeno y por el exceso de datos empíricos actuales que dificultan su reducción a marcos explicativos. Es cierto que, por ejemplo, autores de distintas épocas como Émile Durkheim, Karl Menninger, Jean Baechler, Edwin S. Shneidman o Ronald W. Maris, realizaron planteamientos teóricos sobre el suicidio aportando distintos factores y tipologías que inciden sobre este fenómeno, pero difícilmente se pueden entender como teorías en el sentido actual de marcos explicativos. Por el contrario, Cornette *et al.* (2002)<sup>9</sup> señalan tres modelos vigentes que podrían considerarse como teorías sobre el suicidio, y que comentaremos a continuación para valorar su aplicación en los primeros días del suicidio por pérdida.

La teoría de la desesperanza de Abramson *et al.* (1989)<sup>10</sup> se fundamenta, en términos generales, en la expectativa inevitable por parte de algunos sujetos de que acontecimientos muy deseables no ocurrirán o de que ocurrirán algunos negativos, sin posibilidades de modificar estos resultados, produciéndose así síntomas de depresión por desesperanza. Es decir, acontecimientos negativos, en personas vulnerables por un estilo cognitivo negativo y atribuciones internas estables sobre las características de uno mismo, producen una situación de desesperanza que puede provocar síntomas depresivos o hasta el suicidio<sup>11</sup>. Aunque esta teoría no se ocupa específicamente del suicidio por pérdida, es indudable sin embargo que la desaparición de un ser querido es un acontecimiento negativo, tiene carácter inevitable, puede producir en algunos casos atribuciones internas negativas por la ambivalencia de sentimiento que acompañan al sufrimiento y, por tanto, una situación de desesperanza que tiende a la depresión y, a veces, al suicidio. Sin embargo, resulta más difícil entender cómo estos mecanismos y procesos tienen un carácter tan exagerado en los primeros días para remitir considerablemente en el primer mes y gradualmente a lo largo de un año.

La teoría de la auto-discrepancia de Edward Tory Higgins (1987)<sup>12</sup> relaciona determinadas disonancias o contradicciones en la imagen de uno mismo (*self*) con ciertos sentimientos o afectos de tipo patológico. Diferencia entre el *self real* (cómo soy), el *self ideal* (cómo me gustaría ser) y el *self obligado* o *debido* (cómo debería ser), dando por supuesto una tendencia al equilibrio o consonancia entre los tres. Cuando existen discrepancias entre ellos, se producen sentimientos negativos. En el caso de discrepancias entre el *self real* y el *ideal*, aparecen sentimientos depresivos; mientras que las discrepancias entre el *self real* y el *debido* produce experiencias de ansiedad.

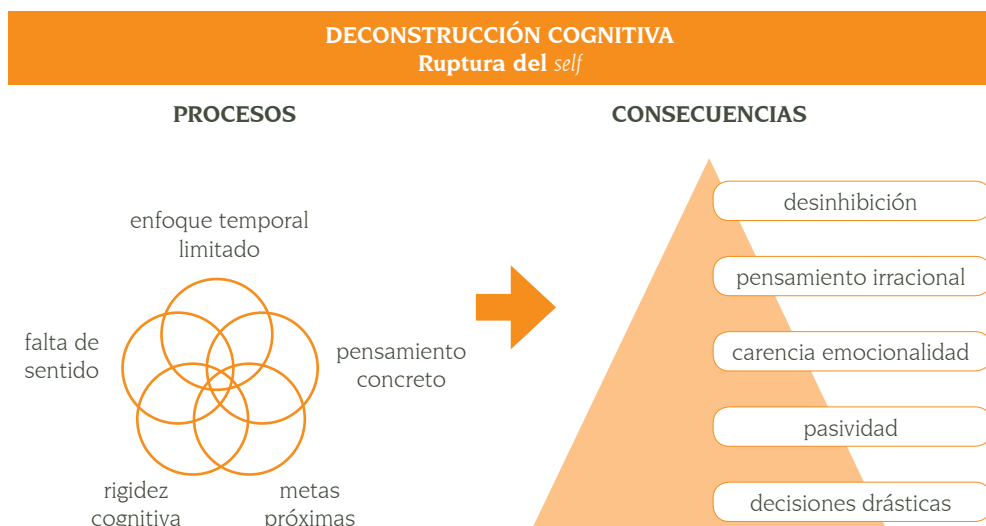
Higgins relaciona estas disonancias o discrepancias con el desarrollo del individuo, puesto que los fracasos infantiles suelen ir acompañados de ausencia de gratificaciones o de consecuencias positivas por parte de su familia o cuidadores, situaciones asociadas tradicionalmente con las experiencias depresivas. Por el contrario, las discrepancias entre el *self real* y el debido se producen en la infancia cuando se saltan o incumplen las normas, produciendo normalmente castigos o sanciones, asociadas casi siempre a experiencias de ansiedad. En definitiva, las discrepancias entre los distintos aspectos del *self* pueden producir emociones negativas, depresión o ansiedad, de mayor o menor intensidad en función de la magnitud de la discrepancia y del recuerdo. Esta cadena de acontecimientos conduce a veces al suicidio, aunque la teoría de Higgins no se formuló específicamente con la finalidad de esta predicción, pero su estructura está asociada con resultados empíricos compatibles. En cualquier caso, resulta complicado relacionar la teoría de Higgins con el suicidio por pérdida y menos todavía con el síndrome de los primeros días. Una teoría fundamentada en el desarrollo personal es poco compatible con la explicación de un fenómeno súbito y aparentemente desproporcionado.

Por último, la teoría de huida del *self* de Roy Baumeister (1990)<sup>13</sup> plantea que acontecimientos negativos, especialmente si son bruscos e intensos, que decepcionan o rebajan la imagen de uno mismo, desencadenan emociones insoportables que conducen a una "deconstrucción cognitiva", una especie de ruptura y rigidez del normal funcionamiento cognitivo, una huida de sí mismo, que puede terminar en suicidio o en otras conductas desinhibidas. Baumeister llega a decir que el suicidio sucede cuando la vida se ha portado bien con alguien y, de pronto, se vuelve desgraciada y lamentable. En este sentido, la huida del *self* es una teoría que encaja perfectamente en el suicidio por pérdida y, además, podría explicar el fenómeno de los primeros días puesto que su núcleo central, la deconstrucción cognitiva, es una situación de breve duración que se repara parcialmente en poco tiempo y, en situaciones normales, desaparece por completo en un período prudencial. En este sentido, merece la pena dedicar un breve espacio para describir con más detalle los mecanismos centrales de esa huida del *self*.

### PÉRDIDA DE IDENTIDAD Y DECONSTRUCCIÓN COGNITIVA

En la teoría del suicidio como huida del *self* de Baumeister (1990)<sup>13</sup>, la deconstrucción cognitiva o ruptura del funcionamiento normal del *self* es el resultado de un suceso brusco y negativo que produce rechazo y aversión hacia uno mismo, así como una serie de emociones negativas. Esta deconstrucción, ruptura o estrechamiento mental, como a veces se la denomina, está compuesta de una serie de procesos o dimensiones que, a su vez, tienen una serie de consecuencias en el comportamiento. La **Figura 1** intenta resumir la totalidad del fenómeno.

En esa situación de ruptura, el sujeto tiene un enfoque temporal limitado que le impide tener una atención más amplia hacia el pasado o el futuro, una especie de visión presentista que le impide abarcar más allá del entorno inmediato. También aparece un pensamiento concreto sobre los objetos o situaciones que le rodean, sin posibilidades de abstraer o generalizar. Incapacidad para establecer objetivos a medio o largo plazo,



**Figura 1.** *Deconstrucción cognitiva.* Baumeister, 1990

concibiendo solo la posibilidad de metas próximas. Falta de flexibilidad y adaptación a las circunstancias, rigidez cognitiva. Y una de falta de sentido o de significado para los objetos, personas o situaciones que normalmente tienen importancia para el sujeto.

Estos procesos anómalos en el funcionamiento cognitivo tienen una serie de consecuencias en el comportamiento. En primer lugar, una desinhibición para realizar actos o conductas que normalmente serían rechazables si tuvieran significado para el sujeto. Pensamientos irracionales, fantasía, ideas inadmisibles en condiciones usuales pero que ahora aparecen al carecer de barreras y significados compartidos. Una carencia de emocionalidad por falta de sentido y desinhibición, pasividad para evitar decisiones y responsabilidades, así como tendencia a tomar decisiones drásticas, exageradas y definitivas, por falta de flexibilidad y visión a largo plazo.

Es evidente que un estado de regresión o ruptura semejante facilita los comportamientos suicidas y parece especialmente útil en las situaciones de suicidio por pérdida, un suceso brusco e inevitable que altera súbitamente la vida de una persona. Por otro lado, un estado tal de ruptura cognitiva no puede mantenerse durante mucho tiempo, solo puede mantenerse durante horas o como mucho días, lo que explicaría también el aumento de este tipo de suicidio en la primera semana del suceso, reparándose parcialmente el funcionamiento cognitivo poco tiempo después y casi totalmente en pocas semanas.

Al mismo tiempo, si recordamos las ideas de William James que mencionamos al comienzo de este escrito, cuando afirmaba que "*nuestro padre y nuestra madre, nuestra esposa y nuestros hijos, son huesos de nuestros huesos y carne de nuestra carne. Cuando mueren, desaparece una parte de nuestro mismo self*", podríamos reinterpretar a Baumeister, para el caso específico del suicidio por pérdida, suponiendo que la deconstrucción cognitiva que facilita el



suicidio en los primeros días es consecuencia de una pérdida de identidad, una extraña sensación de no reconocernos a nosotros mismos porque acaba de desaparecer parte de nosotros. Esta dificultad de reconocimiento de sí mismo no es una simple metáfora psicológica, sino que constituye una auténtica variable experimental en la investigación de la conciencia de sí mismo y, últimamente, un campo de trabajo incipiente dentro de las neurociencias, como comentaremos brevemente continuación.

### APORTACIONES DE LA NEUROCIENCIA SOCIAL COGNITIVA

Si bien es cierto que existe un optimismo exagerado sobre las aportaciones actuales de las llamadas neurociencias, así como cierto sensacionalismo en la divulgación de supuestos "descubrimientos" de su campo (localización de memorias específicas, detección por neuroimagen de la verdad y la mentira o emplazamiento funcional del pensamiento conservador o progresista, por poner algunos ejemplos), también es cierto que se están realizando algunos avances en la investigación psicológica utilizando las neurociencias como contexto interpretativo o hasta como origen de variables experimentales. En concreto, la neurociencia social cognitiva<sup>14</sup> utiliza los instrumentos de la neurociencia para estudiar los mecanismos mentales que crean, conforman, regulan y responden a nuestra experiencia con el mundo social.

Entre otros campos de exploración en la neuroanatomía funcional, los procesos del *self*, es decir, de la conciencia de uno mismo, ocupan un lugar cada día más sugerente. La exploración del reconocimiento de uno mismo se basa, en términos generales, en pruebas donde se altera la imagen del sujeto, ya sea en el espejo o en imágenes y fotografías, para comprobar sus reacciones ante esas distorsiones. Suguira *et al.* (2000)<sup>15</sup>, por ejemplo, compararon las respuestas activas y pasivas con imágenes de uno mismo y de otros, observando actividad en el lóbulo parietal inferior (IPL) derecho, mientras que aparecía actividad en el cortex prefrontal (PFC) ventrolateral cuando los sujetos estaban identificando explícitamente sus propias caras. Por otro lado, Uddin *et al.* (2006)<sup>16</sup> aplicaron estimulación magnética transcraneal (TMS) en el lóbulo parietal inferior derecho y detectaron una reducción en la sensibilidad de los sujetos a las distinciones entre uno mismo y los demás. Por tanto, la actividad del IPL derecho parece estar relacionada con el procesamiento visual de nivel inferior del *self*, mientras que la actividad del PFC ventrolateral podría estar más involucrada en el reconocimiento intencional del *self*.

En cualquier caso, los correlatos neuronales del reconocimiento de uno mismo y hasta la producción de alteraciones es ese reconocimiento mediante TMS, aportan cierta consistencia al fenómeno psicológico de pérdida de reconocimiento de uno mismo y también abren un campo de estudio de las reacciones del sujeto ante la manipulación experimental de ese reconocimiento. En ese sentido, la deconstrucción o ruptura cognitiva de Baumeister tendría un futuro prometedor en la neurociencia social cognitiva y, en consecuencia, una aplicación interesante en la intervención sobre las altas tasas de suicidio en los primeros días del suicidio por pérdida.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El suicidio por pérdida es un fenómeno de larga tradición dentro del variado y complejo campo del suicidio. La pérdida de un ser querido o de cualquier otro aspecto espacialmente significativo para el sujeto produce sufrimiento y alteraciones del comportamiento, que se superan en condiciones normales pero que también pueden desembocar en comportamientos anómalos, entre otros, en el suicidio.

Las estadísticas sobre el suicidio por pérdida revelan, en términos generales, un aumento espectacular de ese comportamiento en los primeros días, para disminuir de forma drástica poco después, aunque las tasas tardan meses en normalizarse por completo. Eso sugiere procesos psicológicos específicos que inciden en la persona durante los primeros momentos. Dentro de las teorías psicológicas actuales sobre el suicidio, la teoría de huida del *self* de Baumeister se adapta bien a este fenómeno, específicamente su núcleo conceptual referente a la deconstrucción cognitiva, que en este campo concreto habría que interpretar como el resultado de una falta de reconocimiento de sí mismo, en el sentido de William James, y no tanto como una huida. La neurociencia social cognitiva está empezando a suministrar datos que podrían convertirse en una fuente de experimentación y de confirmación de los mecanismos mencionados.

En resumen, se podría decir que el suicidio por pérdida es el resultado de un suceso brusco y dramático que se produce principalmente en los primeros días, desencadenando una serie de procesos similares a la deconstrucción cognitiva, donde el factor básico sería una ruptura radical del reconocimiento de sí mismo, una ruptura que tiene correlatos en los estudios de la neurociencia social cognitiva. De este planteamiento se derivan una serie de consecuencias, no solamente para los marcos teóricos y de investigación, sino también, y muy especialmente, para las tareas de intervención y prevención: la actuación sobre las personas que sufren una pérdida significativa debe realizarse principalmente en los primeros momentos y tiene que orientarse hacia una reparación del *self*, ya sea estableciendo nuevos lazos relacionales o actuando sobre su memoria para reconstruir una identidad gravemente dañada. De todas formas, se necesita más investigación siguiendo esta línea interpretativa, así como más datos de campo y de laboratorio para completar estas ideas y avanzar en esta dirección.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- van der Wal, J. (1989–1990): "The aftermath of suicide: A review of empirical evidence". *Omega*, 20, 149–171.
- 2- Jordan, J. R. "Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature". *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001 31(1).
- 3- Durkheim, E. (1897): *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire, 1965.
- 4- Freud, S. "Duelo y melancolía". 1917. En: *Obras Completas, Tomo XIV*. 1º Ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- 5- Bowlby, J. *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Londres: Hogarth, 1980.
- 6- James, W. (1890). *Principios de Psicología*. Madrid: Jorro, 1909.
- 7- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. "Health outcomes of bereavement". *Lancet* 2007, Vol. 370, December 8.
- 8- Ajdacic-Gross, V. et al. "Suicide after bereavement: an overlooked problem". *Psychological Medicine* 2008, 38, 673–676.
- 9- Cornette et al. "Toward an integrated theory of suicidal behaviors: merging the hopelessness, self-discrepancy, and escape theories". En: Joiner y Rudd, *Suicide Science. Expanding the Boundaries*. New York: Kluwer Academic Publishers. 2002.
- 10- Abramson, L.Y. et al. "Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression". *Psychological Review* 1989. 96 (2), 358-372.
- 11- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M., Whitehouse, W.G., Cornette, M., Akhavan, S. y Chiara, A. "Suicidality and cognitive vulnerability to depression among col-lege students: a prospective study". *Journal of Adolescence* 1998, 21,473-487.
- 12- Higgins, E.T. "Self-discrepancy: A theory relating self and affect". *Psychological Review* 1987, 94, 319-340.
- 13- Baumeister, R.F. "Suicide as escape from self". *Psychological Review* 1990, 97 (1), 90-113.
- 14- Lieberman, M.D. "Social Cognitive Neuroscience". En: S.T. Fiske, D.T. Gilbert y G. Lindzey, *Handbook of Social Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 2010.
- 15- Sugiura, M., Kawashima, R., Nakamura, K., Okada, K., Kato, T., Nakamura, A., et al. "Passive and active recognition of one's own face". *NeuroImage* 2000, 11 , 36–48.
- 16- Uddin, L. Q., Molnar- Szakacs, I., Zaidel, E., & Iacoboni, M. "RTMS to the right IPL disrupts self-other discrimination". *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2006, 1 , 65–71.

# Conclusiones derivadas de la discusión general y de las ponencias



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

## CONCEPCIÓN JURÍDICA DEL SUICIDIO

Entendemos por suicidio causar la propia muerte con conciencia de lo que se hace y en plena libertad.

El suicidio es ajeno al Código Penal, salvo que se considerara que alguien incitó y condicionó por instigación ese suicidio, en cuyo caso se castiga a la segunda persona.

Aunque exista muerte autoinflingida, no hay suicidio cuando el sujeto tiene limitadas sus funciones mentales para tomar una decisión en libertad.

Ante el suicidio, el médico tiene obligaciones derivadas del "máximo esfuerzo"; esto es, la correcta aplicación de las técnicas consensuadas del diagnóstico de intención suicida y la prevención del mismo con medidas correctas de control personal y tratamientos eficaces en cada caso concreto (*Lex Artis ad hoc*).

## DATOS RELATIVOS A PREVALENCIA DEL SUICIDIO

En Europa, en el año 2000, el suicidio fue la causa de 58.000 muertes prematuras. De estos fallecimientos, la autopsia psicológica ofrece cifras en torno al 90% de asociación con Trastornos Mentales.

El riesgo de muertes por suicidio en la esquizofrenia es del 5 al 10%. En población general el riesgo de suicidio frente a trastornos cardiovasculares es de 1:10, sin embargo, en enfermos esquizofrénicos la proporción es de 35:1.

En España en 2009 el suicidio supuso el 3.5 % de la mortalidad en sujetos con edad comprendida entre 10 y 14 años, y el 7.6 % para lo que tenían entre 15 y 19 años. Las tasas de prevalencia en estos intervalos de edad son difíciles de precisar por las diferentes técnicas empleadas para la recogida de datos. No obstante se estima que entre el 1.3 – 3.8 % de adolescentes varones y entre 1.5 – 10.1 % de adolescentes mujeres, han realizado algún intento de suicidio. La prevalencia de la ideación suicida, que incluye desde pensamientos no estructurados hasta la máxima planificación de la idea, se estima que oscila entre 15 – 25 %.

Las tasas de suicidio en España no hacen más que aumentar por encima de los 65 años. La tasa de prevalencia en varones entre 70 y 74 años es de 20/100.000 habitantes, duplicándose de los 85 a 90 años y continúa creciendo hasta los 95 años. Estas cifras son significativamente menores en las mujeres a cualquier edad.

### FACTORES DE PROTECCIÓN FRENTE AL SUICIDIO

Los factores de protección frente al suicidio señalados por la mayoría de los autores son:

- La cohesión familiar
- El locus de control interno
- Las creencias trascendentales
- Los sistemas de apoyo y recurso cercanos

Sería esperable una reducción general de la tasa de suicidios del orden del 20%, siempre que los enfermos fuesen correctamente diagnosticados y correspondientemente tratados.

### SUICIDIO POR PÉRDIDA

El suicidio por pérdida es un fenómeno de larga tradición dentro del variado y complejo campo del suicidio.

El suicidio por pérdida hace referencia a la dramática decisión de eliminar la propia vida al no poder soportar el dolor y sufrimiento por haber perdido para siempre a un ser querido o cercano.

*“Un hombre tiene tantos «sí mismos» sociales como individuos hay que le reconocen y llevan una imagen suya en su espíritu”* (W. James). De lo que se deduce que cuando desaparece un individuo especialmente significativo para uno mismo, desaparece también una parte significativa de uno mismo, de la conciencia de sí mismo.

Las tasas de suicidio por año en personas que habían perdido a la pareja (Suiza, años 1987-2005) fueron más altas durante la primera semana después de la pérdida, 941 hombres y 207 mujeres por 100.000. La proporción de mortalidad tipificada (RSE) fue aproximadamente de 34 y 19 respectivamente, es decir, 34 y 19 veces superior a la esperada. Durante los primeros meses después de la pérdida, descendieron las tasas y proporciones, al principio con rapidez y después gradualmente.

En la teoría del suicidio como huida del *self* de Baumeister (1990), la deconstrucción cognitiva o ruptura del funcionamiento normal del *self* es el resultado de un suceso brusco y negativo que produce rechazo y aversión hacia uno mismo, así como una serie de emociones negativas. En esa situación de ruptura, el sujeto tiene un enfoque temporal limitado que le impide tener una atención más amplia hacia el pasado o el futuro, una especie de visión presentista que le impide abarcar más allá del entorno inmediato. También aparece un pensamiento concreto sobre los objetos o situaciones que le rodean, sin posibilidad de abstraer o generalizar, incapacidad para establecer objetivos a medio o largo plazo, concibiendo solo la posibilidad de metas próximas, falta de flexibilidad y adaptación a las circunstancias, rigidez cognitiva y una falta de sentido o de significado para los objetos, personas o situaciones que normalmente tienen importancia para el sujeto.

Estos procesos, anómalos en el funcionamiento cognitivo, tienen una serie de consecuencias en el comportamiento. En primer lugar, una desinhibición para realizar actos o conductas que normalmente serían rechazables si tuvieran significado para el sujeto.

Pensamientos irracionales, fantasía, ideas inadmisibles en condiciones usuales pero que ahora aparecen, al carecer de barreras y significados compartidos. Una carencia de emocionalidad por falta de sentido y desinhibición, pasividad para evitar decisiones y responsabilidades, así como tendencia a tomar decisiones drásticas, exageradas y definitivas, por falta de flexibilidad y visión a largo plazo.

Es evidente que un estado de regresión o ruptura semejante facilita los comportamientos suicidas y parece especialmente útil en las situaciones de suicidio por pérdida, un suceso brusco e inevitable que altera súbitamente la vida de una persona.

Las estadísticas sobre el suicidio por pérdida revelan, en términos generales, un aumento espectacular de ese comportamiento en los primeros días, para disminuir de forma drástica poco después, aunque las tasas tardan meses en normalizarse por completo.

### FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN POBLACIÓN GENERAL Y EN ENFERMEDADES MENTALES

En la población general los factores de riesgo más consistentes son:

- Varones
- Presencia de enfermedad mental
- Intento de suicidio previo
- Edad avanzada y juventud
- Enfermedades incurables
- Soledad y escaso apoyo social
- Pérdidas personales recientes

Dentro de los factores de riesgo en la población infanto-juvenil debemos destacar que:

- La influencia del alcohol en las conductas suicidas es múltiple, ya que puede inducir a la depresión si el abuso es prolongado. Pero también en el caso de las intoxicaciones agudas en adolescentes vulnerables el riesgo suicida aumenta por el incremento de la impulsividad y la limitación de funciones cognitivas.
- Entre el 26 y el 33 % de los niños y adolescentes que se suicidan tienen antecedentes de intentos suicidas. Un intento de suicidio previo incrementa en más de tres veces el riesgo de un nuevo intento. Las tasas de suicidio consumado entre los que han realizado un intento es del 0.1 – 1.0 %, siendo considerablemente superior a la de la población general.
- Los rasgos de personalidad y estilos cognitivos asociados a un mayor riesgo de conducta suicida son: perfeccionismo, autocrítica, neuroticismo, impulsividad, locus de control externo, dependencia interpersonal, rigidez cognitiva y déficit en habilidades para resolver problemas.
- Los acontecimientos vitales adversos (familia desestructurada, fallecimientos, abusos sexuales o físicos, problemas académicos etc.) no suelen ser la única causa de

suicidio, pero sí pueden comportarse como factores precipitantes en menores vulnerables por su estado psicopatológico.

Los factores de riesgo de mayor relevancia en las personas mayores de 65 años son la depresión (en un sentido más amplio que el limitado a la Depresión Mayor) y su tratamiento eficaz.

En población con Trastornos Mentales, a los factores de carácter general hemos de añadir que:

- El 90% de los sujetos que mueren por suicidio presentan un Trastorno Mental en el momento suicida
- Entre el 30-50% de los suicidas tienen antecedentes previos de intentos suicida y éstos son más frecuentes en mujeres
- Cualquier trastorno psiquiátrico aumenta treinta y cinco veces el riesgo suicida.
- Los diagnósticos más proclives a riesgo suicida son: trastornos afectivos, alcohol u otras sustancias, trastornos de personalidad, trastornos neuróticos y esquizofrenia.
- El predictor más firme de la conducta suicida futura es la historia de intentos de suicidio.

El tratamiento psiquiátrico previo o diagnósticos como la depresión mayor, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol, la esquizofrenia, y los trastornos de personalidad también aumentan el riesgo de suicidio. Asimismo, hay evidencias que demuestran el valor predictivo de diversas variables sociodemográficas como: el género, siendo los hombres los que presentan, en la mayoría de los países, mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres presentan mayores tasas de tentativas; la edad, presentando un mayor riesgo las personas de edad avanzada; la convivencia, como el hecho de no vivir con un familiar cercano o vivir solo. La falta de apoyo social también aparece con frecuencia en la literatura sobre riesgo de suicidio. Otros factores de riesgo incluyen la ideación suicida, la planificación suicida, y entre los pacientes que han cometido un intento recientemente, la reacción frente a dicho intento. La gravedad del intento es también un factor de riesgo para la repetición del intento, así como tener problemas de salud física, y la evitación de ser descubierto en el momento del intento.

### EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Consiste en la exploración de la ideación suicida por ser un excelente indicador del nivel de riesgo de suicidio con el que nos enfrentamos. Además es un elemento de prevención a través de las intervenciones psiquiátricas que propicia:

- Intervenciones asistenciales rápidas
- Alianzas terapéuticas
- Medidas con la familia (control)

Los factores a evaluar en el riesgo de suicidio pueden esquematizarse de la siguiente forma: importancia del grado de ideación en cuanto a detalles y/o planificación; evaluación del grado de desesperanza y posible existencia de acontecimientos desencadenantes; exploración del grado de apoyo social e información sobre intentos previos.

La evaluación de un intento de suicidio en niños y adolescentes debe centrarse específicamente en el análisis de: letalidad del método usado; grado de planificación; impulsividad; accesibilidad a métodos; motivación; intencionalidad y arrepentimiento posterior.

No existe un instrumento único de evaluación, ya que diferentes escalas evalúan diferentes aspectos y dimensiones del comportamiento suicida. Se recomienda utilizar aquellas que se aproximen más a las necesidades del clínico en función

### FACTORES DE RIESGO DE REPETICIÓN DE INTENTOS AUTOLÍTCOS

Entre los factores que aumentan el riesgo de repetición de intentos autolíticos habría que destacar: los Trastornos de Personalidad; el abuso de sustancias; la situación de desempleo; la existencia de antecedentes penales y/o historial de violencia impulsiva; poco apoyo social; enfermedad física grave, crónica, invalidante o dolorosa; la constatación de intentos de suicidio anteriores con métodos violentos; la existencia de "notas de despedida" y si existe historia familiar de suicidios.

### CONDUCTA SUICIDA Y TRASTORNOS MENTALES

#### SUICIDIO Y ESQUIZOFRENIA

Se estima que el 50% de pacientes con esquizofrenia tienen ideación suicida y en un 30% de los mismos se producen tentativas de suicidio. El porcentaje de muerte por suicidio en la esquizofrenia se sitúa en la actualidad alrededor del 5%. Resulta, pues, el suicidio uno de los mayores problemas en el curso de esta enfermedad.

Los enfermos con diagnóstico de esquizofrenia comparten algunos factores de riesgo detectados en la población general, pero existen factores específicos que pueden ser predictores de riesgo suicida en la esquizofrenia, como son: síntomas depresivos; historia previa de tentativas autolíticas serias; abuso de tóxicos; ser hombre y joven (menor de treinta años); pobre adherencia al tratamiento y escasa respuesta al mismo; elevada impulsividad; frecuentes exacerbaciones y remisiones en el curso de la enfermedad; relativa ausencia de sintomatología psicótica florida y los tres siguientes meses a un ingreso hospitalario.

#### SUICIDIO Y TRASTORNO BIPOLAR

La tasa de intentos de suicidio en pacientes con Trastorno Bipolar (TB) se sitúa entre el 15 y el 20 % de los mismos.

El riesgo suicida resulta especialmente elevado en los primeros años de aparición del trastorno; en el periodo de tiempo posterior a una hospitalización; a lo largo de las fases depresivas y mixtas; cuando existe comorbilidad con consumo de alcohol; historia personal de intentos de suicidio anteriores; cuando el TB debuta en edades tempranas de la vida y si el enfermo se encuentra al comienzo o al final de un episodio.



Entre los elementos que deben analizarse para determinar el grado de vulnerabilidad suicida se encuentran la historia personal y familiar de conductas suicidas; presencia de impulsividad agresiva; marcado pesimismo e historia de abusos en la infancia.

Con independencia de estos factores generales de vulnerabilidad, en el TB, serán determinadas comorbilidades (como uso-abuso de sustancias, ansiedad y enfermedades somáticas), junto con la concurrencia de acontecimientos vitales estresantes, las circunstancias más influyentes en la determinación del grado de vulnerabilidad suicida.

En relación con la controversia existente respecto de la prescripción de medicación psicotrópica en el tratamiento del TB y su posible uso por el enfermo como medio para realizar un intento de suicidio, debemos precisar que:

- en la actualidad existe el suficiente consenso para afirmar que ante la presencia de un diagnóstico confirmado de TB, éste resulta un argumento suficiente para justificar el empleo de medicación antipsicótica, antidepresiva y ansiolítica, puesto que los beneficios a obtener superan el riesgo de un posible uso indebido de la medicación, como ya ha sido demostrado por el poco riesgo de viraje a fase maníaca con los nuevos antidepresivos. Es más, el incumplimiento terapéutico o la ausencia de tratamiento conlleva directamente un incremento del riesgo suicida.
- los estabilizadores del ánimo, en concreto, las sales de litio se asocian con una disminución significativa de la tasa de suicidios en el TB.

Es aconsejable la monitorización a largo plazo en pacientes con TB que presenten un elevado riesgo suicida.

- el uso combinado de antipsicóticos y estabilizadores, resulta más eficaz, en términos generales, que la monoterapia con estabilizadores, sobre todo en episodio agudos maníacos, hipomaníacos y mixtos.

El modelo de optimización de la prevención de las conductas suicidas en el TB, debe basarse en la permanente y progresiva evaluación de la presencia de ansiedad, impulsividad, abuso de sustancias y efectos del tratamiento en el curso de la enfermedad. De igual forma la evaluación preventiva debe aplicarse a los factores de vulnerabilidad especialmente ligados al TB.

### SUICIDIO Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Hasta un 40% de los suicidas reúnen criterios para el diagnóstico de un Trastorno de la Personalidad. Entre los Trastornos de la Personalidad la frecuencia de suicidios y parasuicidios es mayor en el límite, el ansioso-evitativo y el paranoide, dándose la menor frecuencia en el narcisista.

El suicidio en los Trastornos de la Personalidad se asocia con el sexo masculino, aunque son las mujeres jóvenes las que tienen un mayor riesgo de repetición en las conductas suicidas. El sexo no influye en la severidad del Trastorno de la Personalidad y la gravedad del intento suicida.

Las acciones preventivas frente al suicidio en los Trastornos de la Personalidad deben desarrollarse teniendo presente los siguientes factores:

- deberá valorarse y ser documentado el riesgo de suicidio a lo largo de todo el proceso asistencial.
- prestar atención a la posible presencia del patrón comórbido: alcohol (abuso o dependencia) – depresión – Trastorno de la Personalidad (particularmente los del cluster B con una alta impulsividad). La asociación de trastornos aumenta de manera lineal la probabilidad de intentos de suicidio.
- asegurar la continuidad del cuidado del enfermo tras el alta, ya que el riesgo suicida es mayor en la primera semana.
- buscar un equilibrio, siempre difícil, entre la seguridad del enfermo, su autonomía personal y el peligro de estigmatización social.

### SUICIDIO Y ADICCIONES

Al plantear el estudio de los vínculos existentes entre las adicciones y el suicidio, encontramos algunas limitaciones metodológicas que pueden influir en los resultados de las investigaciones como que el suicidio deberá de ser determinado mediante análisis toxicológico *postmortem*; la dificultad para delimitar entre el consumo, el abuso y la dependencia y, por último, las dificultades en concretar si un caso de sobredosis, es o no un suicidio encubierto.

Entre los trastornos psiquiátricos del Eje I que con mayor frecuencia se vinculan con el suicidio están los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso). No obstante, la preocupación por el suicidio ha ocupado siempre un segundo lugar en el ámbito de las toxicomanías, al no ser valorado como debiera, en función de su alta prevalencia y del elevado coste familiar y social que comporta.

En lo que se refiere al **trastorno por consumo de alcohol y suicidio**, debemos destacar lo siguiente:

- El cambio en el estereotipo sobre el alcoholismo se evidencia al haberse limitado las diferencias históricas y universales entre hombres y mujeres en el consumo, abuso y dependencia del alcohol. La evolución y cambio en los estilos de vida de las mujeres de nuestro tiempo, han modificado sensiblemente la realidad social y cultural al suavizar las diferencias entre los sexos respecto de una posible adicción al alcohol.
- El consumo agudo de alcohol aumenta: la impulsividad/agresividad, el distrés psicológico, las conductas suicidas no planeadas, el riesgo de usar medios más letales y la restricción cognitiva.
- El efecto agudo del alcohol (abuso de alcohol) y los efectos crónicos del consumo están implicados por igual en la conducta suicida.
- El factor predisponente más importante para el suicidio en alcohólicos es la impulsividad. Y los factores precipitantes son: determinados estresores vitales (escasa red social y problemas de pareja o personales) y la depresión. Concretamente el diagnóstico de un trastorno depresivo independiente del consumo de alcohol, implica mayores tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados.

- La valoración del riesgo suicida ha de hacerse teniendo en cuenta que las personas con dependencia de alcohol pueden presentar ideación suicida en los periodos de recaída, de incremento de consumo y en abstinencia reciente, en la detección de sintomatología depresiva, en posibles cambios ambientales recientes, tanto a nivel psicosocial como en relación a pérdidas interpersonales y, en el caso de los adolescentes, entre el 21 y el 43% de los suicidios iban precedidos de consumo agudo, abuso o dependencia de alcohol. El riesgo de intento de suicidio se incrementa si el consumo se inicia antes de los trece años.

Respecto del **trastorno por consumo de cocaína y suicidio**:

- se comprueba que los factores de riesgo suicida son muy similares a los descritos para el alcohol, existiendo un riesgo mayor para mujeres jóvenes y cuando existe comorbilidad con otros tóxicos.

En relación al **trastorno por consumo de opiáceos y suicidio**:

- lo más relevante es que tanto el suicidio (causa de fallecimiento trece veces superior entre consumidores de opiáceos que en la población general) como los intentos de suicidio, tienen una más alta incidencia. Las sobredosis de heroína, además de ser frecuentes y ser una de las causas más importantes de muerte prematura, son en su mayoría accidentales, aunque se estima que hasta un 10% de los casos de sobredosis pueden tener finalidad suicida. Las cifras de suicidios en sujetos con dependencia a opiáceos han ido disminuyendo debido, en parte, a las menores tasas de consumo de estos tóxicos.

Estudios recientes demuestran que **no existe asociación destacable** entre el **consumo de cannabis y la conducta suicida**.