



**ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**

Intervenciones terapéuticas del
riesgo suicida

vol.

7

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner



**ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**

Intervenciones terapéuticas del
riesgo suicida

vol.

7

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner

Título: **INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DEL RIESGO SUICIDA
(Encuentros en Psiquiatría)**

© Copyright Contenidos 2017: Los autores

© Copyright Edición 2017: Adamed

ISBN: 978-84-16813-26-1

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

Avda. Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

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

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

ÍNDICE DE AUTORES

EDITORES:

José Giner Ubago

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Lucas Giner Jiménez

Profesor Contratado Doctor. Universidad de Sevilla

Susana Al-Halabí Díaz

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

Enrique Baca García

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

Itziar Baltasar Tello

*Psiquiatra. Fellow de la Fundación Alicia Koplowitz.
Servicio de Psiquiatría. IIS Fundación Jiménez Díaz*

Julia Basteiro Monge

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

Julio Bobes García

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

Cecília Borràs

*Presidenta-fundadora de la Asociación:
"Después del suicidio – Asociación de Supervivientes
(DSAS)"*

Patricia Burón Fernández

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

Adoración Castro

*Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut
(IUNICS/IDISPA) Rediapp. Hospital Juan March.
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca*

Jorge A. Cervilla Ballesteros

*Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Granada
Director de Salud Mental, Complejo Hospitalario Universi-
tario de Granada*

Juan José Carballo

*Jefe Asociado. Servicio de Psiquiatría.
IIS Fundación Jiménez Díaz*

Philippe Courtet

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

Diego de la Vega

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Leticia García-Álvarez

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

M^a Paz García-Portilla

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

Margarita Gili

*Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut
(IUNICS/IDISPA) Rediapp. Hospital Juan March.
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca*

Lucas Giner Jiménez

Universidad de Sevilla

Ana González-Pinto

*Hospital Universitario de Alava, sede Santiago. EHU/UPV.
CIBERSAM*

Índice de autores

Luis Gutiérrez-Rojas

Grupo de investigación en Psiquiatría y Neurociencias (CTS-549), Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada. Complejo Hospitalario Granada, Servicio Andaluz de Salud, Granada.

María Irigoyen Otiñano

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Santa María de Lleida. Fonaments Biològics dels Trastorns Mentals del Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

Rafael Lillo Roldán

Profesor Titular de Psiquiatría
Universidad de Córdoba

Jorge López-Castroman

CHRU Nîmes, Francia

Alicia Martínez Hortelano

Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

José María Martínez-Ortega

Grupo de investigación en Psiquiatría y Neurociencias (CTS-549), Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada.

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Córdoba

María José Moreno Díaz

Profesor Titular de Psiquiatría
Universidad de Córdoba

María Mur Laín

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Santa María de Lleida. Fonaments Biològics dels Trastorns Mentals del Institut de Recerca Biomèdica de Lleida
Universitat de Lleida

Nuria Nuñez.

Hospital Universitario de Alava, sede Santiago.

Diego J. Palao Vidal

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

Maria Ángeles Pérez Ara

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDISPA)
Rediapp. Hospital Juan March.
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

María José Portella Servicio de Psiquiatría

Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. CIBERSAM. Barcelona.

Núria Prades Salvador

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Santa María de Lleida

Margarita Puigdevall Ruestes

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Santa María de Lleida

Miquel Roca

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDISPA)
Rediapp. Hospital Juan March.
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

Julia Rodríguez-Revuelta

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

Pilar Alejandra Sáiz Martínez

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

Sara Salort Seguí

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Santa María de Lleida

María Constanza Vera Varela

MIR Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. IIS Fundación Jiménez Díaz.

Margalida Vives

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDISPA)
Rediapp. Hospital Juan March.
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

Marta Zubía

Hospital Universitario de Alava, sede Santi

"El motivo del suicidio es la vida misma"

Kardeus, 1934

El libro que tienen en sus manos corresponde a los Encuentros en Psiquiatría celebrados en Sevilla en el año de 2016.

Con un espíritu metodológico ecléctico nacen en 2009 los Encuentros en Psiquiatría que se vienen celebrando anualmente en la ciudad de Sevilla, cuyo tema central: La **conducta suicida** es observada y discutida 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, son 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.

El suicidio, tema recurrente en la historia, la filosofía, la literatura, el arte, etc. 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, etc. 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). Hasta el siglo XVIII no se produce la medicalización del suicidio, motivo por el que ahora y aquí nosotros podemos ocuparnos de discutir sobre él. Con la denominada por Berrios (2011) «perspectiva estándar» de Esquirol se introduce la interpretación psiquiátrica del suicidio. «El suicidio muestra todas las características de la alienación mental de las cuales no es más que un síntoma» (Esquirol, 1838). Con esta afirmación el suicidio entraba dentro de los márgenes de la psiquiatría y se convertía en un signo de locura, hasta el punto de afirmar que durante el acto suicida había que situarse en un estado de «agitación emocional pasajera» que explicaría un acto tan desmesurado; aunque la decisión de aquel fuese en un estado

Prólogo

de libertad suprema. En 1880 la tesis psiquiátrica pura sería avasallada por una etiología muy amplia de los actos suicidas, incluido el suicidio libre, influenciados en su concepción por las tesis genéticas sociales de la suicidalidad que culminarían con los escritos de Durhkeim de 1897.

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

Así lo hemos entendido en Encuentros en Psiquiatría a la hora de enfrentarnos a la comprensión y explicación del fenómeno suicida. No hemos despreciado ni alzaprimado ninguna teoría ni ningún resultado observacional que ayude al entendimiento del problema suicida.

Nuestro interés es médico y por ello nuestro afán se han de centrar en la búsqueda de terapias y de prevención.

Estos fueron los objetivos fundamentales de las jornadas de este año.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

Editores

SUMARIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| I. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA | 11 |
| 1. TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO SUICIDA EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES | 13 |
| <i>Luis Gutiérrez-Rojas, Alicia Martínez Hortelano, José María Martínez-Ortega</i> | |
| 2. FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL | 27 |
| <i>M^a Constanza Vera Varela, Itziar Baltasar Tello, Juan José Carballo</i> | |
| 3. SUICIDIO Y CRISIS ECONÓMICA | 35 |
| <i>Miquel Roca, Margalida Vives, Adoración Castro, M^a Ángeles Pérez Ara, Margarita Gili</i> | |
| II. PARANOIA Y CONDUCTA SUICIDA | 43 |
| 4. PARANOIA Y RIESGO SUICIDA: ¿DOS DIMENSIONES SINTOMÁTICAS RELACIONADAS? | 45 |
| <i>Jorge A. Cervilla Ballesteros</i> | |
| III. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA | 55 |
| 5. ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO | 57 |
| <i>Pilar A Sáiz, Julia Rodríguez-Revuelta, Leticia González Blanco, Patricia Burón, Leticia García Alvarez, Julia Basteiro Monge, Susana Al-Halabí, Paz García-Portilla González, Julio Bobes García</i> | |
| 6. MONITORIZACIÓN DEL RIESGO SUICIDA POR TELEASISTENCIA | 67 |
| <i>Enrique Baca García</i> | |
| 7. EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA CRISIS SUICIDA | 83 |
| <i>Philippe Courtet, Diego de la Vega, Lucas Giner</i> | |

Sumario

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| IV. ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA | 95 |
| 8. ¿ES POSIBLE PREVENIR EL SUICIDIO? | 97 |
| <i>Ana González-Pinto, Marta Zubía, Nuria Núñez</i> | |
| 9. RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS MEDIANTE UN PROGRAMA DE GESTIÓN TELEFÓNICA DE TENTATIVAS | 103 |
| <i>Diego J Palao Vidal</i> | |
| 10. LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO | 117 |
| <i>María Irigoyen Otiñano, Margarita Puigdevall Ruestes, Jorge López-Castroman, María José Portella, Núria Prades Salvador, Sara Salort Seguí, María Mur Laín</i> | |
| V. LA VOZ DE LOS FAMILIARES | 127 |
| 11. DESPUÉS DEL SUICIDIO: LA VOZ DE LOS FAMILIARES | 129 |
| <i>Cecília Borràs</i> | |
| VI. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS | 133 |
| <i>Antonio Medina, María José Moreno, Rafael Lillo, Lucas Giner</i> | |

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

Las consecuencias de una conducta suicida están implícitas en las características de dicha conducta, pero también van a intervenir otros factores totalmente independientes al autor del acto. Por muy bien planificada que se tenga la acción suicida, el azar siempre puede intervenir en uno u otro sentido; así, la intervención de otras personas de forma casual y oportuna hacen que los resultados letales de una conducta suicida se conviertan en inofensivos; y por el contrario, la no intervención de personas allegadas con los que se contaba, hacen mortal un simple gesto o amenaza demostrativa de suicidio.

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

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

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

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Tabaquismo como factor de riesgo suicida en los trastornos bipolares

L. Gutiérrez-Rojas, A. Martínez Hortelano, J. M. Martínez-Ortega

INTRODUCCIÓN: TABAQUISMO Y TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental altamente prevalente, crónica y de curso recurrente, que requiere atención médica, psicológica y social para toda la vida. Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la iniciativa de la Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud^{1,2}, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4 %, concretamente del 0,6 % para el TB tipo I, del 0,4 % para el TB tipo II y del 1,4 % para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5 % para el espectro bipolar, particularmente del 0,4 % para el TB tipo I, del 0,3 % para el TB tipo II y del 0,8 % para el resto del espectro.

Una revisión de estudios epidemiológicos realizados en países de la Unión Europea³ reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo II ascendía al 1,1 % mientras que la incidencia acumulativa a lo largo de la vida fue ligeramente más alta (el 1,5-2 %) y del 6 % cuando se consideró todo el espectro bipolar y no solo las formas clínicas. Existen, así mismo, estudios en los que se pone de manifiesto una alta frecuencia, entre pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM), de episodios de hipomanía subsindrómicos. La relevancia de estos episodios se debe tener en cuenta, entre otros aspectos, por encontrar que estos pacientes presentan una edad menor de inicio de la enfermedad, mayor comorbilidad con trastorno del control de los impulsos, trastorno de ansiedad y trastorno por uso de sustancias, así como un mayor riesgo de conducta suicida en comparación con los individuos que presentan solo TDM⁴.

A pesar de que el polo maníaco es el que define el TB, durante el curso de la enfermedad los pacientes suelen cambiar de polaridad hasta tres veces al año⁵. Además, los pacientes con TB pasan la mitad del tiempo con síntomas afectivos, de los cuales, los síntomas depresivos son 3 veces más frecuentes que los maníacos⁶, por lo que la sintomatología depresiva tiene un peso nada despreciable en el TB, sobre todo teniendo en cuenta que parece ser el principal contribuyente a la discapacidad asociada a la enfermedad⁷.

Por otra parte, el TB es la alteración del eje I con mayor riesgo asociado con la comorbilidad derivada del consumo de sustancias (TUS), que es del 40 % en la adolescencia y del 60 % en la edad adulta⁸. Las sustancias asociadas con mayor comorbilidad en el trastorno bipolar son la nicotina y el alcohol⁹.

El tabaquismo constituye en la actualidad un problema de Salud Pública a nivel mundial y una comorbilidad frecuente en individuos con patología psiquiátrica. Hay numerosos da-

tos sobre la prevalencia de tabaquismo en esta patología. En el TB el consumo de tabaco es muy habitual, algunos autores han estimado la tasa de consumo entre 2 y 3 veces las de población general^{10,11}, en la actualidad las últimas evidencias publicadas describen que hasta un 67,8 % de los pacientes alguna vez ha consumido tabaco y un 46,4 % consume actualmente¹². Este porcentaje de consumo es resultado del alto número de nuevos fumadores y de los pocos que logran dejar el hábito¹³.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Comorbilidades (NCS, *National Comorbidity Survey*) mostró una prevalencia de consumo de tabaco en sujetos con TB de 69 %¹⁴ mientras que en el año 2007 la *National Health Interview Survey* (NHIS) reportó una prevalencia de 46 %¹². En un estudio de casos y controles de Díaz y su grupo, la prevalencia de consumo de nicotina en pacientes con TB es del 66 %, superando a la que ocurre en TDM (57 %)¹⁵ y llegando a duplicar las cifras de adultos sin enfermedad mental (39,1 %)¹⁴. En el estudio "*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*" (STEP-BD) se identificó que casi un tercio de los pacientes con TB eran fumadores diarios. Además, fumaban mayor cantidad de cigarrillos que los fumadores sin patología mental asociándose con alta dependencia nicotínica (considerado como más de un paquete al día)¹⁶.

Dicha asociación no es específica del TB, sabemos que hay una asociación dosis dependiente entre el tabaquismo y la intensidad de los síntomas depresivos en TDM¹⁷, estudios longitudinales han demostrado que la dependencia nicotínica suele anteceder a la depresión con más intensidad que la depresión a la dependencia nicotínica¹⁸. Del mismo modo estudios centrados en el TB han demostrado que presentar dependencia nicotínica predice longitudinalmente la aparición posterior de un TB y, de la misma forma, el inicio de un TB predice la aparición posterior de alta dependencia nicotínica, aunque dicho riesgo decrece con el tiempo¹⁹.

El impacto del tabaquismo sobre el TB, se ha visto que puede llegar a repercutir considerablemente en múltiples aspectos, tales como el inicio precoz de la enfermedad, empeoramiento funcional y peor pronóstico incluyendo una mayor susceptibilidad hacia el desarrollo de conductas suicidas, siendo ésta una de las complicaciones más graves. Algunos trabajos han encontrado una asociación entre la probabilidad de consumir tabaco y una mayor severidad de los síntomas psiquiátricos tanto en TB como en otros trastornos mentales graves²⁰. Además de por el suicidio las altas tasas de tabaquismo están asociadas a un incremento de la mortalidad, mediado por una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, pulmonares y oncológicas. También se debe tener en cuenta que el tabaco puede interactuar con el metabolismo de algunos de los psicofármacos (como la olanzapina y la clozapina) precisando una mayor dosis para encontrar el mismo efecto clínico.

Numerosos autores han propuesto que los pacientes con TB usan la nicotina para automedicarse; si bien no se puede descartar que en algunos pacientes y en algunas circunstancias los fumadores pueden fumar más para disminuir síntomas cognitivos o efectos secundarios molestos de la medicación (como la sedación)²¹, la teoría de la automedicación parece ir en contra de los hallazgos replicados con frecuencia de un peor pronóstico a nivel longitudinal de los pacientes fumadores con TB¹⁶, es decir, que los pacientes bipolares que fuman no consiguen paliar ni los síntomas ni los efectos secundarios de los fármacos.

La comorbilidad es consecuencia de la confluencia de factores genéticos, epigenéticos y factores ambientales, lo cual engloba la esfera bio-psico-social.

LA DIFICULTAD DE LA MEDICIÓN DEL TABAQUISMO

El tabaquismo intenso suele considerarse como un signo de dependencia a nicotina²¹. Sin embargo, no son sinónimos. Se estima que un 50 % de los fumadores puedan ser clasificados como dependientes a la nicotina por presentar tres de las siguientes características evaluadas, considerándose los últimos 12 meses de consumo:

- tolerancia
- síntomas de abstinencia
- deseo persistente de fumar
- gasto de tiempo considerable consumiendo u obteniendo el tabaco
- seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud²³

El instrumento más empleado para medir la dependencia a nicotina es el Test de Fagerström (FTND)^{24,25}. Este test se basa precisamente en los criterios a dependencia que se han explicado anteriormente, se trata de un instrumento autoaplicado y se encuentra validado en español²⁶. Da una puntuación entre los 0 y los 10 puntos²⁷. Los autores plantean un punto de corte mayor o igual a 6 como criterio de dependencia nicotínica²⁸. Se ha demostrado que este test se correlaciona positivamente con los niveles de cotinina encontrados en sangre en pacientes fumadores²⁹.

Por tanto, de cara a la investigación y a la evaluación clínica de los pacientes debe de intentar de abolirse la recogida de esta variable de forma dicotómica (sí/no) pues es poco informativa y puede introducir sesgos. Es mucho más eficaz y pragmático evaluar el tabaquismo usando este test.

TABAQUISMO Y SUICIDIO EN POBLACIÓN GENERAL

El concepto de conducta suicida hace referencia a un *continuum* de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado; conductas que se solapan entre ellas.

El suicidio representa la décima causa de muerte más común a nivel mundial, convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad, según los últimos datos actualizados por la OMS. En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres³⁰. Estos datos nos aportan una idea del importante problema ante el que nos enfrentamos.

Las tentativas de suicidio son mucho más frecuentes que el suicidio consumado, con una prevalencia del 3-5 %. En la población general, las tentativas de suicidio son entre 10-40 veces más comunes que el suicidio consumado³¹. Por otra parte, la prevalencia de ideación suicida es aún más alta que las anteriores, encontrando tasas que varían del 2,1 al 25,4 %³².

Numerosos estudios han investigado la posible asociación entre el tabaquismo y el riesgo de conducta suicida en la población general. La gran mayoría de literatura publicada al respecto encuentra una importante asociación entre tabaquismo y suicidio en amplias muestras de población general, que persiste tras ajustar variables confusoras como patología psiquiátrica, antecedentes de conducta suicida o antecedentes de consumo de sustancias^{33,36}. Cabe resaltar que dicha conducta está especialmente asociada con la alta dependencia nicotínica y no sólo con el simple consumo de tabaco³⁷. Dicha asociación es dosis dependiente, es decir, a mayor consumo de tabaco mayor severidad de los síntomas depresivos³⁸.

Estos hallazgos se han corroborado en estudios de seguimiento de 25 años de duración en población general encuentran que aquellos fumadores de más de 20 cigarrillos al día tienen 3,39 veces más probabilidades de realizar una tentativa suicida, en comparación con los que fuman menos³⁹. Otros trabajos de seguimiento que comparan a los que no fuman con los que fuman también encuentran un aumento de riesgo de realizar un suicidio consumado⁴⁰.

Curiosamente los estudios de seguimiento señalan que dicho riesgo es especialmente grave en pacientes de sexo masculino⁴¹ y aquellos con un consumo actual de tabaco (en comparación con los exfumadores)³³, el riesgo de cometer un suicidio violento está asociado a un mayor consumo de tabaco, al menos en pacientes de sexo masculino³⁵.

TABAQUISMO Y SUICIDIO EN TRASTORNO BIPOLAR

Conducta suicida en el trastorno bipolar

Más del 90 % de tentativas de suicidio y suicidios consumados se realizan por sujetos que sufren al menos una patología mental, entre ellos aproximadamente el 60 % se trata de trastornos afectivos (TDM y TB)⁴².

En el caso concreto del TB, el suicidio es la causa más común de mortalidad prematura, llegando a duplicar, e incluso triplicar, las observadas entre la población general⁴³⁻⁴⁵. Se calcula que el riesgo anual de tentativa suicida entre la población bipolar se sitúa en torno al 1 %, superando casi en 60 veces el riesgo observado entre la población general. De hecho, se estima que, aproximadamente, entre un 15-20 % de los pacientes bipolares mueren a causa de suicidio.

Las frecuencias con las que los pacientes bipolares presentan ideación y conductas suicidas son de las más elevadas entre las diferentes patologías psiquiátricas, presentando las mayores tasas de riesgo absoluto de muerte debida a suicidio, en el caso de los hombres, y siendo tan solo superado por la esquizofrenia, en el caso de las mujeres⁴⁶. Se estima que entre un 30-40 % de los pacientes bipolares presenta ideación suicida y que, aproximadamente, entre 25-50 % de ellos llegará a cometer al menos una tentativa suicida a lo largo de la vida⁴⁷. Cabe destacar que, las tasas de tentativas suicidas frente al suicidio consumado entre la población bipolar (aproximadamente, 3 tentativas por cada suicidio consumado) son mucho más reducidas que las observadas entre la población general (30 tentativas por cada suicidio), aspecto que denota la elevada letalidad inherente a los intentos suicidas perpetrados por este grupo de pacientes⁴⁸.

Por frecuencia, los intentos de suicidio tienen lugar durante los episodios depresivos (79-89 %), de manía disfórica (11-20 %) y en mucha menor frecuencia durante los episodios de manía eufórica o eutimia (0-5 %) ^{7,43}. Además de la polaridad afectiva, los primeros años de enfermedad constituyen uno de los períodos de mayor riesgo para la comisión de actos autolíticos, considerándose el suicidio como una de las 24 causas más frecuentes de muerte entre los grupos de pacientes bipolares más jóvenes ^{48,49}.

Las tasas de prevalencia del intento de suicidio en el TB I y II a lo largo de la vida parecen similares (36,3 % y 32,4 %, respectivamente). Sin embargo, la letalidad de los intentos, definida por una menor tasa de intentos con respecto a los suicidios consumados, es mayor en los pacientes con TB II ⁵⁰.

Sin duda alguna, el suicidio supone la complicación más grave del TB y los factores de riesgo asociados son aún motivo de debate. Se han encontrado factores de riesgo relacionados, como: raza caucásica, episodio depresivo actual o episodio de características mixtas, no estar casado, trastorno por uso de sustancias comórbido o el ser cicladores rápidos ^{51,52}.

Tabaquismo asociado al suicidio en el trastorno bipolar

A continuación, pasamos a resumir las características y los hallazgos principales de diversos estudios que han relacionado el tabaquismo como factor de riesgo para la conducta suicida en pacientes con TB. Para evaluarlos se ha usado el método CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme España*, Programa de habilidades en lectura crítica de España) ⁵³. Dicho método puntúa los artículos a través del diseño de una plantilla de preguntas con una puntuación máxima que varía entre 10 u 11 puntos en función del tipo de estudio, CASPe propone que todos los artículos científicos deben ser evaluados en tres aspectos: validez interna del estudio, magnitud e importancia clínica de los resultados y aplicabilidad a unas circunstancias clínicas concretas. El resultado de esta evaluación determinará la calidad de la evidencia científica, a mayor puntuación mayor evidencia.

Los principales hallazgos de estos trabajos (junto con las puntuaciones CASPe) se han resumido en la **Tabla 1**.

Los trabajos iniciales ya demostraron que el hábito tabáquico (junto con los antecedentes de intentos de suicidio previos, la severidad de los síntomas depresivos y determinados rasgos de personalidad) era uno de los principales predictores de suicidio, tanto en TDM como en TB ⁵⁴.

El trabajo de Baek *et al.* (2013) ⁵⁵ tiene como objetivo analizar las características clínicas y demográficas de pacientes fumadores con diagnóstico de TB, examinando la relación entre dichas características y la conducta suicida (que incluye ideación suicida e intento de suicidio) dentro de una muestra epidemiológica de población recogida en EE. UU. (NESARC). El estudio cuenta con una n = 1643 (1149 pacientes con diagnóstico de TB tipo I y 494 con TB tipo II). Para evaluar la conducta suicida, se recoge la historia previa de ideación e intento de suicidio preguntando de manera directa a los participantes en el estudio. La tasa de tabaquismo obtenida en la muestra es del 44,1 %. Se realiza un análisis de regresión logística en el que se obtiene que en pacientes con TB, el ser fumador actual predice una mayor probabilidad de presentar historia de conducta suicida (OR 1,35; IC 95 %: 1,05-1,76), tras

Tabla 1. Características de los estudios que relacionan el suicidio con el tabaquismo en el trastorno bipolar

| Autor/es | Revista | Tamaño de la muestra | Tipo de estudio | Puntuación CASPe | Evidencias / resultados |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ostacher et al., 2009 ⁵⁶ | Bipolar Disord | 116 pacientes | Prospectivo | 9/11 | Sí encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB. Una proporción más alta de fumadores en el análisis basal protagonizó un intento de suicidio durante los 9 meses de seguimiento (5/31, 16,1 %) comparado con los no fumadores (3/85, 3,5 %); $p=0,031$, $OR=5,25$ (IC 95 %: 1,2-23,5) |
| Neves et al., 2009 ⁵⁷ | J Clin Psychiatry | 239 pacientes | Retrospectivo | 10/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Cassidy, 2011 ⁵² | Suicide Life Threat Behav | 157 pacientes | Retrospectivo | 10/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Ducasse et al., 2015 ⁵⁸ | J Affect Disord | 453 pacientes | Retrospectivo | 10/11 | Sí encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB. Historia de tentativas de suicidio se relaciona con dependencia a nicotina ($TDNF > 7$) ajustado por factores de confusión ($p=0,01$, $OR=3,23$; IC 95 %: 1,50-6,96) |
| Kreinin et al., 2012 ¹⁰ | Compr Psychiatry | 102 pacientes | Retrospectivo | 9/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Baethge et al., 2009 ⁵⁹ | Bipolar Disord | 352 pacientes | Retrospectivo | 10/11 | Sí encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB. Tabaquismo se asocia de manera significativa e independiente con la conducta suicida ($OR=1,79$, IC 95 %: 1,02-3,15; $p < 0,001$). El riesgo de presentar conducta suicida aumenta con el consumo de tabaco (cigarrillos/día; $rs=0,383$; $p < 0,0001$) |
| Baek et al., 2013 ⁵⁵ | Depress anxiety | 1.643 pacientes | Retrospectivo | 8/11 | Sí encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB. Tabaquismo predice una mayor probabilidad de presentar historia de conducta suicida ($OR 1,35$; IC 95 %: 1,05-1,76), tras realizar ajuste por edad, sexo, subtipo de TB, comorbilidad del eje II, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por uso de sustancias. |
| Goldstein et al., 2008 ⁶⁰ | Am J Addict | 441 pacientes | Retrospectivo | 9/11 | Sí encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB. Tabaquismo asociado con historia de tentativas de suicidio previas ($OR 3,0$; IC 95 %: 1,7-5,5; $p=0,001$) |
| Marangell, et al., 2006 ⁶¹ | Bipolar Disord | 1.556 pacientes | Prospectivo | 9/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Valtonen et al., 2006 ⁶² | Bipolar Disord | 191 pacientes | Prospectivo | 11/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Slama et al., 2004 ⁶³ | J Clin Psychiatry | 307 pacientes | Retrospectivo | 9/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Heffner et al., 2012 ⁶⁴ | Am J Addict | 161 pacientes | Prospectivo | 9/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Oquendo et al., 2000 ⁶⁵ | J Affect Disord | 239 pacientes | Retrospectivo | 9/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |
| Galfalvy et al., 2006 ⁶⁶ | Bipolar Disord | 64 pacientes | Prospectivo | 10/11 | No encuentran relación entre conducta suicida y tabaco en pacientes con TB |

realizar ajuste por edad, sexo, subtipo de TB, comorbilidad del eje II, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por uso de sustancias.

El trabajo de Ostacher *et al.* (2006)⁶⁷, es un estudio retrospectivo cuyo objetivo es examinar la relación entre tabaquismo, severidad del TB, comportamiento suicida, comorbilidad psiquiátrica y trastorno por uso de sustancias comórbido. El estudio cuenta con una muestra final de 399 pacientes con TB, en los que se recogen entre otras variables la historia de tentativa suicida. El 47 % de la muestra son fumadores. Se realiza un modelo de regresión logística incluyendo edad de inicio del primer episodio de depresión/manía, puntuaciones de las escalas GAF (*Global Assessment of Functioning*) y CGI-BD (*Clinical Global Impressions-Bipolar Disorder*), historia de tentativas suicidas, trastorno por uso de sustancias comórbido, trastorno de ansiedad y trastorno por consumo de alcohol. Tras realizar dicho análisis, los autores encuentran que el tener historia previa de tentativas suicidas (OR 2,25; IC95 %: 1,31-3,86; $p=0,003$) se asocia de manera significativa con el tabaquismo en pacientes con TB. Por lo tanto, concluyen que el tabaquismo se asocia significativamente a tasas elevadas de tentativa suicida previa; asociación que se mantiene después de ajustar por posibles factores de confusión.

Tres años más tarde (2009), Ostacher *et al.*⁵⁶ publican otro estudio, en este caso prospectivo, con una muestra de 116 pacientes con TB (62,5 % pacientes con TB tipo I, 25 % con TB tipo II y 12,5 % con TB NE) que completan la recogida de datos aportando información sobre el consumo de tabaco (número de paquete/día durante el mes anterior) y antecedentes de conducta suicida (mediante cuestionario SBO: *Suicide Behaviours Questionnaire* que incluye ítems sobre ideación y tentativa suicida). Tras el seguimiento prospectivo durante 9 meses, son 79 los pacientes que completan el cuestionario SBO. Se emplea además la escala BIS-11 (*Barrat Impulsiveness Scale*) para medir impulsividad. Los autores encuentran que el tabaquismo se asocia con puntuaciones mayores en la escala SBO basal, pero no mantiene una asociación significativa tras realizar un modelo de regresión ajustado por impulsividad. En un modelo usando una transformación logarítmica de la escala SBO, sin embargo, el tabaquismo permanece asociado de manera significativa con la conducta suicida, incluso teniendo en cuenta la escala de impulsividad ($p=0,008$, R^2 ajustado=0,14). Una proporción más alta de fumadores en el análisis basal protagonizó un intento de suicidio durante los 9 meses de seguimiento (5/31, 16,1 %) comparado con los no fumadores (3/85, 3,5 %); $p=0,031$, OR=5,25 (IC95 %: 1,2-23,5).

También resultan interesantes los hallazgos realizados en este estudio retrospectivo de Baethge *et al.* (2009)⁵⁹ sobre una muestra de 352 pacientes con TB tipo I y II, cuyo objetivo es encontrar una asociación entre el tabaquismo y consumo de café con el aumento de riesgo de presentar conducta suicida. Se encuentra un porcentaje de fumadores actuales del 46 %, que se asocia de manera significativa e independiente con la conducta suicida (OR=1,79, IC95 %: 1,02-3,15; $p<0,001$). El riesgo de presentar conducta suicida aumenta con el consumo de tabaco (cigarrillos/día; $rs=0,383$; $p<0,0001$).

Por otro lado, en nueve de los estudios finales no se halla una asociación entre tabaquismo y TB, presentando cuatro de estos estudios un diseño prospectivo. Podemos destacar algunos datos de la evidencia obtenida al respecto.

Valtonen *et al.* (2006)⁶² realizan un estudio prospectivo con seguimiento a los 6 y a los 18 meses sobre una muestra de 191 pacientes con TB (90 TB tipo I y 101 TB tipo II), cuyo objetivo

es investigar el riesgo de tentativas de suicidio en la muestra descrita. Los pacientes se dividen según presenten o no tentativas de suicidio a lo largo del seguimiento. Se realiza un análisis descriptivo de características sociodemográficas, comorbilidad psiquiátrica (donde se incluye tabaquismo), curso de la enfermedad, puntuaciones en escalas de sintomatología e historia previa de tentativa suicida personal y familiar a los 6 meses, encontrándose que el porcentaje de pacientes fumadores es idéntico en ambos grupos (50 %), y se mantiene similar en el análisis realizado a los 18 meses (46 % de fumadores en el grupo de pacientes que presentan tentativas de suicidio frente al 52 % en el grupo de pacientes que no presentan tentativas de suicidio). Por lo tanto, el tabaquismo no predice la probabilidad de tentativas de suicidio en pacientes con TB.

Otro estudio prospectivo con seguimiento a dos años es el realizado por Marangell *et al.*, (2006)⁶¹ sobre una muestra de 1556 pacientes, de los cuales 1081 presentan diagnóstico de TB tipo I, 384 presentan TB tipo II, y 91 presentan otros diagnósticos del espectro bipolar. La muestra de pacientes se divide en relación con la presencia o no de tentativas suicidas durante los dos años de seguimiento, teniendo también en cuenta los casos de suicidio consumado que tienen lugar. Se observa que el porcentaje de fumadores es mayor en el grupo de pacientes que presentan tentativas de suicidio o suicidio consumado a lo largo del seguimiento, comparado con el de los pacientes que no presentan conducta suicida (40,4 % frente a 29,6 %); aunque en el modelo de regresión logística final, se obtiene que el tabaquismo no resulta predictor significativo de conducta suicida en el TB (OR=1,45; IC 95 %: 0,82-2,60); $p=0,3699$).

Cassidy (2011)⁵² realiza un estudio retrospectivo sobre una cohorte de 157 pacientes con TB, cuyo objetivo es identificar factores potencialmente relevantes para predecir tentativas de suicidio. El 66,2 % de la muestra son fumadores. Los pacientes se dividen en dos grupos según si presentan o no tentativas previas de suicidio. Tras realizarse análisis de regresión logística, no se encuentra asociación entre historia de tentativas de suicidio previas y tabaquismo en pacientes con TB (OR=0,711; IC 95 %: 0,317-0,596; $p=0,408$).

Galfalvy *et al.* (2006)⁶⁶ publican un estudio prospectivo con seguimiento a los 2 años realizado sobre una muestra de 64 pacientes con diagnóstico de TB (37 con TB tipo I y 27 con TB tipo II), que presentan en el momento de la inclusión en el estudio criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor. La evaluación de la conducta suicida incluye ideación y tentativa de suicidio. Los datos sobre tabaquismo son recogidos tras preguntar directamente a cada sujeto (se calcula el número de cigarrillos/día en los últimos 3 meses). Se evalúa también diagnósticos comórbidos del eje II e impulsividad. La muestra se divide en dos grupos, en función de la presencia o no de historia previa de conducta suicida. Se encuentra que el porcentaje de fumadores es mayor en pacientes con historia previa de tentativas de suicidio (50 % frente a 40,7 %), no resultando la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p=0,46$). Durante el seguimiento, el tabaquismo no fue predictor de la conducta suicida en pacientes con TB.

Podríamos concluir que, el motivo por el cual algunos trabajos encuentran una asociación entre ambos factores (tabaquismo y suicidio) y otros no, en pacientes con TB, se puede deber a varias cuestiones:

- 1) ¿Cómo se mide el tabaquismo? Es importante medir la dependencia nicotínica y no de forma dicotómica tabaquismo sí o no. El suicidio está especialmente asociado a la

alta dependencia nicotínica en pacientes que fuman actualmente y no en pacientes que fuman poco o que son exfumadores.

- 2) ¿Se han ajustado los resultados por sexo? Al parecer, el suicidio está especialmente asociado a pacientes de sexo masculino.
- 3) Ambos factores producen una *odds ratio* de menos de dos. Si no se tiene un suficiente tamaño de muestra es posible que no se encuentre una asociación debido a falta de poder estadístico.
- 4) ¿Cómo se mide el suicidio? El tabaco parece estar más asociado a las tentativas suicidas que al suicidio consumado (al medir este segundo factor es posible que los resultados no sean concluyentes).
- 5) El suicidio es una conducta frecuente en el TB pero para analizarla se debe de tener un periodo de seguimiento adecuado. Aquellos estudios longitudinales con un periodo de seguimiento relativamente corto no encuentran que dicha asociación sea significativa.

Posibles mecanismos que explican dicha relación

Se han mencionado varios mecanismos a través de los que se podría establecer una relación entre tabaquismo y conducta suicida.

- **Etiología biológica**

Desde el punto de vista biológico se postula que podría haber una vulnerabilidad genética en relación con el sistema serotoninérgico que predispone a los fumadores a presentar conducta suicida⁶⁸. Se plantea también que un nivel reducido de monoaminooxidasa A y B (MAO-A y B) podría predisponer en los fumadores a una disfunción en el sistema serotoninérgico⁶⁸. Se ha observado además que la exposición a la nicotina posee un efecto breve mediante el cual se produce un aumento de los niveles de serotonina en la corteza frontal, aliviando así la sintomatología depresiva. Sin embargo, la receptividad a la serotonina en la corteza frontal parece disminuir cuando el consumo de nicotina es crónico⁶⁹.

De esta forma podría descartarse la teoría de la automediación, de modo que si bien el consumo de nicotina podría aliviar algunos síntomas a corto plazo²² el consumo crónico de nicotina no produciría dicho alivio tal y como nos muestran los estudios observacionales¹⁶.

- **Etiología común**

El que haya estudios que relacionen la aparición de dependencia nicotínica con el desarrollo posterior de un trastorno afectivo (tanto un trastorno depresivo mayor como un TB)^{18,19} podría explicarse porque habría un factor etiológico común que predispondría a ambas condiciones. En este sentido, algunos autores han postulado que determinados genes podrían predisponer a ambas condiciones^{70,71}.

- **Rasgos de personalidad**

Se ha sugerido que pueden existir factores comunes como los de personalidad (impulsividad y agresión, neuroticismo) que predispongan tanto al consumo de tabaco como a presentar conducta suicida⁷². Dentro de estas dimensiones la que más se

ha estudiado ha sido la impulsividad. Este rasgo dimensional, cuya presencia se ha asociado a un mayor riesgo de tentativas no letales incluso entre la población general, adquiere una mayor relevancia en el caso de los pacientes afectivos, dado que su incremento no solo multiplica el riesgo de comisión de tentativas, sino también su nivel de severidad y la probabilidad de consumación suicida^{54,73}. En el caso concreto del TB, la impulsividad adquiere mayor relevancia dado que su presencia se considera como un rasgo central del mismo, mostrándose muy elevada independientemente de la fase de la enfermedad⁷⁴. Diversos estudios han concluido que la impulsividad es un potente predictor del riesgo suicida entre los pacientes bipolares^{56,75,76}.

Todas estas posibles explicaciones se complementan entre sí, pues algunos trabajos encuentran que dicha impulsividad podría estar mediada por marcadores biológicos específicos⁷⁷.

CONCLUSIONES

El tabaquismo es altamente frecuente en los pacientes aquejados de TB. Para valorar la intensidad y gravedad de dicha conducta se deben emplear instrumentos de medida ya validados como el test de Fagerström de dependencia nicotínica.

La conducta suicida es una de las complicaciones más graves de los pacientes psiquiátricos y, cobra especialmente relevancia en pacientes con TB. El consumo de sustancias adictivas en general (y la alta dependencia nicotínica en particular) debe de evaluarse específicamente cuando evaluamos el riesgo suicida en un paciente de TB.

A pesar de la dificultad para abandonar el consumo de tabaco y alcanzar la abstinencia en pacientes con TB este debe ser uno de los objetivos de cualquier plan terapéutico, pues se ha visto que el riesgo de los exfumadores, con el tiempo, se iguala a los no fumadores.

Futuras investigaciones deberían centrarse en estudios longitudinales con un tamaño muestral suficiente durante un periodo de seguimiento adecuado y que usen técnicas multivariantes que permitan ajustar los resultados por las posibles variables de confusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:241-251.
2. Merikangas KR, Lamers F. The 'true' prevalence of bipolar II disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:19-23.
3. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:425-434.
4. Nusslock R, Frank E. Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges. *Bipolar Disord* 2011;13:587-603.
5. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:530-537.
6. Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J. Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006;189:118-123.
7. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004;6:530-539.
8. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 2007;164:582-590.
9. Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL, Suppes T, McElroy SL, Frye MA, et al. Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry* 2004;161:1447-1454.
10. Kreinin A, Novitski D, Rabinowitz D, Weizman A, Grinshpoon A. Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. *Compr Psychiatry* 2012;53:269-274.
11. George TP, Wu BS, Weinberger AH. A review of smoking cessation in bipolar disorder: implications for future research. *J Dual Diagn*. 2012;8:126-30.
12. McClave AK, Eily LRM, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2010;100:2464-72.
13. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SP, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord* 2011;13:439-53.
14. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-2610.
15. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, de Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar Disord* 2009;11:154-165.
16. Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ, Allen MH, Wisniewski SR, Zhang H, et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:321-8.
17. Murphy JM, Horton NJ, Monson RR, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends from the Stirling County Study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1663-1669.
18. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry* 2010;196:440-446.
19. Martínez-Ortega JM, Goldstein BI, Gutiérrez-Rojas L, Sala R, Wang S, Blanco C. Temporal sequencing of nicotine dependence and bipolar disorder in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Psychiatr Res* 2013; 47: 858-64.

20. Venable PA, Carey MP, Carey KB, Maisto SA. Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychol Addict Behav* 2003;17:259-65.
21. de Leon J, Diaz FJ, Aguilar MC, Jurado D, Gurpegui M. Does smoking reduce akathisia? Testing a narrow version of the self-medication hypothesis. *Schizophr Res* 2006;86:256-68.
22. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005;76:135-157.
23. Pomerleau OF. Individual differences in sensitivity to nicotine: implications for genetic research on nicotine dependence. *Behav Genet* 1995;25:161-177.
24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
25. de Leon J, Becona E, Gurpegui M, Gonzalez-Pinto A, Diaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry* 2002;63:812-816.
26. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep* 1998; 83:1455-1458.
27. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª Edición. Cyesan, Madrid, 2015.
28. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparison among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996;5:52-56.
29. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry*. 2005;186:215-21.
30. WHO. Suicide prevention. 2014; Available at: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en. Accessed Junio, 2016.
31. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *Eur Psychiatry* 2010;25:252-256.
32. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012;27:129-41.
33. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the risk of suicidal behaviour: a prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:328-334.
34. Riala K, Taanila A, Hakko H, Rasanen P. Longitudinal smoking habits as risk factors for early-onset and repetitive suicide attempts: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Ann Epidemiol* 2009;19:329-35.
35. Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamaki H, Vartiainen E, Lehtonen J, Puska P. Smoking and the risk of suicide. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:243-5.
36. Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* 2011;56:161-70.
37. Martínez-Ortega JM, Jurado D, Gurpegui M. Nicotine dependence vs. daily smoking as a meaningful variable: implications for clinical and epidemiological psychiatric studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32:1972-7.
38. Araya R, Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Lewis G. Smoking and common mental disorders: a population-based survey in Santiago, Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:874-80.
39. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and suicidal behaviour: results from a 25-year longitudinal study. *Psychol Med* 2008 Mar;38:433-9
40. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction*. 2014;109:155-62.
41. Riala K, Alaräsänen A, Taanila A, Hakko H, Timonen M, Räsänen P. Regular daily smoking among 14-year-old adolescents increases the subsequent risk for suicide: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:775-80.

42. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:17-22.
43. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Domep, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord* 2012;143:16-26.
44. Ketter TA. Strategies for monitoring outcomes in patients with bipolar disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12:10-16.
45. Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002;359:241-247.
46. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1058-1064.
47. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1456-1462.
48. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectr* 2006a; 11:465-471.
49. Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Nylander PO. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disord* 2004;6:130-138.
50. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord* 2011;133:423-427.
51. Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2012;73:778-82.
52. Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide and life-threatening behavior* 2011;41:6-11.
53. Cabello JB. CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.
54. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1433-41.
55. Baek JH, Eisner LR, Nierenberg AA. Smoking and suicidality in subjects with bipolar disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Depress Anxiety* 2013;30:982-990.
56. Ostacher MJ, Lebeau RT, Perlis RH, Nierenberg AA, Lund HG, Moshier SJ, Sachs GS, Simon NM. Cigarette smoking is associated with suicidality in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:766-771.
57. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Correa H. Suicidal behavior in bipolar disorder: what is the influence of psychiatric comorbidities? *J Clin Psychiatry* 2009;70:13-18.
58. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *J Affect Disord* 2015;183:113-118.
59. Baethge C, Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Coffee and cigarette use: association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients. *Bipolar Disord* 2009;11:494-503.
60. Goldstein BI, Birmaher B, Axelson DA, Goldstein TR, Esposito-Smythers C, Strober MA, et al. Significance of cigarette smoking among youths with bipolar disorder. *Am J Addict* 2008;17:364-371.
61. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 2006;8:566-575.
62. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-585.
63. Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseau A, Etain B, Rouillon F, et al. Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1035-9.
64. Heffner JL, DelBello MP, Anthenelli RM, Fleck DE, Adler CM, Strakowski SM. Cigarette smoking and its relationship to mood disorder symptoms and co- occurring alcohol and cannabis use disorders following first hospitalization for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14:99-108.

65. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000;59:107-117.
66. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord* 2006;8:586-595.
67. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1907-1911.
68. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:773-9.
69. Kenny PJ, File SE, Rattray M. Nicotine regulates 5-HT(1A) receptor gene expression in the cerebral cortex and dorsal hippocampus. *Eur J Neurosci* 2001;13:1267-1271.
70. Novak G, Zai CC, Mirkhani M, Shaikh S, Vincent JB, Meltzer H, et al. Replicated association of the NR4A3 gene with smoking behaviour in schizophrenia and in bipolar disorder. *Genes Brain Behav*. 2010;9:910-917.
71. McEachin RC, Saccone NL, Saccone SF, Kleyman-Smith YD, Kar T, Kare RK, et al. Modeling complex genetic and environmental influences on comorbid bipolar disorder with tobacco use disorder. *BMC Med Genet*. 2010;11:14.
72. Angst J, Clayton PJ. Personality, smoking and suicide: a prospective study. *J Affect Disord* 1998;51:55-62.
73. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005b;162:1680-7.
74. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006b;8, 625-639.
75. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005a;162:1680-7.
76. Malloy-Diniz LF, Neves FS, de Moraes PH, De Marco LA, Romano-Silva MA, Krebs MO, et al. The 5-HTTLPR polymorphism, impulsivity and suicide behavior in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord*. 2011;133:221-6.
77. Roggenbach J, Müller-Oerlinghausen B, Franke L. Suicidality, impulsivity and aggression--is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? *Psychiatry Res* 2002;113:193-206.

Factores de riesgo de conducta suicida en pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol



M^a C. Vera Varela, I. Baltasar Tello, J.J. Carballo

CONDUCTA SUICIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Según la OMS, cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una mortalidad de 16 por 100 000. La prevalencia de vida de esta conducta ha aumentado en un 60 % a nivel mundial en los últimos 45 años, situando al suicidio como una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años¹. Sin embargo, no existen estimaciones fiables sobre el número de suicidios a nivel mundial, tratándose de un asunto de naturaleza muy sensible, incluso ilegal en algunos países².

En el 2014, en España un total de 3910 personas (75,1 % hombres y 24,9 % mujeres) fallecieron por suicidio, la cifra más alta alcanzada desde que se tienen registros, superando a los accidentes de tráfico entre los que se registraron 1873 fallecimientos³. En la población española, se ha estimado una prevalencia a lo largo de la vida de la ideación suicida, plan e intento de suicidio del 4,4, el 1,4 y el 1,5 %, respectivamente⁴.

A nivel mundial, los suicidios representan un 50 % de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71 % entre mujeres, siendo las tasas de suicidio más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres². Sin embargo, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en vías de desarrollo. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8 % de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4 %¹.

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE PACIENTES COMÓRBIDOS

Tanto la depresión como el trastorno por consumo de alcohol tienen una alta prevalencia dentro de la población general. Diversos estudios epidemiológicos representativos han mostrado una prevalencia a lo largo de la vida de hasta un 16,2 % de depresión⁵ y de un 5,2 % de trastorno por consumo de alcohol⁶. Además, la depresión y el trastorno por consumo de alcohol son frecuentemente comórbidos y se predicen mutuamente. Así, los trastornos por consumo de alcohol incrementan significativamente el riesgo de padecer depresión y su detección y manejo constituye un reto, ya que afecta el curso de la depresión y su respuesta al tratamiento. El suicidio se asocia tanto con depresión como

con trastorno por consumo de alcohol. Los pacientes que presentan esta comorbilidad tienen un mayor deterioro y una mayor tasa de conducta suicida⁷.

Se ha propuesto que los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol serían una población con características distintivas que les diferenciarían de los individuos con cada uno de los diagnósticos por separado. En un estudio realizado por Sher en el 2008⁸, donde se comparó un grupo de pacientes que padecían depresión y trastorno por consumo de alcohol con un grupo de pacientes que solo tenían depresión, se concluyó que los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol eran mayoritariamente hombres y de edad más joven. Además, presentaban un mayor número de episodios depresivos, una edad menor al primer ingreso hospitalario, mayores intentos de suicidio y la edad del primer intento era menor que el grupo control. Los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol reportaron mayor agresividad e impulsividad durante la infancia, adolescencia y edad adulta, así como mayores problemas conductuales durante la infancia. En cuanto a otras comorbilidades, los pacientes que padecían depresión y trastorno por consumo de alcohol reportaron un mayor consumo de tabaco y en moderadas a grandes cantidades en comparación con el grupo que solo tenía depresión. Los pacientes comórbidos reportaron mayor antecedente de abuso en la infancia, mayor antecedente de trastorno por consumo de alcohol en familiares de primer grado y mayor tasa de eventos vitales traumáticos.

Otros estudios avalan diferencias neurobiológicas de este grupo de pacientes. En un estudio realizado por Sher en el 2007⁹, se encontró que en el área anteromedial de la corteza prefrontal los sujetos con depresión y trastorno por consumo de alcohol tenían una severa hipofrontalidad comparados con pacientes que solo tenían depresión. Se observaron diferencias en la corteza prefrontal tras la administración de fenfluramina, un inhibidor de la liberación de serotonina. Esto sugiere que mecanismos serotoninérgicos estarían involucrados en las diferencias que se han encontrado en el grupo de pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol. Otro estudio comparó las características clínicas y metabolitos de monoaminas de líquido cefalorraquídeo en sujetos deprimidos con y sin antecedentes de alcoholismo y voluntarios sanos¹⁰. Los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol tenían menores niveles de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo comparado con pacientes que solo tenían depresión, lo que sugiere que la alteración de la actividad dopaminérgica se asocia con una historia de alcoholismo en las personas con depresión actual, apoyando otra diferencia neurobiológica en el grupo comórbido.

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN DEPRESIÓN

En estudios de autopsia psicológica se ha descrito que el trastorno mental está asociado a la mayoría de los suicidios consumados¹¹. La depresión es el diagnóstico más frecuente, encontrándose hasta en dos tercios de los casos¹². Un cuarto de los pacientes con depresión fallecidos por suicidio estaban en seguimiento en salud mental en el momento de su muerte. Como hemos señalado anteriormente, la depresión es muy frecuente en la población general, por lo que la detección de pacientes con riesgo de suicidio resulta claramente

muy importante, aunque puede ser difícil. El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio en personas con depresión es esencial para identificar a los grupos de mayor riesgo y realizar la intervención adecuada.

En el 2013, Hawton realizó la primera revisión sistemática de factores de riesgo de suicidio en personas con depresión, identificando como factores de riesgo: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, severidad de la depresión, desesperanza, y comorbilidades, como ansiedad y trastorno por consumo de alcohol y drogas¹³ (**Tabla 1**). En relación a las diferencias de género, hombres y mujeres con depresión comparten muchos factores de riesgo de suicidio, aunque se ha encontrado que el trastorno por consumo de alcohol es un factor de riesgo más específico, aunque menos sensible, entre mujeres deprimidas. Otra diferencia es la agresión no impulsiva, que tiene un valor predictivo en el suicidio entre mujeres con depresión¹⁴.

Tabla 1: Factores de riesgo de conducta suicida en depresión

| |
|----------------------------------------------------------------------|
| Sexo masculino |
| Historia familiar de trastorno mental |
| Intento de suicidio previo |
| Severidad de la depresión |
| Desesperanza |
| Comorbilidades: ansiedad y trastorno por consumo de alcohol y drogas |

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es un factor de riesgo importante para la conducta suicida. En un metaanálisis de 42 estudios de cohortes diferentes se halló un aumento de casi 10 veces en tasas de mortalidad estandarizada por suicidio en pacientes con trastorno por consumo de alcohol¹⁵. Se ha mostrado hasta un 69 % de consumo de alcohol agudo en víctimas de suicidio y un 73 % en intentos de suicidio. Por otro lado, se ha demostrado que la asociación entre el trastorno por consumo de alcohol y suicidio es más fuerte en mujeres. Se ha concluido que el factor de riesgo más importante para la conducta suicida en pacientes con trastorno por consumo de alcohol es la depresión. También se han descrito otros factores de riesgo como una ruptura sentimental reciente, sexo masculino, jóvenes y edad avanzada, desempleo, falta de apoyo social, aumento de niveles de agresión e impulsividad, comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, consumo excesivo de alcohol reciente y gravedad del alcoholismo, enfermedades médicas serias y la comunicación suicida¹⁶ (**Tabla 2**).

Tabla 2: Factores de riesgo de conducta suicida en trastorno por consumo de alcohol

| |
|-----------------------------------------------------------------|
| Depresión: factor de riesgo más importante |
| Ruptura sentimental reciente |
| Sexo masculino |
| Jóvenes y edad avanzada |
| Desempleo |
| Falta de apoyo social |
| Aumento de niveles de agresividad e impulsividad |
| Comorbilidad con otros trastornos por consumo de sustancias |
| Consumo excesivo de alcohol reciente y gravedad del alcoholismo |
| Enfermedades médicas serias |
| Comunicación suicida |

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL: ASPECTOS EVOLUTIVOS Y DE GÉNERO

Existen notables diferencias en cuanto a la prevalencia de suicidio entre hombres y mujeres. Los hombres fallecen como consecuencia de suicidio entre 4-5 veces más que las mujeres; sin embargo, las mujeres llevan a cabo intentos de suicidio 2-3 veces más que los hombres. El suicidio ocurre casi exclusivamente en el contexto de la patología mental y dentro de los distintos diagnósticos, el trastorno depresivo mayor está identificado en la mayoría de los casos. Si bien la depresión en varones y mujeres comparte factores clínicos de riesgo de suicidio, existen algunas diferencias significativas. La dependencia de alcohol es más específica aunque menos sensible en mujeres con trastorno depresivo. La agresividad impulsiva no confiere mayor riesgo de suicidio entre las mujeres con la misma intensidad que en los varones. Mientras que tanto la agresividad impulsiva como la agresividad no impulsiva se relacionan con mayor riesgo de suicidio en los varones jóvenes, la agresividad no impulsiva no demostró una relación significativa con la edad al predecir el suicidio entre las mujeres. La especificidad del alcohol como factor de riesgo para el suicidio en mujeres, junto con la identificación de la agresividad no impulsiva podría resultar útil en la evaluación del riesgo suicida en mujeres con trastorno depresivo¹⁴. También se han descrito diferencias significativas en cuanto a la motivación en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres con trastorno depresivo. En los varones, el consumo de alcohol se ve favorecido por conductas impulsivas; sin embargo, en las mujeres, se usa el consumo de alcohol como mecanismo para paliar los síntomas depresivos.

La prevalencia del trastorno depresivo y el abuso de alcohol comórbido muestra a su vez una gran variabilidad en función de la edad. Las tasas de comorbilidad entre trastorno depresivo y abuso de alcohol fueron bajas en la adolescencia (2 %), incrementándose en la edad adulta (7-10 %). En un análisis prospectivo, el abuso de alcohol en la adolescencia predijo la aparición de trastorno depresivo en la edad adulta-joven, mientras que el trastorno depresivo en la edad adulta-joven predijo abuso de alcohol en la edad adulta. La comorbilidad entre

ambos trastornos se asoció con un mayor riesgo de dependencia de alcohol, intentos de suicidio, menor funcionamiento global e insatisfacción con su vida. El mismo estudio demostró que el uso de alcohol en la adolescencia predecía el abuso de alcohol en la edad adulta-joven en mujeres pero no en varones. Así mismo, el trastorno depresivo en edad adulta-joven predijo trastorno depresivo en edad madura más en varones que en mujeres¹⁷.

DEPRESIÓN Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN CONDUCTA SUICIDA

El mecanismo por el cual el alcohol aumenta el riesgo de suicidio en pacientes con depresión permanece sin aclarar, habiéndose descrito tres vías principales:

- **Alcohol como factor de riesgo independiente:** Como hemos repasado anteriormente, entre los factores de riesgo implicados en el riesgo de suicidio, la gravedad del consumo de alcohol se asocia a un mayor riesgo de suicidio y de intentos de suicidio. La gravedad puede ser medida a través de la tasa de consumo de alcohol, la presencia de problemas somáticos en relación con el consumo de alcohol, así como se ve influida por un comienzo a edad temprana y un mayor tiempo de evolución del trastorno por consumo de alcohol.
- **Alcohol como causa o influencia del cuadro depresivo:** Aunque el consumo de alcohol parece que antecede al cuadro depresivo, se ha descrito que el consumo de alcohol es también usado para disminuir la sintomatología depresiva como mecanismo de "automedicación". En estos sujetos con depresión "inducida" por el alcohol se ha visto que presentan tasas de conducta suicida similar a la de aquellos sujetos en que la depresión aparece de forma "independiente" al consumo de alcohol^{18,19}.
- **Influencia sobre otros factores de riesgo de suicidio comunes a ambas condiciones:** Tanto la impulsividad como la agresividad se relacionan con la conducta suicida. Los pacientes depresivos con antecedentes de dependencia alcohólica tienen mayor prevalencia de conducta agresiva e impulsiva a lo largo de la vida y de intentos de suicidio. Un intento de explicar esta relación entre depresión, trastorno por consumo de alcohol y conducta suicida con la impulsividad/agresividad ha sido la hipótesis de una "hipofunción serotoninérgica". Así, esta hipofunción se relaciona con una mayor agresividad e impulsividad, lo que puede favorecer conductas suicidas, como indica el hecho de que en intentos de suicidio de alta letalidad de pacientes con depresión y consumo de alcohol, los niveles de 5-HIAA sean menores que en los de baja letalidad. Por otro lado, la existencia de acontecimientos vitales adversos tiene una elevada importancia en el suicidio y esto es de especial relevancia en pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol. Además, la presencia de trastornos de dependencia a otras sustancias diferentes al alcohol incrementa aún más el riesgo de conducta suicida en estos pacientes. Desde el punto de vista de variables psicológicas y neuropsicológicas se ha visto que tanto la depresión como el trastorno por consumo de alcohol afectan a la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas o pueden aumentar rasgos de desesperanza o pesimismo que se relacionan con la conducta suicida.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO MEDIANTE NUEVAS HERRAMIENTAS: ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT

Recientemente se han desarrollado nuevas técnicas de monitorización que permiten la recogida de datos con mayor frecuencia (diariamente), tanto del paciente como de familiares. A estas técnicas se las conoce como *Ecological Momentary Assessment* (EMA). Estos cuestionarios que inicialmente se realizaban con lápiz y papel, actualmente se llevan a cabo a través de páginas web y teléfono móvil. Con EMA, los síntomas son capturados en el momento en el que se producen o muy poco tiempo después, por lo que se reduce el sesgo del recuerdo retrospectivo. EMA permite a los pacientes evaluarse a sí mismos en su entorno natural en lugar de hacerlo en un entorno ambulatorio/hospitalario, maximizando así su validez ecológica. Estas herramientas se han utilizado con éxito en el estudio de diferentes trastornos psiquiátricos, entre ellos la depresión, el abuso de alcohol y el suicidio. Husky *et al.* estudiaron la validez del EMA en el análisis de las conductas suicidas. Las tasas de participación fueron muy satisfactorias, de hasta el 87,5 %²⁰. Se objetivó un alto cumplimiento de las evaluaciones repetidas sobre la vida cotidiana y no se observaron efectos negativos debidos a la evaluación repetida de las ideas de suicidio. Este estudio pionero ha abierto una nueva avenida de recogida de información que puede ser útil en la monitorización de la ideación/conducta suicida y podría ser de potencial utilidad en el desarrollo de protocolos específicos en pacientes con riesgo suicida.

CONCLUSIONES

- La depresión y el trastorno por consumo de alcohol son patologías frecuentemente comórbidas que se predicen e incluso influyen en su curso mutuamente.
- Los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol constituyen una población con correlatos sociodemográficos, clínicos y neurobiológicos diferenciales.
- Existen modelos explicativos de factores de riesgo de conducta suicida en este grupo comórbido que requieren consideraciones de psicopatología del desarrollo y de género.
- Es posible llevar a cabo estudios clínicos con metodología EMA para la monitorización de pacientes con riesgo suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio (SUPRE). WHO. 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
2. Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio un imperativo global. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
3. Instituto Nacional de Estadística. Datos Avance de la Encuesta Industrial de Empresas. Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
4. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clínica*. octubre de 2007;129(13):494-500.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 18 de junio de 2003;289(23):3095-105.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
7. Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G, et al. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav*. julio de 2005;30(6):1144-53.
8. Sher L, Stanley BH, Harkavy-Friedman JM, Carballo JJ, Arendt M, Brent DA, et al. Depressed patients with co-occurring alcohol use disorders: a unique patient population. *J Clin Psychiatry*. junio de 2008;69(6):907-15.
9. Sher L, Milak MS, Parsey RV, Carballo JJ, Cooper TB, Malone KM, et al. Positron emission tomography study of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge in major depressive disorder with and without comorbid lifetime alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. septiembre de 2007;17(9):608-15.
10. Sher L, Oquendo MA, Li S, Huang Y, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Lower CSF homovanillic acid levels in depressed patients with a history of alcoholism. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. septiembre de 2003;28(9):1712-9.
11. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. abril de 2003;33(3):395-405.
12. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. febrero de 2001;16(2):155-65.
13. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. mayo de 2013;147(1-3):17-28.
14. Dalca IM, McGirr A, Renaud J, Turecki G. Gender-specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. diciembre de 2013;74(12):1209-16.
15. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 7 de diciembre de 2004;76 Suppl:S11-19.
16. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. marzo de 2015;24(2):98-104.
17. Brière FN, Rohde P, Seeley JR, Klein D, Lewinsohn PM. Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Compr Psychiatry*. abril de 2014;55(3):526-33.
18. Blanco C, Alegría AA, Liu S-M, Secades-Villa R, Sugaya L, Davies C, et al. Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. junio de 2012;73(6):865-73.

19. Conner KR, Gamble SA, Bagge CL, He H, Swogger MT, Watts A, et al. Substance-induced depression and independent depression in proximal risk for suicidal behavior. *J Stud Alcohol Drugs*. julio de 2014;75(4):567-72.
20. Husky M, Olié E, Guillaume S, Genty C, Swendsen J, Courtet P. Feasibility and validity of ecological momentary assessment in the investigation of suicide risk. *Psychiatry Res*. 15 de diciembre de 2014;220(1-2):564-70.

A pesar de que casi todos los países europeos se han visto afectados por la reciente crisis económica, es importante señalar que España ha sido uno de los países europeos más perjudicados al padecer un especial debilitamiento de la actividad económica en forma de destrucción de puestos de trabajo, un deterioro de las finanzas públicas mayor que otras economías de la Unión Europea y de la zona euro^{1,2} y un aumento de la deuda privada.

Por lo que respecta al desempleo, aunque la tasa europea se sitúa en un 8,6%, España sigue formando parte de los países más afectados por sus altos índices, con un 22,1% en el 2015 y un 19,9% en el 2016, conjuntamente con Croacia (13,3% en junio del 2016) y Grecia (23,3%), datos que contrastan con Malta, la República Checa, Alemania o el Reino Unido cuyas tasas no superan el 5% de desempleo³.

CRISIS ECONÓMICA Y SALUD

Numerosos estudios han tratado de determinar las consecuencias de las crisis económicas sobre la salud de los ciudadanos, dando lugar a cierta controversia acerca del impacto de las dificultades económicas sobre la salud. Existen evidencias de una asociación positiva entre el desempleo y bajos ingresos y una peor salud⁴. Diferentes estudios publicados analizan la relación entre períodos de crecimiento económico y salud en países en desarrollo, la llamada Bonanza Económica, que a largo plazo parece contribuir a una mejora de la salud de la población aunque a corto plazo pueda aumentar, según algunos estudios, la mortalidad y morbilidad. Los factores asociados serían una menor disponibilidad de tiempo libre (menos tiempo dedicado a estilos de vida saludable); mayor productividad, que implica más trabajo y por tanto más situaciones estresantes; aumento de los accidentes de tráfico y conductas de riesgo (consumo de tóxicos, por ejemplo); flujos migratorios desde países empobrecidos con más enfermedades infecciosas, etc.⁵ Otros estudios muestran un incremento en las tasas de mortalidad durante las épocas de expansión y un decremento durante las de recesión⁶.

Crisis económica y salud mental

A pesar de la controversia acerca del impacto positivo o negativo de las dificultades económicas sobre la salud física, dicha controversia desaparece al analizar los estudios específicos en salud mental. En este caso aparece una conclusión clara: la salud mental se ve negativamente afectada durante los períodos de precariedad económica. De hecho la Organización Mundial de la Salud declara como factores protectores de salud mental la

presencia de capital social y protección del estado de bienestar, un ambiente saludable prenatal y en la infancia, lugares de trabajo y estilos de vida saludable; como factores de riesgo destaca la pobreza, menor educación, deprivación y endeudamiento, nutrición prenatal pobre, abuso, crianza difícil y relaciones familiares pobres, desempleo, inseguridad y/o estrés laboral y la presencia de conductas de riesgo, como el abuso de alcohol y/o drogas⁷. Por esta razón, las crisis económicas son generadoras muchas veces de alto riesgo contra el bienestar mental de la población y afectan tanto a la comunidad como a sus familias⁸.

En la **Figura 1** podemos observar la relación entre la crisis económica y la salud mental. Observamos cómo la crisis económica conlleva una reducción de presupuestos y gastos en el ámbito sanitario, aumentando la carga de enfermedad en salud mental, provocando el aumento del gasto sanitario y social que, a su vez, mantiene la crisis económica.

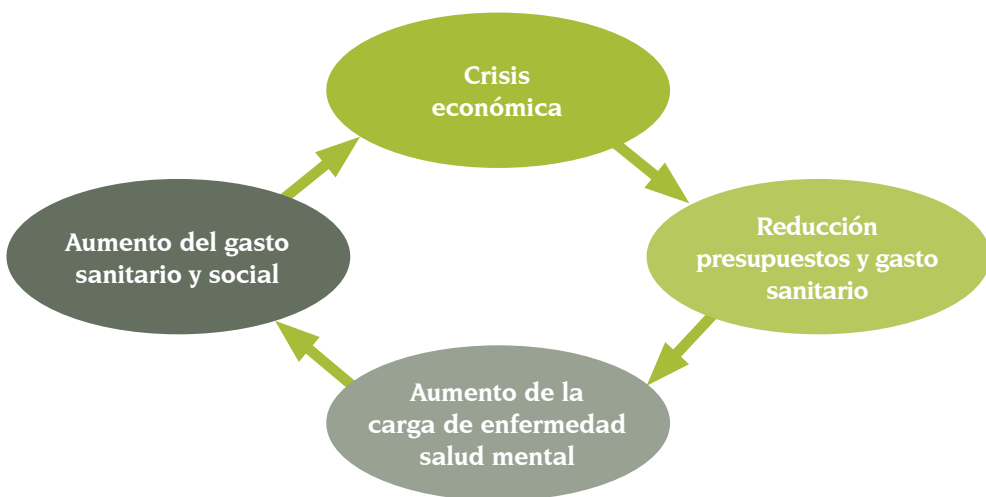
Por lo tanto, la evidencia sugiere que las consecuencias adversas que conlleva una crisis económica como pueden ser el desempleo, la deuda, las dificultades económicas, el empobrecimiento, la inseguridad, la mala calidad de vida y la desorganización social, tienen un efecto perjudicial sobre la salud mental⁹.

EL ESTUDIO IMPACT

El estudio IMPACT fue diseñado para evaluar el impacto de la crisis económica en la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en Atención Primaria (AP) en dos momentos económicos diferentes (antes y durante la crisis económica) y analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en este ámbito.

Los datos recogidos procedían de dos trabajos: un estudio epidemiológico, transversal y

Figura 1. *Círculo vicioso crisis-salud mental*



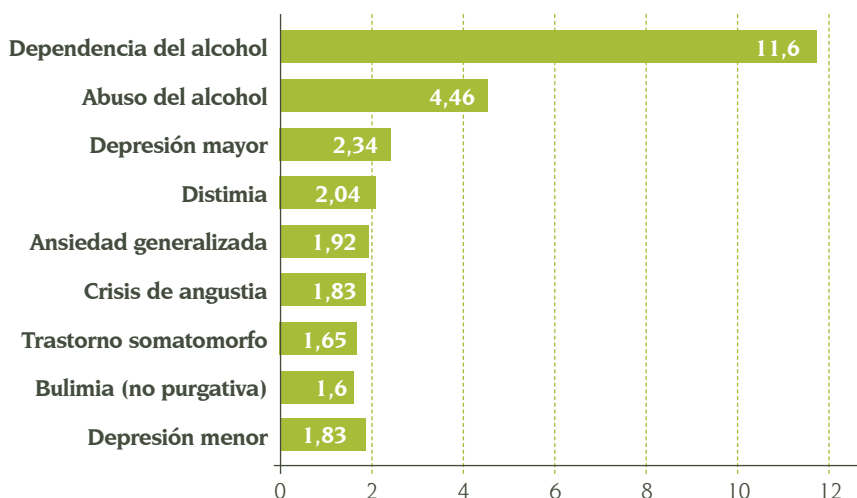
multicéntrico que evaluaba los trastornos mentales en una muestra de 7940 pacientes de AP (estudio SCREEN) realizado en el momento económico previo a la crisis (2006) en 17 comunidades autónomas y cuyos resultados fueron publicados en la revista *Journal of Affective Disorders*¹⁰; y el estudio IMPACT, aplicado en los mismos centros de salud durante la crisis económica (2010) con una muestra de 5876 pacientes.

La metodología de ambos estudios fue diseñada de forma similar: muestreo polietápico y estratificado (género y residencia rural/urbana) con una selección de los centros de salud distribuidos proporcionalmente entre las 17 comunidades autónomas, una selección de los médicos de AP en cada uno de los centros (1925 médicos en el estudio SCREEN y 1175 en el estudio IMPACT) y selección aleatoria (por días de la semana y franja horaria) de 4 pacientes por parte de cada médico de AP. Se calculó el tamaño muestral a partir de los datos de prevalencia de los trastornos mentales más habituales en AP para garantizar un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 2,5$. Fueron incluidos los pacientes mayores de 18 años que consultaran a su médico de familia por cualquier motivo y que presentaran aptitudes físicas y mentales necesarias para comprender y completar los cuestionarios, quedando excluidos los individuos con algún tipo de demencia o un deterioro cognitivo que imposibilitara la recogida de datos.

Los resultados obtenidos, publicados en la revista *European Journal of Public Health*¹¹, mostraron un incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010. La prevalencia de pacientes con dependencia y abuso de alcohol, seguidos de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los somatomorfos aumentó de manera significativa durante la crisis económica (**Figura 2**).

Al analizar los aspectos socioeconómicos personales y familiares como factores de riesgo

Figura 2. Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (estudio IMPACT)



de las enfermedades mentales se observó que existe un riesgo del 3,1% de padecer depresión atribuida al desempleo. Se evaluó el riesgo asociado a los miembros de la familia del parado y los resultados mostraron que los trastornos mentales tienen una asociación significativa con un familiar desempleado. También se evaluó el riesgo para el trastorno depresivo mayor asociado con las dificultades del pago de las hipotecas. Una vez corregida la muestra por los riesgos de desempleo apareció un riesgo adicional, estadísticamente significativo, de padecer dicho trastorno asociado a las dificultades para pagar la hipoteca, que representó un 11,0% de riesgo adicional en la población general.

EL SUICIDIO Y LA CRISIS ECONÓMICA, UNA RELACIÓN COMPLEJA

Para Durkheim, cada sociedad predispone, en mayor o menor medida, a sus miembros al suicidio, aunque éste sea un acto voluntario y, por regla general, individual. Esto le llevó a formular la hipótesis de que *el grado de cohesión social de una sociedad está en relación inversa a la tasa social de suicidios*.

En este sentido, donde además de considerar los trastornos mentales como factor de riesgo también se tiene en cuenta la intervención de otros condicionantes psicosociales, ambientales y culturales, Chang *et al.* (2009)¹² y Kwong *et al.* (2009)¹³ indicaron que hubo una asociación entre la crisis económica que se produjo en Asia (1997-98) y un aumento de la mortalidad por suicidio en la mayoría de países asiáticos, relacionado con un incremento de las tasas de desempleo. En Europa, Stuckler *et al.* (2009)¹⁴ demostró que cada 1% de aumento en desempleo se asocia a 0,79% de aumento en la tasa de suicidios en menores de 65 años. Por el contrario, Ostamo *et al.* (2001)¹⁵ no encontró diferencias entre los intentos de suicidio en Finlandia durante la recesión económica que sufrió este país entre 1989 y 1997. Estas diferencias entre países pueden ser explicadas por los diferentes niveles de desarrollo del estado de bienestar.

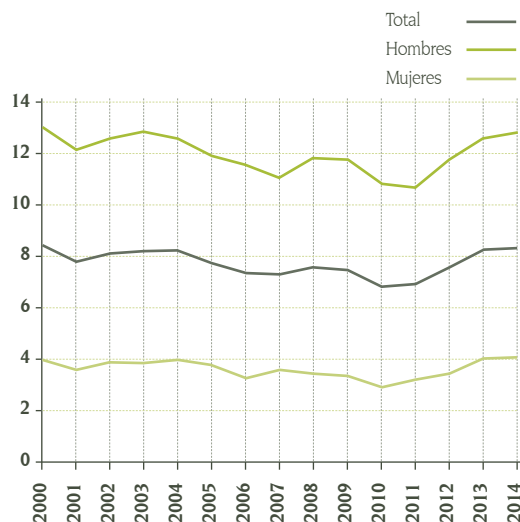
La relación entre una posible relación de la crisis y el suicidio es motivo de controversia en algunos países como en Grecia y España. Una animada discusión acerca de esta relación podemos encontrarla en *Lancet*^{17,18,19} donde, por una parte algunos autores¹⁷ defendieron un aumento de la tasa de suicidio en Grecia desde el año 2007 advirtiendo de la escasez de datos oficiales y remitiendo a unas declaraciones del ministro de salud en las que señalaba un aumento del 40% en los datos de suicidio de 2010 a 2011, mientras que otros autores mostraron que no existía este vínculo al considerar las fluctuaciones de las tasas de suicidio desde 1960¹⁸.

En el caso de España, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)²⁰ los datos oficiales sobre suicidio indican que se produjo un aumento entre 2006 (7,37 por 100 000 hab) y 2008 (7,58 por 100 000 hab), seguido de una tendencia a la baja en 2011 (6,89 por 100 000 hab) (**Figura 3**).

No obstante, se debe tener en cuenta que las cifras de suicidio varían en función del sistema de recogida de datos. Así, como han señalado ya Giner y Guija²¹, existen discrepancias entre las cifras de suicidios en estudios realizados por médicos forenses y las obtenidas a través del Instituto Nacional de Estadística (INE). De hecho, se observó un aumento muy significativo en el cómputo de casos de suicidios en la comunidad de Madrid en el año 2012

Figura 3. Tasas de suicidio en España por 100 000 habitantes

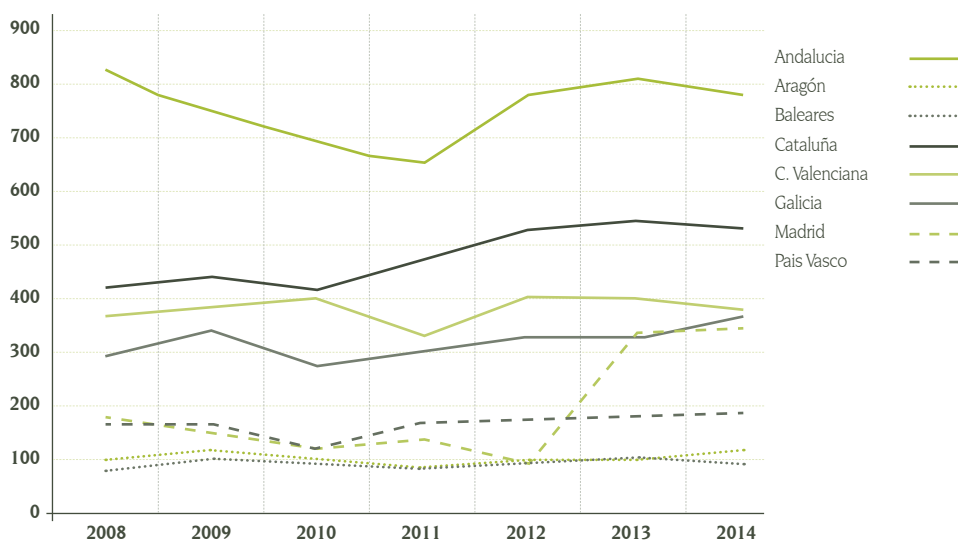
| | Total | Hombres | Mujeres |
|------|-------|---------|---------|
| 2000 | 8,43 | 13,05 | 3,99 |
| 2001 | 7,83 | 12,18 | 3,66 |
| 2002 | 8,16 | 12,60 | 3,88 |
| 2003 | 8,28 | 12,85 | 3,87 |
| 2004 | 8,22 | 12,63 | 3,94 |
| 2005 | 7,83 | 12,03 | 3,76 |
| 2006 | 7,37 | 11,56 | 3,29 |
| 2007 | 7,27 | 11,12 | 3,52 |
| 2008 | 7,58 | 11,89 | 3,38 |
| 2009 | 7,47 | 11,76 | 3,28 |
| 2010 | 6,85 | 10,87 | 2,95 |
| 2011 | 6,89 | 10,74 | 3,18 |
| 2012 | 7,57 | 11,82 | 3,44 |
| 2013 | 8,31 | 16,69 | 4,05 |
| 2014 | 8,41 | 12,86 | 4,11 |



y una posterior estabilización de esta tasa, coincidiendo con la incorporación de médicos forenses en el proceso de obtención de estos datos (**Figura 4**).

Por todo esto, solo estudios evolutivos de mayor duración¹⁹, con las cifras de suicidio

Figura 4. Evolución del suicidio por CCAA (2008-2014)



consumados en los próximos años en los países afectados por la precariedad económica, nos permitirán obtener respuestas nuevas o más precisas sobre la relación entre la crisis económica y el suicidio.

CONCLUSIONES

- España presenta una de las tasas más elevadas de desempleo de la Unión Europea, con un 19.9% en Junio del 2016.
- Existen algunas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las crisis económicas sobre la salud en general. No obstante, existe amplio consenso referente a que la salud mental se ve negativamente afectada en periodos de recesión económica.
- Las crisis económicas se acompañan a largo plazo de peor salud (por el aumento del paro y de la pobreza, y por el incremento de la diferencias entre pobres y ricos) pero no siempre se acompañan de mayor mortalidad.
- El estudio IMPACT sugiere un aumento en la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes durante la crisis económica en España, evaluados con instrumentos específicos para Atención Primaria.
- El "peso" sanitario de la repercusión en los trastornos mentales de las crisis económicas en España recae inicialmente sobre Atención Primaria. Es importante establecer una relación entre Atención Primaria y Psiquiatría, en la cual aparezcan métodos de detección, criterios homogéneos de derivación y procedimientos terapéuticos.
- La planificación de servicios en salud mental debería adecuarse a un eventual aumento de la demanda.
- El riesgo de suicidio no parece haberse incrementado de manera relevante en los últimos años. No obstante, se ha observado un aumento en el número de suicidios en algunos grupos específicos, concretamente en el grupo de adultos varones en edad laboral.
- Se necesitan datos comparados sobre la utilización de los servicios de salud mental, las tasas de hospitalización, las visitas a Urgencias, el consumo de psicofármacos, los intentos de suicidio, los suicidios consumados en situación previa y durante una crisis económica para llegar a conclusiones que determinen el papel de la crisis económica en la salud mental en España.
- Es importante discriminar informaciones periodísticas, políticas o en redes sociales de la información científica rigurosa, apoyada en cifras y estudios disponibles en todo lo referente a trastornos mentales y crisis económica.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Bank. World development indicators. 1 st ed. Washington DC: WorldBank; 2011. p. 460.
2. Eurostat. Eurostat Database. Brussels: European Commission; 2011.
3. Eurostat. Euroindicators: Unemployment June 2016. Brussels: European Commission; 2016.
4. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*.2009;374:315–23
5. Ruhm CJ. Are recessions good for your health? *Q J Econ*. 2000;617-650.
6. Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4(3):298-316.
7. Organización Mundial de la Salud. Determinantes psicosociales de la salud mental; OMS: 2013.
8. World Health Association. Impact of economic crisis on mental health. WHO: 2011.
9. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of theeconomic crisis. *World Psychiatry*. 2012;11:139–43.
10. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia-Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):52-8.
11. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*.2013;23:103–8.22.
12. Chang S, Gunnell D, Sterne J, et al. Was the economic crisis 1997-1998 respon-sible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis forJapan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*.2009;68:1322–31.
13. Kwong JW, Chun H, Cho Sl. A closer look at the increase in suicide rates in SouthKorea from 1986-2005. *BMC Public Health*. 2009;9:72.
14. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*.2009;374:315–23.
15. Ostamo A, Lönngvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36:354–60.
16. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during economic crisis. *Eur J Public Health*. 2014; 24(3): 415-8.
17. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financialcrisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378:1457–8.
18. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, et al. Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet*. 2012;379:1001–2.
19. Roca M, Gili M, García-Campayo J, García-Toro, M. Economic crisis and mental health in Spain. *The Lancet*. 2013. 382: 1977-8.
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2006-2011) [Inter-net]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 16/11/2016). Disponible en: <http://www.ine.es>
21. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7(3):139-46.

PARANOIA Y CONDUCTA SUICIDA



Paranoia y riesgo suicida: ¿Dos dimensiones sintomáticas relacionadas?

4

J. A. Cervilla Ballesteros

INTRODUCCIÓN

El término *paranoia* procede del griego *para* (lado) y *gnous* (conocimiento) y, denotando "pensamiento paralelo o aberrante", ha sido utilizado desde la época clásica para connotar locura. El término fue rescatado para la psiquiatría por Khalbaum en el siglo XIX adscribiéndosele desde entonces una acepción, más específica y cercana a la actual, que hace referencia a una desconfianza exagerada y/o infundada hacia otros o el entorno exterior. Con Kraepelin, el concepto de paranoia se eleva al de un trastorno mental de pleno derecho, distinto de la esquizofrenia, consistente en la presencia de delirios de contenido más plausible y ausencia de las alteraciones perceptivas de aquella. Este concepto de paranoia de principios del siglo XX, contiene también elementos que no han sido cuestionados hasta recientemente, como la creencia de que no se asociaba a deterioro cognitivo o estado deficiente o que no se acompañaba de alteración importante de la funcionalidad global o de la personalidad, más allá de lo directamente relacionado con la patología delirante.

Autores como Kretshmer y Kholer influyeron opuestamente en la controversia que habría de reinar en la psiquiatría de los dos cuartos centrales del siglo XX, de si la paranoia, en efecto, constituía un trastorno diferenciado (delirio sensitivo de Kretshmer) o era simplemente una forma tardía y liviana de esquizofrenia (Series de Kholer).

La DSM-III, en 1980, impulsó de la mano de autores como Kendler y dentro de su tendencia neokraepeliniana, una redefinición del trastorno hasta entonces denominado paranoia el cual fue cambiado, sin gran alteración de sus criterios diagnósticos, por el término Trastorno Delirante (TD). Dicha denominación ha prevalecido hasta el presente en las versiones posteriores de dicha clasificación y, de forma muy similar, en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

LA PARANOIA COMO DIMENSIÓN SINTOMÁTICA

En los últimos 25 años, a colación del debate categorial vs. dimensional de las psicosis, se ha ido progresivamente instilando el concepto de la existencia de dimensiones sintomáticas latentes, que pueden estar presentes con diferente intensidad en distintas categorías de trastorno psicótico. La actual DSM5 ha llegado a prescindir de las categorías intra-clase anteriores de subtipificación de la esquizofrenia (paranoide, indiferenciada, residual, etc.) por las actuales que son de tipo dimensional (delirios, alucinaciones, negativos, cognitivos, etc.). Así, dentro de las 8 dimensiones psicóticas que perfilan actual-

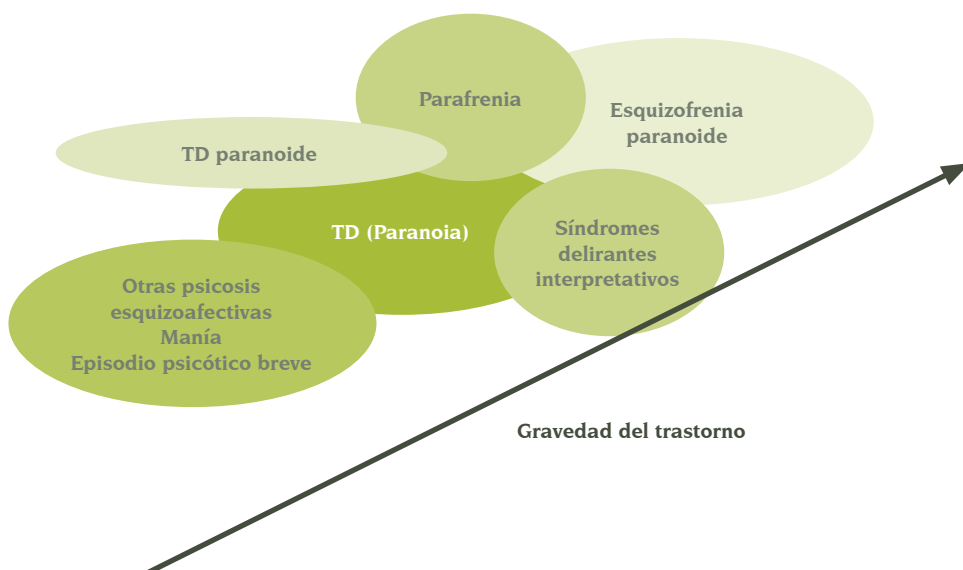
mente la patoplastia de la esquizofrenia, aparece la denominada "delirios" que la DSM5 propone dentro de este trastorno psicótico.

En un poco atrevido intento dimensionalizante, la DSM5 no ha propuesto que las dimensiones psicóticas de la esquizofrenia puedan, de hecho, ser útiles para perfilar también otros trastornos psicóticos -trastorno esquizoafectivo (TEA) y trastorno delirante (TD)- o, incluso, el trastorno bipolar, lo cual habría tenido a mi juicio la misma validez de constructo que la propuesta actual, centrada sólo en esquizofrenia. De hecho, mucho antes, autores como Alistair Munro (1999) han propuesto que la paranoia puede conceptualizarse como una dimensión sintomática que está presente, en intensidad diferente, a través de una gama de distintos trastornos mentales y postuló la llamada "teoría del espectro delirante" (representada esquemáticamente en la **Figura 1**).

Más tarde, en un estudio de exploración factorial psicopatológica de pacientes con TD, demostramos la existencia, dentro de dicho trastorno, de distintas dimensiones sintomáticas, algunas coincidentes con las descritas para esquizofrenia, entre las que destacaba la "paranoia vera" o dimensión paranoide¹.

Nuestra propuesta entonces fue, en base a esos datos sin precedentes, diferenciar los distintos tipos de TD en función de estas dimensiones obtenidas empíricamente del estudio con mayor número de casos hasta el momento, y no en base a un criterio arbitrario como el todavía reinante: el contenido de las ideas delirantes. Dicha propuesta de que prevalezca la estructura o forma fenomenológica y no el contenido, tiene acaso actualmente más relevancia, dado el giro copernicano que ha supuesto la abolición de los subtipos de esquizofrenia en favor de la descripción de dimensiones psicóticas para este trastorno.

Figura 1: Teoría de la dimensión delirante (Paranoia)

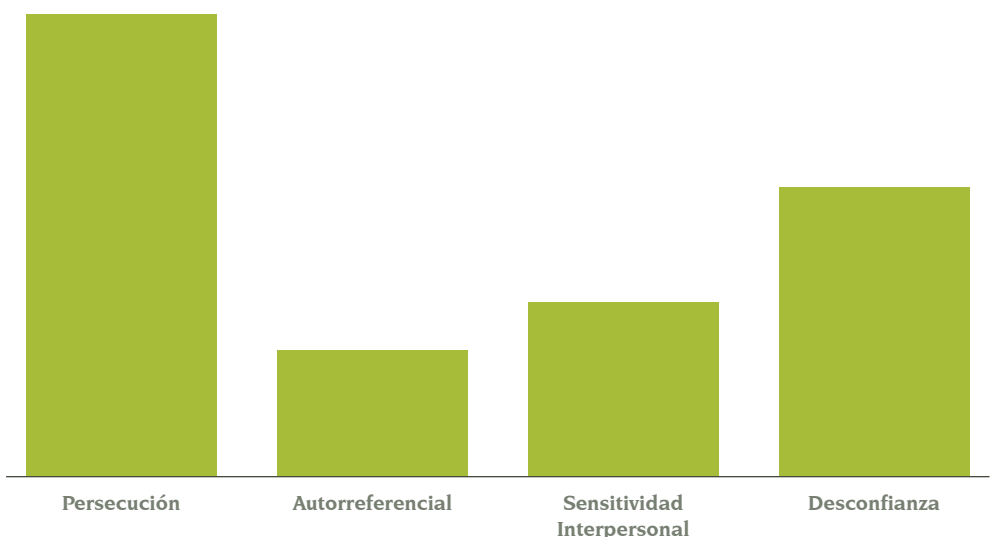


Es más, recientemente, nuestro grupo de investigación ha propuesto una fórmula sencilla de dimensiones psicóticas, demostrando empíricamente que es aplicable a los tres principales trastornos psicóticos: esquizofrenia, TEA y TD². En base a toda esta evidencia, nuestra propuesta es que se extienda a todos los trastornos psicóticos, no sólo a esquizofrenia, el perfil de los mismos usando dimensiones panpsicóticas. Nuestro grupo, además, ha demostrado primero con una revisión sistemática³ y luego con un estudio caso-control más reciente⁴, que el TD no sólo sí que está asociado a déficits cognitivos sino que éstos son muy similares cualitativamente a los presentes en la esquizofrenia, aunque acaso menos pronunciados.

Si bien nuestros hallazgos vinieron a corroborar empíricamente la hipótesis de Munro de que existe una dimensión sintomática que es aplicable a varias psicosis y a otros trastornos mentales, algunos estudios de los últimos 15 años han extrapolado dicha noción a la población general. En efecto, en lo referente a la paranoia, autores británicos como Daniel Freeman o Paul Bebbington han demostrado que la dimensión paranoia está presente en la población general como un rasgo del comportamiento humano que, sólo en casos extremos, adquiere una dimensión patológica^{5,6}.

La **Figura 2** muestra los distintos componentes de la dimensión paranoide tal y como se ha objetivado en la población general con elementos persecutorios, autorreferenciales, de "sensitividad" interpersonal y desconfianza. En definitiva, la evidencia demuestra que la paranoia o el paranoidismo pueden ser considerados como una dimensión sintomática, no sólo a nivel de trastornos psicóticos, sino a nivel poblacional (Modificado de Bebbington et al, 2013)⁶.

Figura 2: Componentes de la paranoia y su presencia en la población general



EL RIESGO SUICIDA COMO DIMENSIÓN SINTOMÁTICA

Aunque con menos traslación que las dimensiones psicóticas, la "dimensión" conducta suicida también ha sido postulada como un ente sintomático que trasciende las categorías de trastornos psiquiátricos y que puede estar presente, con intensidad variable, en distintas enfermedades mentales. Así, la conducta suicida ha sido propuesta incluso como un diagnóstico separado o un eje distinto a considerar dentro de las nosologías psiquiátricas por autores como Oquendo, Baca-García o Giner⁷. Ciertamente, en psiquiatría, pocas son las situaciones clínicas más graves que la conducta suicida y resulta sorprendente que, aunque sea habitual la necesidad clínica de evaluar el riesgo de suicidio, es aún muy infrecuente la protocolización de dicha evaluación por parte de los psiquiatras clínicos. Una aproximación sistemática de evaluación específica de riesgo de suicidio basada en la comprobación de la existencia de factores de riesgo objetivos y conductas de conocida peligrosidad suicida, debe ser objeto de un profundo debate por parte de la psiquiatría clínica. En este sentido, nuestro grupo en colaboración con otros grupos nacionales, hemos validado dos instrumentos para la identificación sistemática del riesgo suicida: el Cuestionario Breve de Suicidio⁸ y, más recientemente, la *Columbia Suicide Risk Scale*⁹. El uso de este tipo de escalas puede tornarse una medida preventiva importante a bajo coste.

Por otra parte, también se puede conceptualizar el riesgo de suicidio como una posible dimensión sintomática o comportamental en la población general. En efecto, múltiples estudios epidemiológicos han mostrado que la evaluación de dicho riesgo en la población general, arroja cifras de prevalencia para los distintos componentes del mismo que exceden y pueden llegar a ser independientes de la co-ocurrencia de un trastorno mental. Así, autores como Kessler o Nock¹⁰ han mostrado importantes prevalencias poblacionales de ideación (9%), planificación (3%) o intento (2,5%) suicidas. Dichas cifras justifican la noción de una dimensión poblacional y psiquiátrica en el riesgo suicida.

ASOCIACIÓN ENTRE PARANOIA Y RIESGO SUICIDA

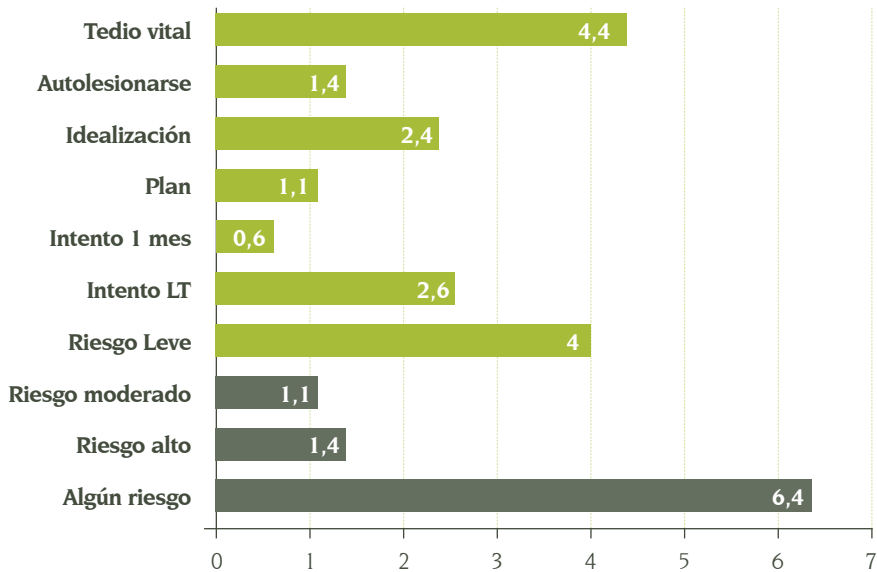
Algunos autores, pocos, han estudiado la influencia de paranoia en el riesgo suicida. En general se puede concluir que la literatura científica demuestra que la presencia de paranoia y/o delirios multiplica el riesgo de desarrollar conductas suicidas. Así, Koyanagi *et al.*¹¹ reportaron un incremento en los elementos del riesgo suicida ante la co-ocurrencia de síntomas psicóticos subclínicos, en general, (triplicando la ideación y duplicando la planificación e intentos) y de la paranoia, en particular (multiplicando por casi cuatro veces las autolesiones no fatales). Otro estudio¹² muestra un aumento de prevalencia de elementos de riesgo suicida en presencia de actividad delirante (ideación: 12,9%; planificación 4%; intento 3%).

El mismo Freeman sugiere que el aumento, cercano a tres veces más, del riesgo suicida entre personas con paranooidismo puede ser detonado por un sesgo cognitivo típico de la paranoia: el comportamiento de seguridad para evitar un daño por otros que, en este caso, llevaría a la paradoja de la autolesión (por huida, por ejemplo).

En un estudio epidemiológico de una amplia muestra representativa de la población andaluza (n=4507) desarrollado por nuestro grupo de investigación de la Universidad de Granada (Estudio PISMA-ep), utilizamos la versión española de la escala *Green's Paranoid Thought*

Scale (GPTS)¹³. Dicha escala detecta paranoia clínica y sus componentes: persecutorio y de autorreferencia. La prevalencia de paranoia a un nivel que requiera atención clínica evaluada con dicho instrumento fue establecida en 1,2% (Cervilla & Carrillo de Albornoz et al, en preparación). Por otra parte, en el mismo estudio también medimos el riesgo suicida y sus componentes (tedio vital, autolesiones, ideación, planificación, intento) utilizando la subescala al respecto que contiene la entrevista semiestructurada MINI *Neuropsychiatric Interview* que permite establecer un gradaje de riesgo suicida en casos de leve moderado a elevado. La **Figura 3** muestra un resumen de las frecuencias de dichos componentes y grados del riesgo suicida en nuestra muestra del estudio PISMA-ep (Huertas, Moren-Küstner & Cervilla, en preparación).

Figura 3. Prevalencias de componentes del riesgo suicida en el estudio PISMA-ep



CO-OCURRENCIA PARANOIA/RIESGO SUICIDA

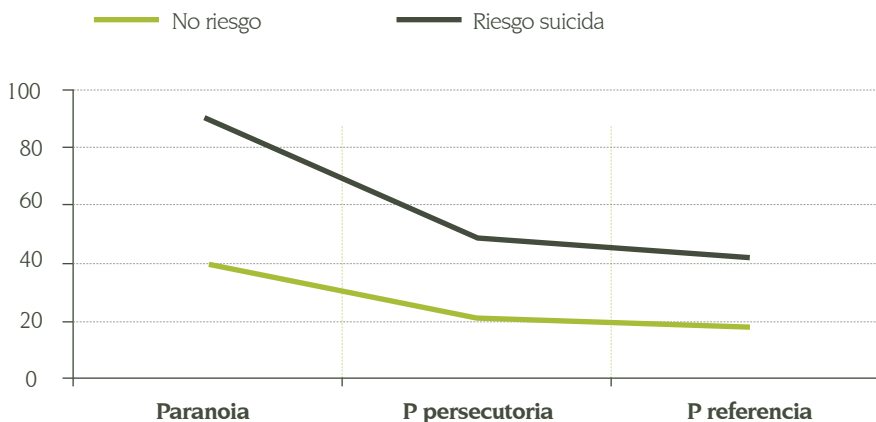
Finalmente, para acabar este trabajo presentaré en primicia los resultados de nuestro ejercicio de estudio empírico, basado en los datos del citado PISMA-ep, sobre la interrelación entre paranoia y riesgo suicida (Carrillo de Albornoz et al. & Cervilla, en preparación). La asociación entre ambas dimensiones psicopatológicas no es menor. En efecto, la **Figura 4** muestra gráficamente la asociación lineal y estadísticamente significativa entre niveles crecientes de paranoia y riesgo suicida. Dicha asociación es mayor, aún si lo que miramos no es la puntuación en la escala de paranoia en relación a la de riesgo suicida sino el hecho de tener un diagnóstico de paranoia clínica vs. cualquier nivel de riesgo suicida. En efecto, al mirar esta asociación, observamos que tener paranoia clínica multiplica por más de 11 veces el tener

Figura 4. Asociación lineal entre paranoia y riesgo suicida



algún riesgo suicida en nuestra muestra (OR=11.3; IC95% 6,4-20); $p=0,0001$). Por otra parte, dicha asociación es mayor en el componente persecutorio de la paranoia comparado con el componente autorreferencial, si bien, en ambos se mantiene un nivel paralelo de alto grado de asociación con riesgo suicida (Figura 5). Es más, la asociación encontrada era aún mayor si los parámetros que se utilizaban en el análisis estaban en el extremo de ambas dimensiones. Así, cuando comparamos la existencia de intentos de suicidio entre personas con niveles de paranoia clínica vs. controles, la fuerza de la asociación era mayor con una *odds ratio* superior a 20 y altamente significativa.

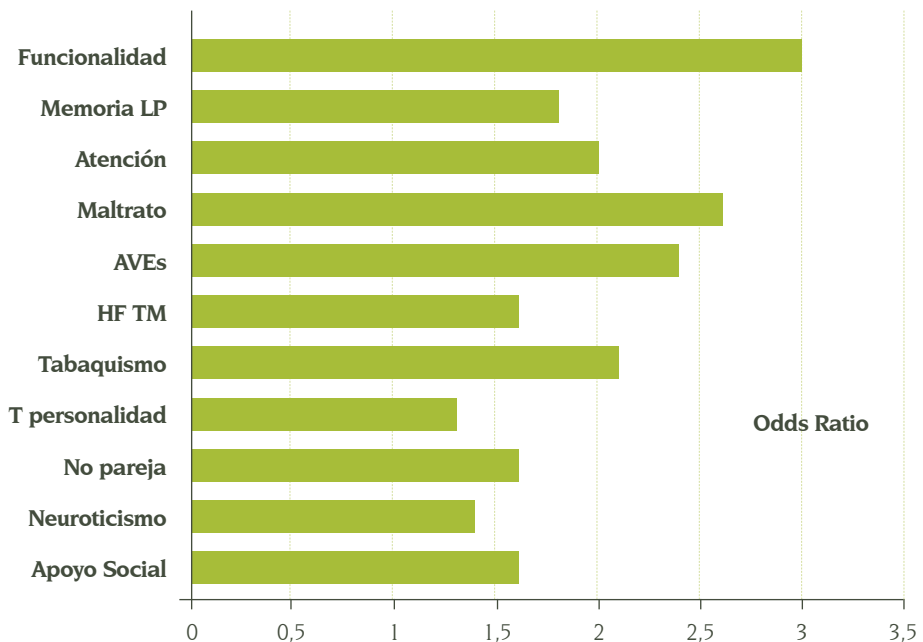
Figura 5. Asociación entre componentes de paranoia y riesgo suicida



FACTORES DE RIESGO DE LA CO-OCURRENCIA PARANOIA/RIESGO SUICIDA

Nadie, hasta el momento y hasta donde hemos alcanzado a explorar, ha reportado cual puede ser el paquete de factores de riesgo de tan pronunciada asociación entre ambas dimensiones sintomáticas. Al menos así es en lo referente a estudios poblacionales y de base empírica. En nuestro ejercicio exploratorio, nos aventuramos pues a la identificación de determinantes que aumentasen el riesgo de que, en la misma persona, co-ocurran un nivel elevado de paranoia y de riesgo de suicidio comparados contra el resto de la muestra, es decir aquellos participantes que no experimentan dicha comorbilidad. La **Figura 6** muestra el conjunto, identificado por regresión logística multivariante, de elementos que aumentan la probabilidad de que ocurran niveles altos de ambas dimensiones a la vez. En resumen, encontramos que la citada fenomenología conjunta está asociada a problemas cognitivos como la disminución de la atención y la memoria, historia familiar de trastorno mental, consumo de tóxicos (particularmente tabaquismo), adversidad social (maltrato, acontecimientos vitales estresantes y falta de apoyo social o ausencia de pareja), problemas de personalidad, incluyendo el neuroticismo y disminución de la funcionalidad global.

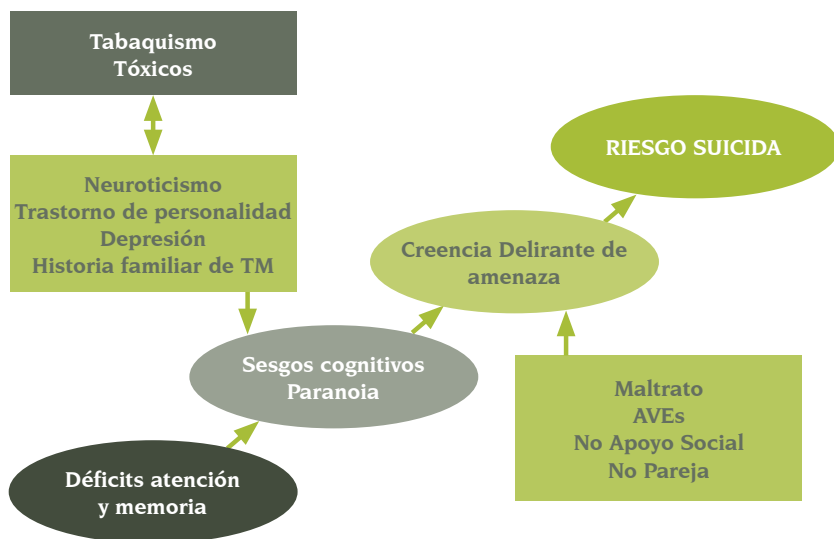
Figura 6. Determinantes de riesgo de la comorbilidad paranoia/riesgo de suicidio



DISCUSIÓN

A modo de discusión, teorizaremos ahora sobre la información que nos proporciona nuestra revisión y los resultados empíricos del estudio presentado. Por un lado, los déficits cognitivos objetivados en nuestra muestra pueden detonar la instauración de los llamados sesgos cognitivos de las psicosis (*Saltar a conclusiones, abstracción selectiva, necesidad de cierre*) que la teoría cognitiva sugiere como precipitantes de la paranoia y otros estados del espectro delirante. Esto llevaría plausiblemente a "creencia de amenaza" y a la actuación como "safety-behaviour" (conducta de seguridad) a una conducta o riesgo suicida. Por otro lado, esto podría estar modulado por los factores de riesgo de adversidad social y maltrato, también conocidos como detonantes de ambas situaciones clínicas. Dicho salto al riesgo o a la conducta suicida vendría modulado por saliencia anormal de rasgos de personalidad patológicos como el neuroticismo y por adversidad social o consumo de tóxicos (**Figura 7**).

Figura 7. Hipótesis explicativa de la relación entre paranoia y riesgo suicida



CONCLUSIONES

- Este trabajo ha explorado la evidencia proporcionada por la literatura psiquiátrica en torno a la correlación de paranoia y riesgo suicida.
- Tanto en dicho intento, como en la comprobación empírica, a partir de datos de una amplia muestra poblacional andaluza, de la interrelación entre ambas dimensiones psicopatológicas, podemos concluir que la coocurrencia de las mismas es más frecuente que lo esperable por azar y es significativa de un modo estadístico.
- En ausencia de mejor evidencia, podemos postular que los problemas cognitivos, la adversidad social y la personalidad patológica pueden ser determinantes de la comorbilidad, objeto de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Portugal E, González N, del Amo V, Haro JM, Díaz-Caneja CM, Luna del Castillo Jde D, Cervilla JA. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Compr Psychiatry*. 2013 Apr;54(3):243-55. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.08.002. PubMed PMID: 23021895.
2. Muñoz-Negro JE, Cervilla JA. A Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Dec;36(6):684-690. PubMed PMID: 27811554.
3. Ibanez-Casas I, De Portugal E, Gonzalez N, McKenney KA, Haro JM, Usall J, Perez-Garcia M, Cervilla JA. Deficits in executive and memory processes in delusional disorder: a case-control study. *PLoS One*. 2013 Jul 2;8(7):e67341. doi: 10.1371/journal.pone.0067341. PubMed PMID: 23844005; PubMed Central PMCID:PMC3699582.
4. Ibáñez-Casas I, Femia-Marzo P, Padilla JL, Green CE, de Portugal E, Cervilla JA. Spanish adaptation of the Green Paranoid Thought Scales. *Psicothema*. 2015;27(1):74-81. doi: 10.7334/psicothema2014.103. PubMed PMID: 25633773.
5. Bebbington PE, McBride O, Steel C, Kuipers E, Radovanovic M, Brugha T, Jenkins R, Meltzer HI, Freeman D. The structure of paranoia in the general population. *Br J Psychiatry*. 2013 Jun;202:419-27. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119032. PubMed PMID: 23661767.
6. Freeman D. Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):685-92. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00066-3. Review. PubMed PMID: 27371990.
7. Oquendo M, Baca-García E, Mann J and Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal Behaviour as a Separate Dianosis on a Separate Axis. *American Journal of Psychiatry*,2013, 1383-4.
8. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, Saiz Ruiz J, Ibañez A, Tiana T, Durán Sindreu S, Perez Sola V, de Diego-Otero Y, Pérez-Costillas L, Fernández García-Andrade R, Saiz-González D, Jiménez Arriero MA, Navío Acosta M, Giner L, Guija JA, Escobar JL, Cervilla JA, Quesada M, Braquehais D, Blasco-Fontecilla H, Legido-Gil T, Aroca F, Baca-García E; GEICS.. [Brief Suicide Questionnaire. Inter-rater reliability]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012 Jan-Mar;5(1):24-36. doi: rpsm.2011.10.001. Spanish. PubMed PMID: 22854501.
9. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, Cervilla J, Navarrete MI, Díaz-Mesa EM, García-Álvarez L, Muñiz J, Posner K, Oquendo MA, García-Portilla MP, Bobes J. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016 Jul-Sep;9(3):134-42. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.02.002. English, Spanish. PubMed PMID: 27158026.
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002. Review. PubMed PMID: 18653727; PubMed Central PMCID: PMC2576496.
11. Koyanagi A, Stickley A, Haro JM. Subclinical psychosis and suicidal behavior in England: Findings from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Res*. 2015 Oct;168(1-2):62-7. doi: 10.1016/j.schres.2015.07.041. PubMed PMID:26255564.
12. Saha S, Scott J, Joohnson A et al. The association between delusional-like experiences and suicidal thoughts. *Schizophrenia Research*
13. Ibanez-Casas I, Cervilla JA. Neuropsychological research in delusional disorder: a comprehensive review. *Psychopathology*. 2012;45(2):78-95. doi: 10.1159/000327899. Review. PubMed PMID: 22269940.

OTRAS REFERENCIAS RELACIONADAS

- Cervilla JA, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Rivera M, Ibáñez-Casas I, Molina E, Valmisa E, Carmona-Calvo J, Moreno-Küstner B, Muñoz-Negro JE, Ching-López A, Gutiérrez B. Protocol and methodology of Study epidemiological mental health in Andalusia: PISMA-ep. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016 May 27. pii:m S1888-9891(16)30015-5. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.11.004.
- Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G. Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav Res Ther.* 2007 Jan;45(1):89-99. PubMed PMID: 16530161.
- Muñoz-Negro JE, Ibanez-Casas I, de Portugal E, Ochoa S, Dolz M, Haro JM, Ruiz-Veguilla M, del Castillo Jde D, Cervilla JA. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res.* 2015 Dec;169(1-3):248-54. doi: 10.1016/j.schres.2015.10.039. PubMed PMID: 26585220.
- Savulich G, Freeman D, Shergill S, Yiend J. Interpretation biases in paranoia. *Behav Ther.* 2015 Jan;46(1):110-24. doi: 10.1016/j.beth.2014.08.002. PubMed PMID: 25526839.

INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA



P. A. Sáiz, J. Rodríguez-Revuelta, L. González Blanco, P. Burón, L. García Álvarez, J. Basteiro Monge, S. Al-Halabí, P. García-Portilla González, J. Bobes García

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la Salud Pública mundial¹. Datos recientes publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ponen de manifiesto que durante el año 2012 se han producido unos 840 000 suicidios en todo el mundo². En España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, el suicidio como primera causa no natural de defunción, superando a los fallecidos por accidentes de tráfico y esta situación se mantiene invariable hasta el 2014, año del que se disponen los últimos datos oficiales³. Por otra parte, la discrepancia existente entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal hace pensar en una clara tendencia a la subnotificación del número de muertes por suicidio en España⁴. Datos sugieren que por cada suicidio consumado existen, potencialmente, al menos 20 personas que realizan una tentativa de suicidio (TS)⁵. Por tales motivos, la OMS considera esencial la incorporación de estrategias de prevención de suicidio como un componente central de los cuidados de Salud². A pesar de ello y, a pesar de que la Estrategia Nacional de Salud Mental considera que la prevención del suicidio es un objetivo prioritario, en España no se dispone de una estrategia a nivel nacional y, sólo en algunas comunidades, existe algún tipo de abordaje preventivo⁶.

Los datos disponibles ponen de manifiesto que el mejor factor predictor de riesgo de futuro suicidio consumado en población general es la existencia de TS previas⁵. Por otra parte, el riesgo de repetición de una TS, tras admisión en un servicio de urgencia hospitalario, es alrededor del 25%⁷. Por ello, todas aquellas intervenciones dirigidas a la prevención de la repetición de una TS (prevención terciaria), tendrían a priori, un valor preventivo a la hora de disminuir el riesgo de suicidio consumado. Asimismo, los servicios de urgencia hospitalarios constituirían un lugar de prioritaria importancia a la hora de desarrollar e iniciar estrategias efectivas dirigidas a pacientes que acuden por TS^{8,9}. Un reciente metaanálisis llevado a cabo por Inagaki et al., (2015) pone de manifiesto que el contacto activo con los pacientes tras la realización de una TS y la intervenciones que facilitan su seguimiento son efectivas a la hora de reducir el riesgo de repetición dentro de los 12 meses siguientes ($n = 5.319$ casos; Riesgo Relativo (RR) = 0,83; 95% Intervalo de Confianza (IC) = 0,71-0,97). Si bien, dicho efecto no ha sido confirmado a los 24 meses ($n = 925$; RR = 0,98; 95% IC = 0,76-1,22). A lo largo de este capítulo se expondrán brevemente las características y principales resultados de algunas de dichas intervenciones.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO ACTIVAS

Envío de cartas / postales

Motto y Bostrom¹⁰ llevaron a cabo un estudio sobre un total de 3.005 personas hospitalizadas por depresión o riesgo de suicidio. Todos ellos fueron contactados 30 días tras ser dados de alta hospitalaria para conocer su situación de adherencia terapéutica. De ellos, 1.939 continuaron su tratamiento a nivel ambulatorio y 843 pacientes rechazaron continuar con tratamiento y fueron aleatorizados a dos grupos diferentes, uno de los grupos recibía contactos por carta, cuatro veces al año durante 5 años ($n = 389$) y, el otro, no recibió ningún tipo de contacto posterior ($n = 454$). A su vez, utilizaron un procedimiento para identificar a los pacientes fallecidos durante los 5 años de seguimiento y los 10 años posteriores al mismo y compararon las tasas de suicidio entre los diferentes grupos. Los pacientes del grupo contactado a través de carta tuvieron las tasas más bajas de suicidio a lo largo de los 5 años de intervención. El análisis de supervivencia demostró una tasa significativamente más baja ($p = 0,4$) en dicho grupo durante los dos primeros años en comparación con los no contactados y con los que siguieron el tratamiento ambulatorio pero no fueron contactados. Las diferencias en las tasas fueron posteriormente disminuyendo progresivamente entre los tres grupos, hasta converger tras 14 años de seguimiento.

Otro estudio de características similares es el realizado por Carter et al., (2005), en el cual 772 pacientes atendidos a nivel de un hospital general tras autointoxicación voluntaria con fines autolíticos fueron aleatorizados a dos grupos, uno recibió el tratamiento estándar ($n = 394$) y otro ($n = 378$) recibió 8 postales de recuerdo durante el año siguiente a la TS (meses 1, 2, 3, 4, 6, 8 y 10). Durante el año de seguimiento, la proporción de repetidores en el grupo de intervención no fue significativamente diferente que la del grupo control (15,1% vs 17,3%; $p = 0,41$), pero el número de repeticiones durante dicho tiempo fue significativamente inferior en el grupo de intervención (riesgo relativo de incidencia 0,55; 95% IC 0,35 – 0,87). Tras 5 años de seguimiento continúan sin existir diferencias en el porcentaje de repetidores (24,9% vs 27,2%, $p = 0,52$), pero si mantiene la reducción en el número de repeticiones (riesgo relativo de incidencia 0,54; 95% IC 0,37-0,81) y en el número acumulado de ingresos en psiquiatría (riesgo relativo de incidencia 0,66; 95% IC 0,47-0,91) con un ahorro de 2.565 días de uso de cama hospitalaria en el grupo de intervención¹¹.

Si bien, hay que tener presente que no todos los estudios disponibles aportan datos tan favorables, ya que existen estudios en los que la estrategia basada en el envío de una tarjeta de crisis, incluyendo un número telefónico de contacto disponible las 24 horas al día durante los 6 meses posteriores a la TS, parece que sólo disminuye de modo significativo las tasas de repetición durante los 6 meses posteriores al evento índice en aquellos que realizan su primera TS comparados con el grupo de no intervención (*odds ratio* 0,64, 95% IC 0,34-1,26)¹² y dicho efecto desaparece al año de seguimiento¹³.

Contacto telefónico

Existe un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado realizado en Francia, que incluye 605 pacientes que son contactados telefónicamente tras un mes ($n = 107$) ó tras tres meses ($n = 146$) una vez dados de alta del Servicio de Urgencias hospitalario tras realizar una TS y

comparados con un grupo control que recibe un tratamiento estándar ($n = 312$). En evaluación de seguimiento realizada 13 meses después del intento index, no existen diferencias entre los tres grupos en cuanto al número de repetición, muertes por suicidio o pérdidas durante el seguimiento. Si bien, los pacientes contactados al mes repiten su comportamiento suicida significativamente menos que el grupo control (12% vs 22%; $p = 0,03$), ocupando una posición intermedia y no siendo diferentes de ninguno de los otros dos grupos los contactados al mes 3 (17% de repeticiones)¹⁴. Por otra parte, el análisis *post-hoc* puso de manifiesto que esta estrategia no fue de utilidad en aquellas personas que habían realizado su primera TS¹⁵.

Contacto a través de mensajes de texto (sms)

Los avances tecnológicos han permitido la incorporación de los mensajes de texto como método para facilitar el contacto de pacientes de riesgo y tratar de evitar la repetición del comportamiento suicida. Así, en un estudio piloto realizado en China con una muestra de 15 pacientes que revieron un mensaje a la semana las 4 primeras semanas tras ser dados de alta del Servicio de Urgencias, la mayoría de ellos (12) los consideraron de ayuda y mostraron su deseo de continuar recibiendo durante períodos superiores de tiempo¹⁶.

Otro ejemplo de este tipo de intervención es el estudio SIAM (*Suicide Intervention Assisted by Messages*). Se trata de un estudio multicéntrico aleatorizado de 2 años de duración en el cual un *sms* es enviado a las 48 horas y los días 7 y 15 y después mensualmente hasta completar 6 meses tras ser dados de alta de Servicios de Urgencia hospitalarios o tras breve hospitalización por haber realizado una tentativa de suicidio¹⁷. Datos preliminares de uno de los centros participantes recogidos a los 2 meses de seguimiento y que incluyen 18 pacientes, ponen de manifiesto que se trata de una estrategia bien aceptada por la mayoría de los casos (93,3%) y que es de utilidad para facilitar el seguimiento de los pacientes (93,3%), pero sólo un 60% considera que tiene un impacto positivo en su Salud Mental y 53,3% que puede tener influencia positiva sobre la disminución de la ideación suicida¹⁸.

Intervenciones combinadas

Carta/ postal más teléfono

Este tipo de intervención trata de combinar estrategias complementarias que pudieran ser más útiles para aquellos que realizan su primera tentativa (contacto a través de postal de crisis) junto con aquellas que pudieran ser de más utilidad en repetidores (contacto telefónico). Un ejemplo de ello es el algoritmo ALGOS que se basa en la utilización de un árbol de decisiones para facilitar el contacto con los pacientes según su historia de TS previas y cuyo objetivo es reducir la incidencia de repeticiones en un período de 6 meses¹⁵ pero, desafortunadamente, aún no se tienen datos de dicho proyecto.

Otro ejemplo de este tipo de interés es el estudio aleatorizado realizado en Manchester que incluye un tríptico informativo con datos de contacto, junto con dos llamadas telefónicas durante las dos primeras semanas y luego una serie de cartas durante los meses 1, 2, 4, 6, 8 y 12. Los datos de este estudio ponen de manifiesto que durante los 12 meses de seguimiento existen más personas que repiten la TS en el grupo de intervención que en el control (34,4% vs 12,5%; $p = 0,046$). Si bien el número de participantes en cada grupo es

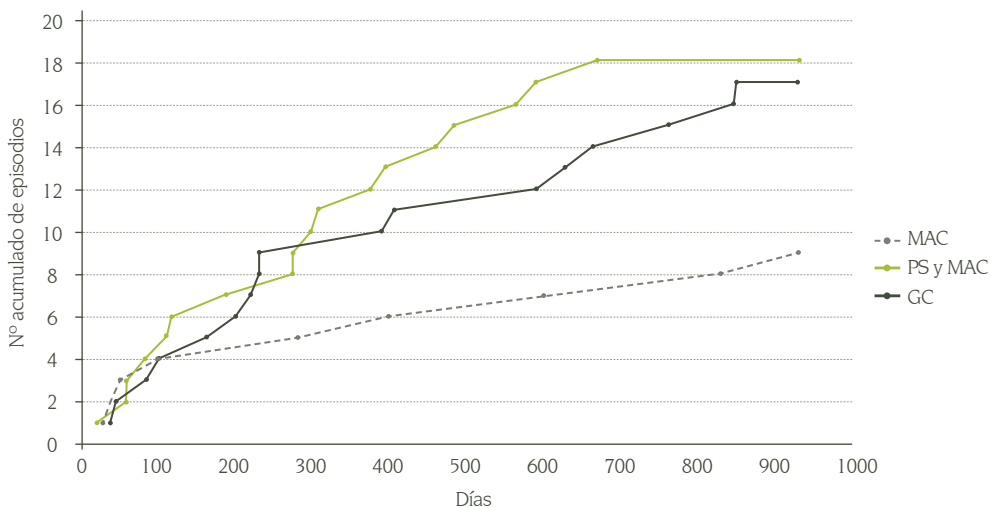
escaso ($n = 12$), este estudio pone de manifiesto la clara necesidad de un mayor conocimiento de la potencial utilidad de estas estrategias.

Manejo de casos más teléfono

El proyecto PSyMAC es un estudio abierto, controlado y multicéntrico diseñado para examinar la efectividad de un protocolo de intervención, centrado en el manejo de casos, en pacientes que demandan atención en un Servicio de Urgencias tras haber realizado una tentativa suicida¹⁹. El estudio incluyó a un total de 163 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, tras haber realizado una TS, que fueron asignados a tres grupos diferentes en función de su preferencia y disponibilidad. El grupo control (GC) ($n = 57$) recibió un tríptico informativo y con facilidades de contacto y el tratamiento usual, el grupo de manejo de casos (MAC) ($n = 51$) recibió el tríptico y fue contactado telefónicamente los días 2, 7 y 15, mes 1, mes 3, mes 6 y mes 12, tras la firma del consentimiento informado y, posteriormente, cada 6 meses hasta la finalización del estudio (máximo 30 meses), más el tratamiento estándar. Finalmente, el grupo PSyMAC ($n = 55$), recibió las intervenciones del grupo MAC y participó en un programa psicoeducativo consistente en 10 sesiones de 60 minutos de duración y frecuencia semanal¹⁹. La mediana de días hasta la repetición de TS fue significativamente superior en el grupo PSyMAC (534 días), frente al MAC (182 días) y al grupo control (357 días) ($p < 0.001$). No obstante, el número de eventos suicidas durante el seguimiento fue similar en los tres grupos (GC 21,1%; MAC 13,7% y PSyMAC 25,5%; $p = 0,318$).

En la **Figura 1** se muestra la curva de eventos acumulados por grupo tras 30 meses de seguimiento y, si bien, parece existir una mejor evolución de la curva en el grupo MAC, las diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,775$).

Figura 1. Eventos suicidas (TS) acumulados por grupo durante 30 meses de seguimiento



Por otra parte, el análisis de regresión logística, realizado para determinar los predictores de repetición durante el seguimiento, pone de manifiesto que las personas incluidas en el grupo MAC tienen un riesgo más bajo de repetir que los incluidos en los otros dos grupos (OR 0,319; 95% IC 0,11-0,89) (**Tabla 1**).

Por último señalar que la satisfacción de las personas participantes en el programa PSy-MAC fue muy elevada para el 92,3% de los participantes y el 76,9% lo consideraron de utilidad para su problema de salud (**Tabla 2**).

Tabla 1. Variables predictoras de repetición de tentativas suicidas

| Presencia de | B | E.T. | Wald | gl | Sig | Exp (B) | I.C. 95% para Exp(B) | |
|----------------------|--------|-------|--------|----|-------|---------|----------------------|--------|
| | | | | | | | Inf | Sup |
| Tentativas previas | 1.370 | 0.592 | 5.360 | 1 | 0.021 | 3.936 | 1.234 | 12.555 |
| Intención de repetir | 1.744 | 0.462 | 14.257 | 1 | 0.001 | 5.722 | 2.314 | 14.150 |
| Grupo MAC | -1.143 | 0.524 | 4.764 | 1 | 0.029 | 0.319 | 0.114 | 0.890 |

Tabla 2. Satisfacción reportada por los pacientes del grupo PsyMAC

| | Sí [n, (%)] | No [n, (%)] |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| Duración de las sesiones | 39 (75.0%) | 13 (25.0%) |
| Duración del programa | 36 (69.2%) | 16 (30.8%) |
| Contenidos de las sesiones | 46 (88.5%) | 6 (11.5%) |
| Claridad de los contenidos | 52 (100%) | 0 (0%) |
| Utilidad para mi problema de salud | 40 (76.9%) | 12 (23.1%) |
| Satisfacción general | 48 (92.3%) | 4 (7.7%) |

*No= Muy poca satisfacción, poca satisfacción y neutral; Sí = Moderada satisfacción y gran satisfacción

Nuevas tecnologías (apps, internet)

A pesar de que hasta la actualidad se han desarrollado multitud de *apps* dirigidas a ofrecer información y ayuda, tanto a los familiares como a las personas en situación riesgo suicida, no existe hasta la fecha una adecuada evaluación de su utilidad y efectividad a la hora de reducir el riesgo suicida. Si bien, pueden constituirse en una poderosa herramienta para el futuro. En la **Tabla 3** se resumen algunas de las *apps* disponibles en la actualidad (Giner, datos no publicados).

Señalar, por último, que el Grupo de Trabajo de Suicidio de la Sociedad española de Psiquiatría (SEP), liderado por el Prof. José Giner, está trabajando en el desarrollo de la *app* AUXILIA que, a diferencia de las previas, está dirigida al profesional de la Salud Mental que está en contacto con el paciente, lo que le permitiría evaluar su riesgo suicida de un modo continuado.

Tabla 3. Características de las principales apps disponibles para prevención del comportamiento suicida

| Nombre | Patrocinadores | Uso en pacientes | Uso en familiares | Profesionales | Otros |
|------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Prevensuic | Andoni Asean Jesús Mesones | Divulgación Plan de seguridad Otras (fotos de mi vida, razones para vivir, señales de alerta) | Divulgación Plan de seguridad Después de un suicidio | Sí, requiere código de activación. Escalas de evaluación del riesgo | Contacto 112 |
| #Stayalive | Grassroots Suicide Prevention | Divulgación Contactos con centros de ayuda Ejercicios de relajación Plan de seguridad Otras (fotos de mi vida, razones para vivir, señales de alerta) | Divulgación | No | |
| Operation Reach Out | Military Community Awareness | Videos de divulgación | Videos de divulgación | No | Enlaces a videos de testimonios reales |
| Help prevent suicide | Hearthline: Oklahoma Community Crisis Connection | Divulgación Comunicación: - Llamadas -Chat Centros de atención | Divulgación | No | Enlaces a páginas |
| Safety Plan | National Suicide Prevention Lifeline | Divulgación Plan de seguridad Llamadas de emergencia | No | No | Enlaces a páginas |
| Operation Life | Australian Government | Red de soporte Recuerdos positivos (fotos, musica, audio) | No | No | Condiciones de uso Incluye investigación |
| Spill it | NHS Lanarkshire | Llamada a centros de emergencia | Divulgación Enlaces a cursos/ formación para familiares | No | |
| Helpline | Dutchess County | Evaluación del riesgo Contacto con centro de emergencia Divulgación | Divulgación | No | Enlaces a páginas |
| Suicide prevention & support | Onondaga County | Evaluación del riesgo Contacto con centro de emergencia Divulgación | Divulgación | No | Enlaces a páginas |
| Lifeguard | Missouri Institute of Mental Health | Divulgación Contacto con centros de emergencia Directorios de centros de atención | Divulgación | | |

Tomado de De la Vega (datos no publicados)

CONCLUSIONES

- La evidencia acerca de la utilidad de la cadena de cuidados en la prevención del riesgo suicida es aún heterogénea y escasa.
- No obstante, un adecuado seguimiento de los pacientes que han realizado una TS es sin duda recomendado por los grupos de expertos y debería de ser incluido en cualquier estrategia de prevención de suicidio.
- Las intervenciones que generan un contacto activo con los pacientes y facilitan el seguimiento de los mismos podrían redundar en una disminución del número de repeticiones en los 12 meses siguientes al intento index.
- Los efectos a largo plazo, tanto en prevención de repeticiones como de suicidio consumado, aún no han sido confirmados.
- La evidencia de la efectividad de los contactos a través de teléfono (y otras nuevas tecnologías) es muy escasa y de baja calidad y la evaluación de dichas aproximaciones se centra más en la factibilidad técnica y en la satisfacción de los usuarios que en su efecto preventivo²⁰.
- Por tanto, estamos ante un campo prometedor en el que sin duda es necesario realizar nuevos estudios con adecuadas evaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization., 2012. Public health action for the prevention of suicide. A framework. World Health Organization, Geneva.
2. World Health Organization., 2014. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, Luxembourg.
3. Instituto Nacional de Estadística [accedido 18 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=05001.px&L=0>.
4. Giner, L., Guija, J.A., 2014. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 7, 139-146.
5. Oquendo, M. A., Currier, D., Mann, J. J., 2006. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand.* 114, 151-158.
6. Sáiz, P.A., Bobes, J., 2014. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 7, 1-4.
7. Beautrais, A.L. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Theat Behav.* 2004.;34, 1-11.
8. Boudreaux, E.D., Miller, I., Goldstein, A.B., Sullivan, A.F., Allen, M.H., Manton, A.P., Arias, S.A., Camargo, C.A. Jr. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemp Clin Trials.* 2013; 36, 14-24.
9. Hirayasu, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Ishizuka, N., Okubo, Y., Sakai, A., Kishimoto, T., Miyaoka, H., Otsuka, K., Kamijo, Y., Matsuo, Y., Aruga, T. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health.* 2009; 9, 364.
10. Motto, J. A., Bostrom, A. G. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.* 2001; 52: 828-833.
11. Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., D'Este, C. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry.* 2013; 202: 372-380.
12. Evans, M.O., Morgan, H.G., Hayward, A., Gunnell, D.J. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry.* 1999; 175: 23-27.
13. Evans, J., Evans, M., Morgan, H. G., Hayward, A., Gunnell, D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 186-187.
14. Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., Goudemand, M. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *Br Med J.* 2006; 332: 1241-1244.
15. Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A.S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A.L., Duhem, S., Ducrocq, F., Goldstein, P., Libersa, C. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry.* 2011; 11, 1.
16. Chen, Hui, M., Brian L., Liu, X.X. A Pilot Study of Mobile Telephone Message Interventions with Suicide Attempters in China. *Crisis.* 2010; 312: 109-112.
17. Berruiguet, S., Alavi, Z., Vaiva, G., Courtet, P., Baca-García, E., Vidailhet, P., Gravey, M., Guillo, E., Brandt, S., Walter, M. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry.* 2014a; 14, 294.
18. Berruiguet, S., Gravey, M., Le Galudec, M., Alavi, Z., Walter, M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Res.* 2014b; 217, 154-157.

19. Sáiz, P.A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabi, S., Garrido, M., García-Álvarez, L., García-Portilla, P., Bobes, J. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSy-MAC). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014; 7, 131.
20. Zalsman, G, Hawton, K, Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V, Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P, Sáiz, P.A., Lipsicas, C.D., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Zohar, J. Suicide prevention strategies revised: 10 year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3: 646-659.

OTRAS REFERENCIAS RELACIONADAS

- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraisi, Y., Yamada, M. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015; 175: 66-78.
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., Appleby, L. The repetition of suicidal behavior: A Multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry,* 2006; 67: 1599-1609.

Monitorización del riesgo suicida por teleasistencia

6

E. Baca García

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa la primera causa de muerte no natural en España. Hay que pensar que por cada muerte por suicidio se realizan entre 15 y 25 intentos y que, muchos de ellos, requieren asistencia sanitaria, por lo que nos encontramos ante un problema asistencial de primera magnitud con más de 100 000 atenciones en Urgencias potenciales anuales en España.

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

En este contexto, las posibilidades tecnológicas nos abren un mundo en el que vamos a disponer para nuestras decisiones de multitud de datos. La clave es reducirlos a información útil para la toma de decisiones con conocimiento.

Por otro lado, hay otros sectores, externos al sanitario, que hacen aproximaciones a la gestión de riesgos que pueden mejorar y completar nuestro quehacer diario.

GESTIÓN DE RIESGOS

Identificación, valoración y priorización de riesgos mediante la aplicación coordinada y económica de recursos para minimizar, monitorizar y controlar la probabilidad y el impacto de eventos indeseables o maximizar la realización de oportunidades¹. En el campo industrial se usan los procesos de valoración de riesgos para evaluar la seguridad de sistemas, las organizaciones de salud están usándolo ahora para evaluar y mejorar la seguridad del paciente en los servicios sanitarios.

Conviene hacer un pequeño repaso terminológico a los conceptos empleados en gestión de riesgo. En la **Tabla 1**, se resumen las definiciones de estos conceptos básicos. Destaca en la definición es el uso de la probabilidad, tanto en la definición de riesgo como en la priorización de los mismos.

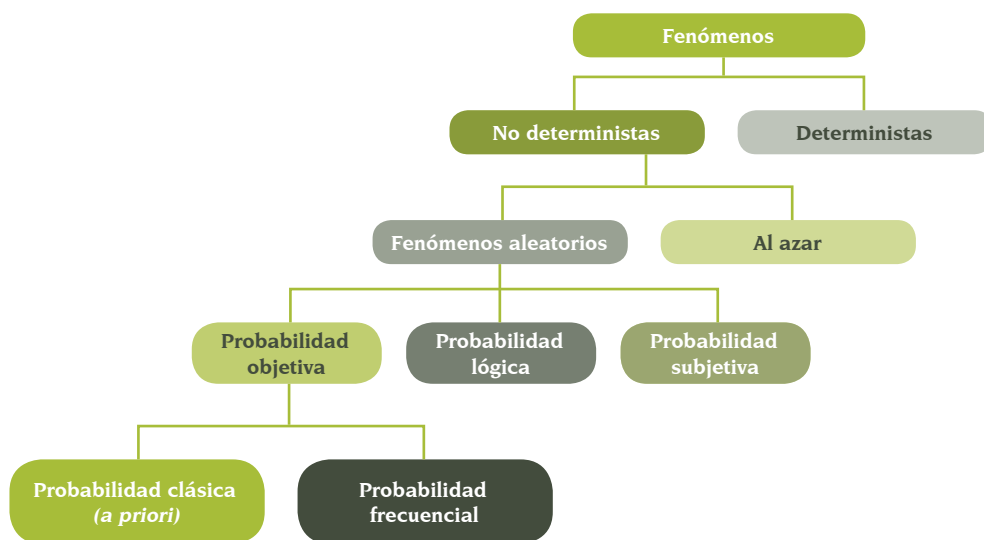
La probabilidad es una rama de las matemáticas que se ocupa de estimar la aparición de un evento. Los eventos o fenómenos se dividen en dos tipos (**Figura 1**)

- Deterministas a los que se pueden aplicar leyes matemáticas que cumplen invariablemente si las condiciones del suceso son idénticas, por tanto, son predecibles.
- No deterministas cuando no siguen una ley matemática.

Tabla 1. Definiciones en la gestión de riesgos²

| Concepto | Definición |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DAÑO [Harm] | Perjuicio a la salud, puede producirse por pérdida de calidad o disponibilidad. |
| PELIGRO [Hazard]: | Potenciales fuentes de daño |
| Responsable [Decision maker(s)] | Persona(s) con la competencia y autoridad para tomar decisiones apropiadas en el momento adecuado |
| Detectabilidad [Detectability] | Capacidad para descubrir o determinar la existencia, presencia o hechos derivados de un peligro. |
| Riesgo [Risk] | Combinación de la probabilidad de que ocurra un daño y su gravedad. |
| Priorización de riesgos [Risk Priority Rating] (RPN) | Indica la prioridad para iniciar una acción correctiva está determinada por la relación entre la probabilidad de que ocurra un daño, su gravedad y du detección. |

Figura 1. Tipos de fenómenos y probabilidades



Dentro de los fenómenos no deterministas, se distinguen los fenómenos aleatorios que, aunque impredecibles exhiben un patrón regular (estadístico). Existen 3 abordajes para afrontar los problemas relacionados con fenómenos aleatorios:

- Probabilidad objetiva, es una propiedad de los eventos y calcula la probabilidad de que se produzca un evento.
 - Probabilidad clásica o teórica (*a priori*), número de casos posibles entre todos los casos, requiere simetría y homogeneidad. Evidentemente no es un abordaje útil en aquellas situaciones donde el número de casos posibles es infinito, entonces la probabilidad de cada evento o conjunto de eventos finitos es siempre 0.

- Probabilidad frecuencial (experimental), es el límite de la frecuencia relativa en una serie infinita. Esta probabilidad es aplicable solo a un conjunto de condiciones idénticas a aquellas en las que se obtuvieron los datos.
- Probabilidad lógica, es una propiedad de los enunciados y responde a la probabilidad de que una hipótesis (H0) sea cierta.
- Probabilidad subjetivista, es una propiedad de las creencias y, por tanto, no depende del tratamiento matemático ni de la noción de experimentos repetibles.

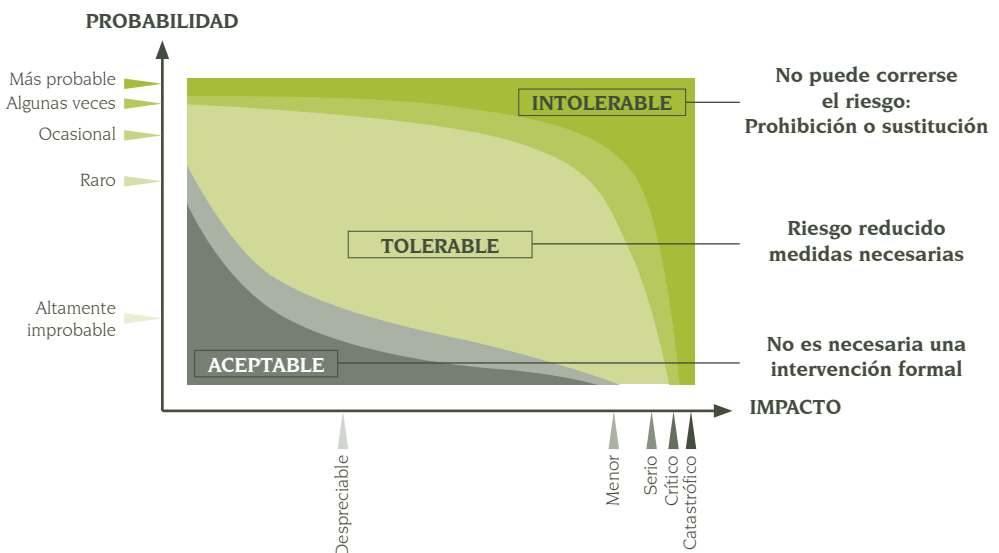
Dejo al lector la decisión de interpretar qué tipo de fenómenos son las conductas suicidas y cuál es el abordaje que utiliza un clínico a la hora de estimar la probabilidad de que ocurran. Mi opinión es que los profesionales de la salud utilizamos fundamentalmente probabilidades subjetivas en nuestras decisiones.

Hay unos márgenes de tolerancia del riesgo en función de la probabilidad y el impacto, en la **Figura 2** podemos observar las áreas que se definen. Desgraciadamente este abordaje, muy útil en los procesos industriales para tomar decisiones de priorización, es poco útil en el terreno que nos movemos porque estamos ante situaciones donde el daño potencial es elevadísimo.

CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO DEL RIESGO

En un excelente tratado, Renn y Klinke³, han descrito las características del conocimiento del riesgo: complejidad, incertidumbre científica y ambigüedad política. Resumo brevemente los conceptos que estos autores plantean y que son plenamente aplicables al suicidio.

Figura 2. Áreas de tolerancia del riesgo³



El riesgo es un fenómeno complejo, dada la dificultad para identificar y cuantificar relaciones causales. A menudo, incluso las relaciones más simples se asocian a incertidumbre por falta de datos o eventos estocásticos (*ver apartado previo en sucesos aleatorios*). En otro orden de cosas, es muy difícil establecer el sentido de las relaciones por efectos interactivos (sinergismo, antagonismo, *feedback* positivo o negativo), periodos ventana entre causa y efecto, variaciones individuales y variables de intervención. Sin duda, las conductas suicidas tienen ejemplo de todos estos aspectos de hecho, en la introducción de cualquier tratado de la disciplina la palabra "complejidad" aparece en los primeros párrafos.

La incertidumbre científica se produce por la limitación o falta de conocimiento científico (datos, información) que dificultan el conocimiento de la probabilidad de un suceso. Sin caer en el nihilismo, el conocimiento humano es incompleto y selectivo y depende de asunciones, aseveraciones y predicciones. Hay que valorar en su justo término la información de las distribuciones de probabilidad numéricas (*ver apartado anterior: probabilidad frecuentista*). Representan solo una aproximación empírica que ayuda. Las fuentes principales de la incertidumbre son la vulnerabilidad individual, los errores aleatorios, los sesgos de los modelos, las indeterminaciones por límites en modelos escolásticos o por sucesos caóticos y las fronteras en los modelos por sus restricciones o números de variables. Por último, y totalmente aplicable a la evaluación de la conducta suicida, está la ignorancia o falta de conocimiento sobre la probabilidad de que ocurra un daño y sus consecuencias.

El conocimiento del riesgo no tiene una finalidad académica tiene una finalidad pragmática (manejo del riesgo) y, a la hora de tomar decisiones, hay que tener en cuenta variables sociales y políticas. Nuevamente nos encontramos en un campo de ambigüedad; porque, en términos sociopolíticos, la ambivalencia por diferentes y divergentes opiniones e interpretaciones sobre el mismo fenómeno de riesgo y sus circunstancias son una constante. En este sentido, hay variabilidad por diferentes interpretaciones legítimas (en el suicidio asistido, tenemos un excelente ejemplo). Finalmente, el marco normativo da lugar a ambigüedades por la dificultad de acuerdos para asignar valores, recursos, prioridades, asunciones y límites ante posibles efectos.

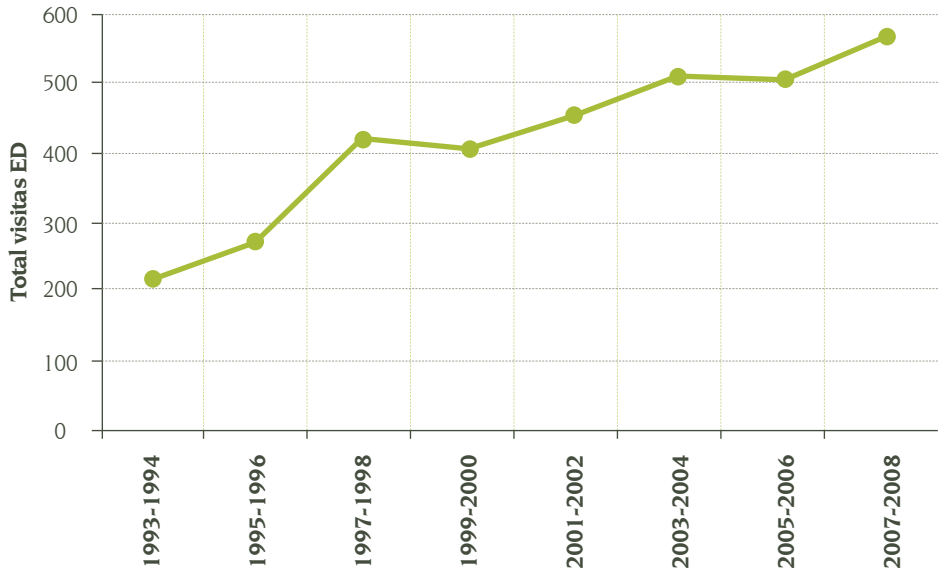
Teniendo en cuenta estos límites, la valoración y gestión de riesgos es un proceso que debe responder a estas preguntas⁴

1. ¿Qué puede ir mal?
2. ¿Cuál es la probabilidad?
3. ¿Cuáles son las consecuencias? ¿En qué tiempo?
4. ¿Qué se puede hacer y cuáles son las opciones?
5. ¿Cuáles son los costes, los beneficios y los riesgos?
6. ¿Cuál es el impacto de las actuales decisiones en las opciones de futuro?

VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Si las cifras de suicidio consumado permanecen estables a nivel mundial, entorno al millón de personas fallecidas, las cifras de intentos de suicidio no han cesado de aumentar (**Figura 3**).

Figura 3. Tendencias en Estados Unidos de las atenciones en urgencias de autolesiones⁵



En el estado actual del conocimiento, no hay pruebas para hacer recomendaciones clínicas específicas, si bien, existen consensos internacionales sobre el abordaje, valoración y tratamiento de la conducta suicida.

Recientemente, han surgido una serie de trabajos demoledores que cuestionan tanto los procedimientos de valoración como la utilidad clínica de las escalas^{6,7}. Estos artículos combinan estudios prospectivos, metaanálisis y revisiones, por todo ello, parece que sus conclusiones son consistentes y han dado lugar a un editorial de Mulder *et al* (2016)⁸ que directamente recomienda que se abandonen los procedimientos actuales. Interesante resulta el trabajo de Tran (2014)⁹ sobre 7399 pacientes con riesgo suicida y seguidos durante 180 días. Este estudio demostró que sistemas automáticos de clasificación, basados en datos administrativos y clínicos, son muy superiores a la decisión de los clínicos. Lo más sorprendente es que la previsión de los clínicos es ligeramente superior al azar.

¿CÓMO SE MANEJA EL RIESGOS EN OTRAS DISCIPLINAS?

Tras el último párrafo del anterior apartado, es pertinente mirar hacia la gestión del riesgo en otras disciplinas.

Hay dos formas de enfocar la seguridad y, por tanto, de aceptar los riesgos¹⁰.

- Aproximación humana a la seguridad:
 - Criterio de riesgo individual. Nadie puede ser expuesto a un riesgo inaceptable. Hay que tomar medidas independientemente de los costes
 - Criterio de riesgo social. La inaceptabilidad del riesgo depende del tamaño del accidente.

- Aproximación a la seguridad basada en coste-beneficio. Las inversiones en seguridad se analizan en términos coste-beneficio, solo se seleccionan soluciones con beneficios mayores que los costes.

En la **Figura 4**, quedan patentes los elementos para la valoración y gestión de riesgos, y como todas las etapas son un proactivas. Con respecto a lo que los clínicos hacen habitualmente hay una etapa importante: la monitorización de riesgos que actualmente no se realiza en ámbitos sanitarios.

Recientemente en epidemiología ambiental, siguiendo estas ideas, han puesto de manifiesto la importancia de la monitorización individual para estimar riesgos ambientales, tanto bajo el paradigma de los modelos de exposición como de dosis (**Figura 5**).

Figura 4. Valoración y gestión de riesgos¹¹

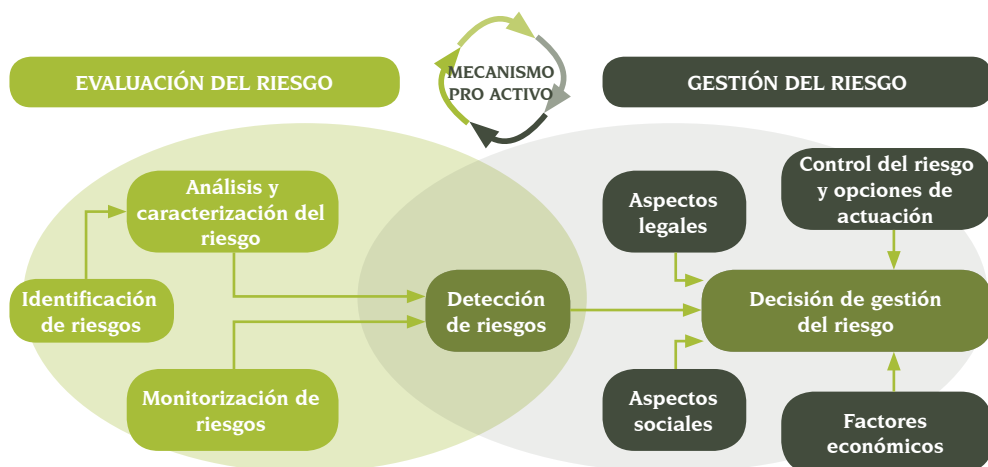
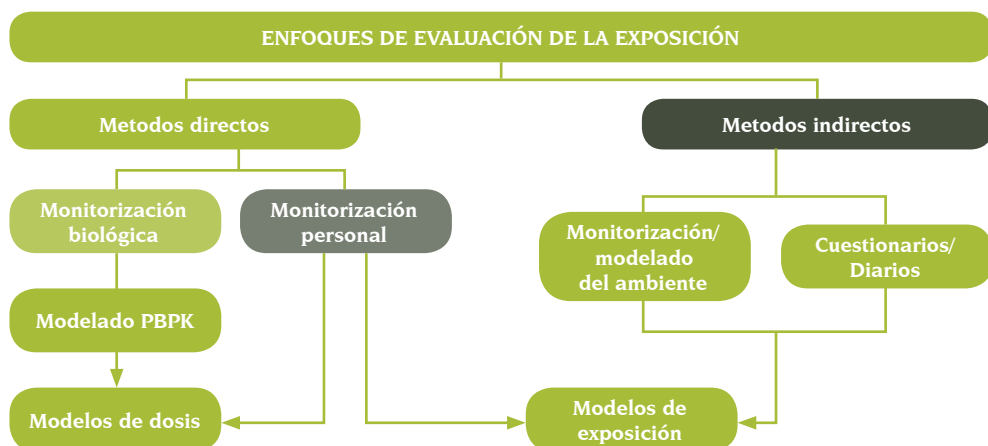


Figura 5. Enfoques de evaluación de la exposición¹²



TENDENCIAS EN MONITORIZACIÓN

Desde el año 1961, se han incorporado diversos conceptos y visiones de la Medicina que buscan individualizar los tratamientos basándose, sobre todo, en biotecnología¹³. Por otro lado, en los últimos años se han desarrollado diversos campos dentro de la *e-health* que van a facilitar la personalización y monitorización de tratamientos y riesgos: Intervenciones computarizadas, Realidad virtual, Gamificación, Telemedicina, Ayuda mutua en redes sociales, Evaluación electrónica de síntomas (*ecological momentary assessment-EMA*) y *Big data* (BD) (**Tabla 2**).

En este artículo nos vamos a ocupar de estos dos últimos, poniendo al final un par de ejemplos obtenidos de nuestros trabajos de investigación.

El termino "*Big Data*", se usó por primera vez en un artículo de investigadores de la NASA en el que advertían del problema de datos que superaban la capacidad de los sistemas informáticos para manejarlos¹⁴. Actualmente es un fenómeno tecnológico, académico y cultural que tiene elementos de tecnología (maximización de la capacidad computacional y algorítmica para analizar y enlazar grandes bases de datos), análisis (identificar dentro de las bases de datos patrones) y de mitología. Está muy expandido el mito de que grandes bases de datos van ofrecer una revolución en el conocimiento y van a permitir avances imposibles hasta ahora con un aura de verdad, objetividad y precisión¹⁵.

Hay 6 características (6 V) del *Big Data*¹⁶:

- Valor (sobre todo estudios clínicos longitudinales)
- Volumen (especialmente si hay monitorización continua)
- Velocidad (tanto en la generación, almacenamiento como en el procesado)
- Variedad (heterogeneidad y no estructurados)
- Veracidad (dudosa fiabilidad, ambientes incontrolados)
- Variabilidad (modelos no determinísticos)

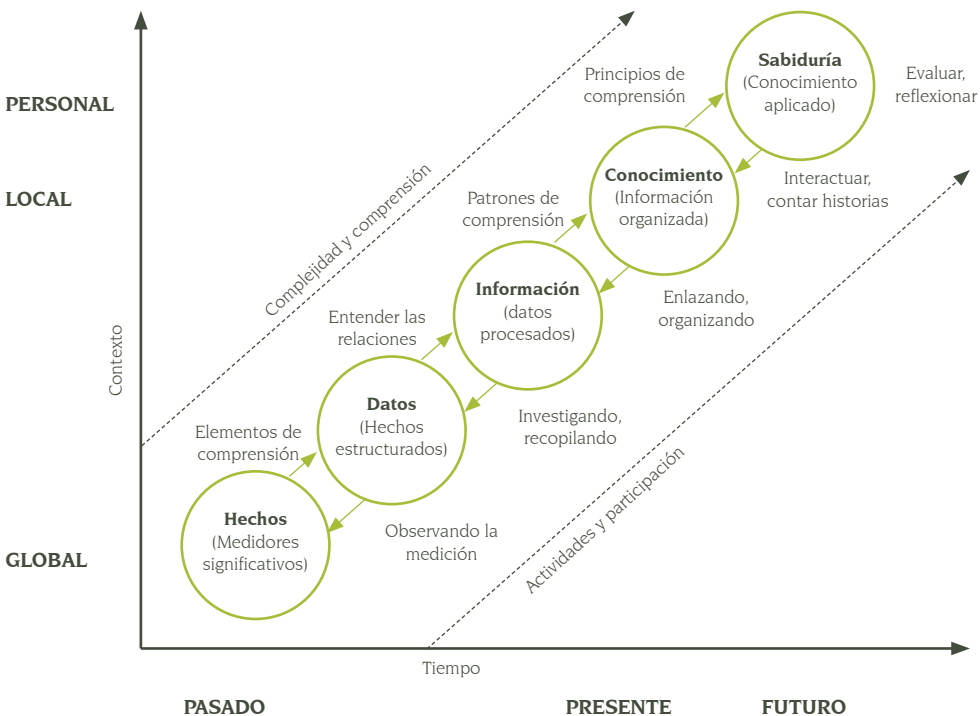
Tabla 2. *Tendencias en la individualización de la Medicina*¹³

| Concepto | Definición |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Farmacogenética / farmacogenómica | 1961 |
| Sistemas de medicina | 1992 |
| Biomedicina de sistemas | 1992 |
| Medicina de precisión | 1997 |
| Medicina personalizada | 1999 |
| Medicina de la era genómica | 2000 |
| Predictivo, preventivo, personalizado y participativo (P4) medicina (inicialmente P2 Medicina) | 2004 |
| Me medicina | 2013 |
| P4 sistemas medicina | 2014 |
| Sistemas computacionales biomedicina | 2015 |

Es interesante conocer que el *Big Data* está basado en razonamientos inductivos y en un modelo jerárquico de gestión del conocimiento DIKW (**Figura 6**)¹⁷. La base de este modelo son los datos (*Data*) que son una representación simbólica de hechos (*facts*) y no suponen ningún conocimiento. El siguiente paso es la información (*Information*) que supone un procesado de los datos y comprender relaciones dando respuestas sobre el quién, qué, dónde y cuándo (*know what*). El conocimiento (*Knowledge*) supone comprender patrones y, por tanto, responde al cómo (*know how*). La sabiduría (*Wisdom*) supone la evaluación de lo comprendido (*know why*) y la capacidad de aplicarlo.

Como hemos dicho antes, los análisis del *Big Data* usan métodos inductivos para inferir relaciones desde un material enorme con baja densidad de información, evaluando enormes números de potenciales variables y sus combinaciones, para revelar sus relaciones y dependencias o predecir resultados y conductas. Se usan grupos de técnicas (*machine learning, data mining, nonlinear modeling, high-dimensional correlation*) para resolver estas cuestiones de una forma inductiva, para establecer patrones desde datos sobre los que no hay información previa ni hipótesis.

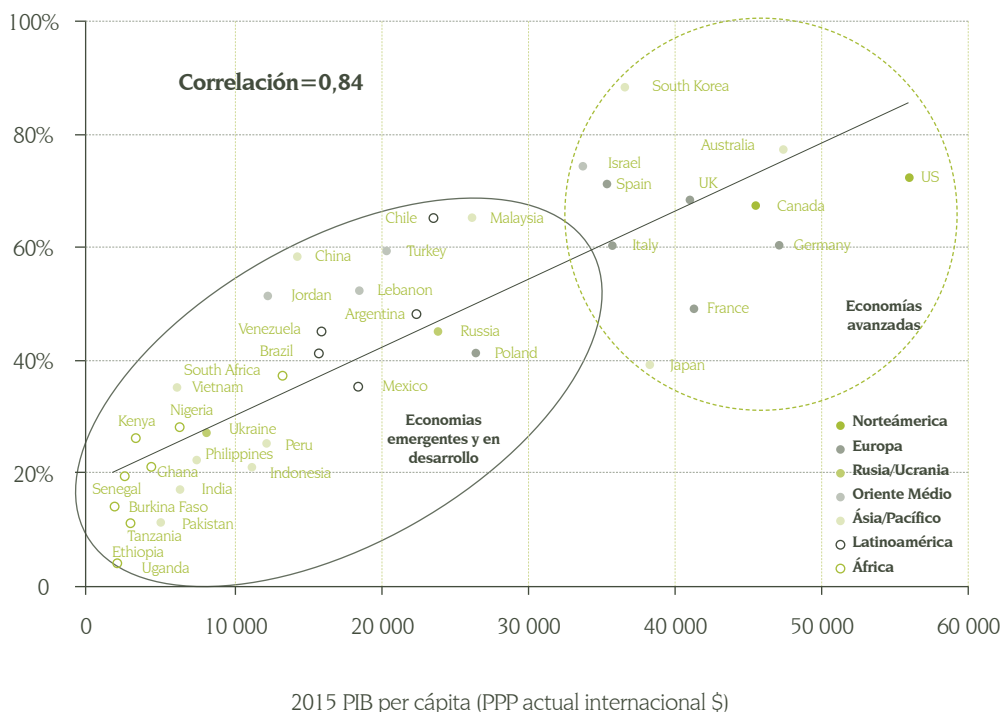
Figura 6. Modelo jerárquico de gestión del conocimiento DIKW¹⁷



El otro paradigma es el uso de técnicas de computación para el *ambulatory assessment* o *ecological momentary assessment* (EMA). El EMA no es un paradigma nuevo y se ha usado en ciencias de la conducta con el formato de autorregistros. El ideal es recoger la información sobre un suceso que se investiga en el mundo real, en condiciones reales, en el momento que ocurre, con múltiples valoraciones y sin interferir. Gracias al uso de sensores y dispositivos de comunicación, este ideal es técnicamente posible. Permite la exploración de múltiples procesos individuales (emociones, conducta, fisiología)¹⁸. Existen varios tipos de diseño, con medidas implícitas (sin colaboración del sujeto) o explícitas (con participación activa del sujeto). El muestreo puede ser continuo (todo el tiempo), aleatorio, basados en eventos (a menudo interactivo) o basado en marcos temporales.

El ubicuo uso de teléfonos móviles de última generación que disponen de múltiples sensores y elementos de comunicación, va a permitir la extensión de estos diseños de investigación. En este sentido, hay que pensar que España es uno de los países del mundo con mayor implementación (**Figura 7**).

Figura 7. Porcentaje de la población adulta con móvil en relación al PIB en 2015



EXPERIENCIA

El proyecto Memind es un ecosistema orientado a EMA en pacientes con trastorno mental^{19,20}. Desde mayo de 2014, ha reclutado más de 30 000 pacientes con la participación de más de 200 profesionales de centros en España y Francia. Uno de los módulos de Memind permite a los pacientes hacer anotaciones espontáneas en lenguaje natural sobre su estado. Utilizando un análisis de lenguaje natural fuimos capaces de identificar patrones de palabras asociadas a ideación suicida (**Tabla 3**). Asimismo realizamos un mapa de concepto de las palabras con mayor impacto (**Figura 8**)²⁰.

Como se ha dicho, uno de los objetivos de estos sistemas es poner a disposición de los clínicos la información mínima relevante para tomar decisiones. En este sentido, hemos desarrollado varios estudios para construir un sistema dinámico de valoración con las mínimas preguntas. Iniciamos esta secuencia de estudios identificando los ítems más informativos a

Tabla 3. Palabras relacionadas con ideación suicida²⁰

| Probabilidad | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,35 a <0,4 | Conté |
| 0,3 a <0,35 | Monótona, Equasim (Ritalin), acosado, trabajamos |
| 0,25 a <0,3 | Raza, aseos, resfriado, pronuncio |
| 0,2 a <0,25 | Rechaza, jornada, será, suave, endoscopia, ello, ganas, solo, dedicados, recurrente, morirá, probado, causa, inevitable, raíz, digo |
| 0,15 a <0,2 | Lloré, primero, traumatólogo, hilos, alpina, reumatóloga, brazo, rigidez, estallar, cumplen, desapareciendo, agobia, vulnerable, síntomas, ganar, preferiría, culpas, explico, recordando, teoría, adelgazara, gasolina, emocionalmente |

Figura 8. Mapa de las palabras relacionadas con ideación suicida²⁰



la hora de distinguir pacientes con intentos de suicidio de pacientes sin historia de conducta suicida de 4 escalas: *Barrat Impulsivity Scale*, *Brown-Goodwin Aggression Inventory*, *IPDE*, *Life Change Index Scale*. Estos 154 ítems fueron reducidos a 26 con un área bajo la curva mejor que cada una de las escalas por separado²¹ (**Figura 9**).

En un paso posterior utilizando un *tree* análisis, conseguimos un algoritmo que reducía los 26 ítem a 10 y con un esquema jerarquizado que ordenaba las preguntas, se identificaba el riesgo de conducta suicida con solo generaciones de preguntas. Es decir, utilizando 5 preguntas de las 10, en función de la respuesta que se van dando secuencialmente, se conseguía una clasificación similar. Este es un ejemplo de la mínima información con máxima capacidad. En la **Figura 10**, se puede observar el algoritmo generado por este análisis²².

Figura 9. Curva ROC de escalas utilizadas en valorar aspectos de la conducta suicida²¹

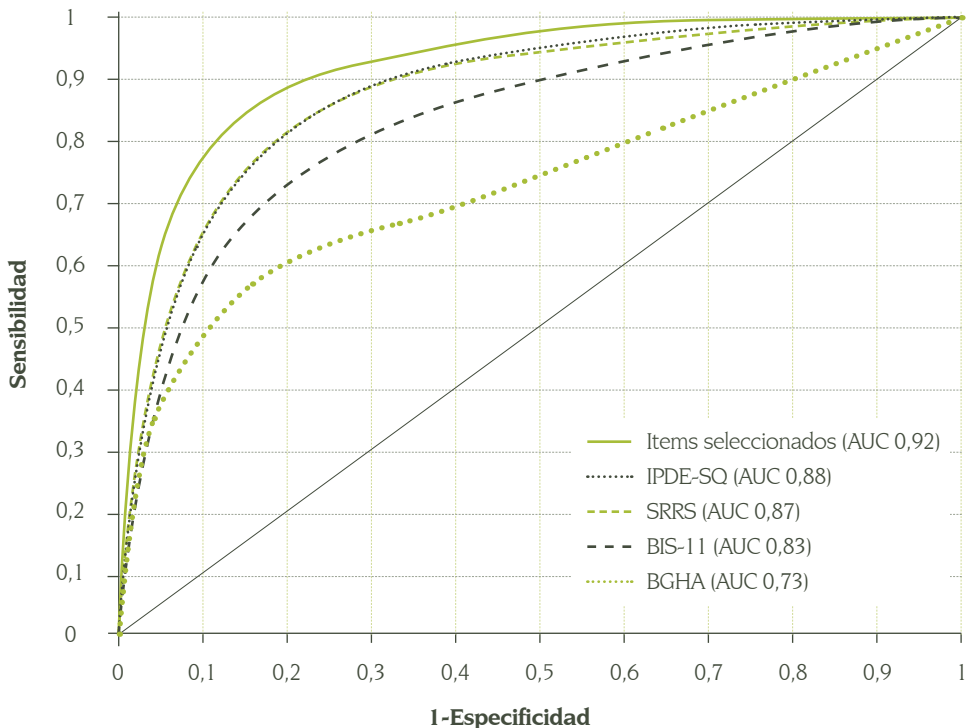
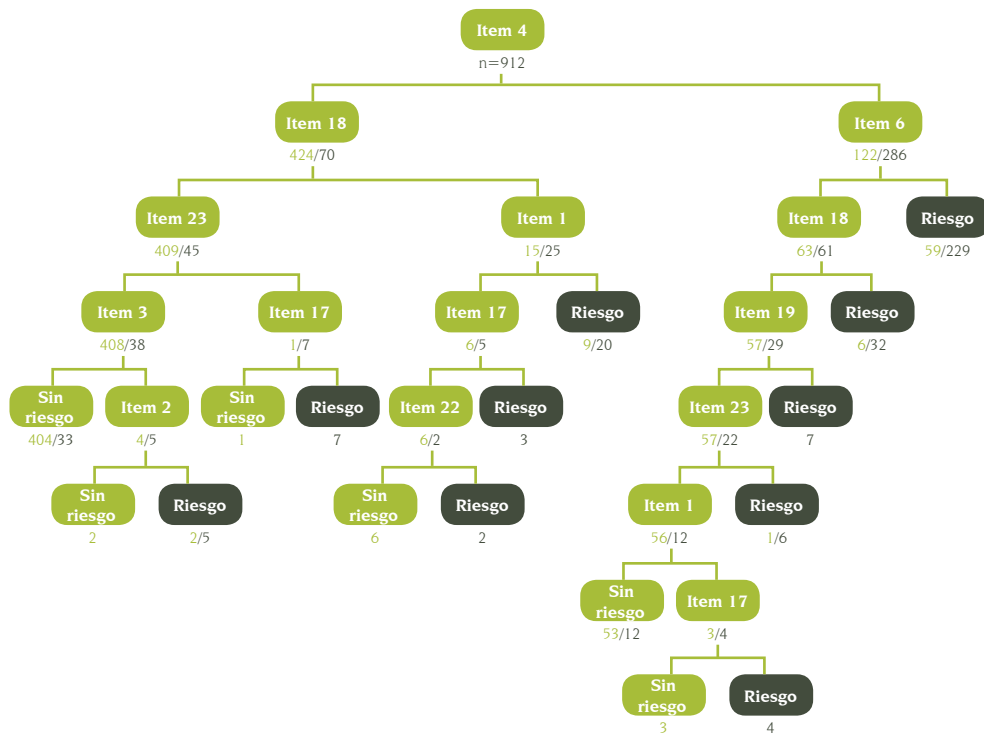


Figura 10. Algoritmo para la identificación de riesgo suicida²².



ITEMS

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Me controlo | 14. Voy a los extremos para tratar de evitar que la gente me deje |
| 2. Actúo "por impulso" | 15. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando |
| 3. Gasto más de lo que gano | 16. La gente tiene una opinión alta sobre mí |
| 4. A menudo me siento "vacío" | 17. Normalmente me divierto y disfruto de la vida |
| 5. Me preocupa estar solo y tener que cuidar de mí mismo | 18. Mayor cambio en la frecuencia de los argumentos con la pareja |
| 6. Tengo rabietas o estallidos de ira | 19. Revisión de los hábitos personales |
| 7. He sido víctima de ataques injustos contra mi carácter o reputación | 20. Separación matrimonial |
| 8. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser | 21. Lesión o enfermedad personal importante |
| 9. Creo que mi pareja puede serme infiel | 22. Ganar un nuevo miembro de la familia (por ejemplo, nacimiento, adopción de un adulto mayor, etc.) |
| 10. Normalmente me siento incómodo o desamparado cuando estoy solo | 23. Autodaño para adultos |
| 11. No me involucro con la gente hasta que estoy seguro de que me gustan | 24. Agresión armada a los demás |
| 12. Tengo poco o ningún deseo de tener sexo con alguien | 25. Planeo la seguridad en el empleo |
| 13. La gente piensa que soy extraño o excéntrico | 26. Planeo viajes con mucha anticipación |

CONCLUSIONES

- El impacto de la conducta suicida en el mundo y en nuestra sociedad, se mantienen inalterables a pesar de los esfuerzos realizados.
- Diversas industrias han desarrollado una metodología de gestión de riesgos que está siendo adoptada por los servicios sanitarios. La suicidiología tiene la oportunidad de incorporarse a estas tendencias y adaptar parte de su conocimiento. Es interesante el énfasis que estas metodologías ponen sobre la monitorización.
- Nuevas tecnologías de análisis de datos y comunicación, van a permitir una mejor monitorización de los pacientes (*ecological momentary assessment*) y la implementación de metodologías de valoración en tiempo real, en el mundo real y cuando suceden los eventos.
- Comentamos nuestra experiencia con el proyecto **Memind**, que ha permitido realizar registros de EMA en ideación suicidio y análisis de procesamiento de lenguaje natural para identificar patrones lingüísticos relacionadas con el riesgo suicida.
- Por último, "menos es más", es importante que todos los sistemas de monitorización tengan en cuenta que tienen que suministrar la información suficiente e imprescindible para que el clínico tome decisiones sin sobrecargarle ni abrumarle.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuo-Chung Chu and Lun-Ping Hung. Adaptive Failure Identification for Healthcare Risk Analysis and Its Application on E-Healthcare. *Journal of Applied Mathematics*. 2014, Article ID 865241, 17
2. EMA. ICH guideline Q9 on quality risk management. EMA/CHMP/ICH/24235/2006
3. Renn O & Klinke. A Risk Governance and Resilience: New Approaches to Cope with Uncertainty and Ambiguity. *Risk Governance. The Articulation of Hazard, Politics and Ecology*. ISBN: 978-94-017-9327-8 (Print) 978-94-017-9328-5
4. Haimes YY, *Risk Modeling, Assessment, and Management*. 2016
5. Ting SA ET A. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep-Oct;34(5):557-65.
6. Silverman M. Suicide Risk Assessment and Suicide Risk Formulation: Essential Components of the Therapeutic Risk Management Model. *Journal of Psychiatric Practice* 2014;20:373-378
7. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, et al. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open* 2016;6: e009297. doi:10.1136/ bmjopen-2015-009297
8. Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):271-272.
9. Tran et al. Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessment. *BMC Psychiatry* 2014, 14:76
10. Diamantidis D. Background Documents on Risk Assessment in Engineering. *Risk Acceptance Criteria*. 2008
11. Baca-Garcia E et al. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord*. 2011 Nov;134(1-3):327-32.
12. Nieuwenhuijsen MJ. *Exposure Assessment in Environmental Epidemiology*. 2015.
13. Duffy DJ. Problems, challenges and promises: perspectives on precision medicine. *Briefings in Bioinformatics*, 2016; 17(3): 494-504
14. Cox M et al. Application-Controlled Demand Paging for Out-of-Core Visualization. *Ellsworth Report NAS-97-010*, July 1997
15. Boyd D & Crawford K. CRITICAL QUESTIONS FOR BIG DATA, *Information, Communication & Society*, 2012; 15:5, 662-679.
16. Andreu-Perez J et al. Big Data for Health *IEEE JOURNAL OF BIOMEDICAL AND HEALTH INFORMATICS*, VOL. 19, NO. 4, JULY 2015; 1193-1208.
17. Weichselgartner, J Pigeon P. The Role of Knowledge in Disaster Risk Reduction. *Int J Disaster Risk Sci*: (2015); 6:107-116
18. Trull TJ &Ebner-Priemer U. Ambulatory Assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2013. 9:151-76
19. Berrouiguet S, Barrigón ML, Brandt SA, Ovejero-García S, Álvarez-García R, Carballo JJ, Lenca P, Courtet P, MEMIND Study Group., Baca-García E. Development of a Web-Based Clinical Decision Support System for Drug Prescription: Non-Interventional Naturalistic Description of the Antipsychotic Prescription Patterns in 4345 Outpatients and Future Applications. *PLoS One*. 2016 Oct 20;11(10):e0163796.
20. Cook BL, Progovac AM, Chen P, Mullin B, Hou S, Baca-Garcia E. Novel Use of Natural Language Processing (NLP) to Predict Suicidal Ideation and Psychiatric Symptoms in a Text-Based Mental Health Intervention in Madrid. *Comput Math Methods Med*. 2016;2016:8708434.
21. Blasco-Fontecilla H et al. Combining scales to assess suicide risk. *Journal of Psychiatric Research* 46 (2012) 1272-1277
22. Delgado-Gomez D, Baca-Garcia E, Aguado D, Courtet P, Lopez-Castroman J. Computerized Adaptive Test vs. decision trees: Development of a support decision system to identify suicidal behavior. *J Affect Disord*. 2016 Dec;206:204-209.

OTRAS REFERENCIAS RELACIONADAS

- Ayuso Mateos JL et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(1):8-23
- 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
- Baca-García et al. Variables Associated With Hospitalization Decisions by Emergency Psychiatrists. *Psychiatric Services* 2004; 55:792–797
- Carlborg A et al. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10(7): 1153-1164
- Chang MK et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):277-283
- Lázaro O et al. Integrated and Personalised Risk Management in the Sensing Enterprise. *Business, Management and Economics* » "Risk Management - Current Issues and Challenges", book edited by Nerija Banaitiene, ISBN 978-953-51-0747-7, Published: September 12, 2012.
- Malone KM, Szanto K, Corbitt EM et al. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1995;152:1601-7.
- McGrath J et al. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev* 2008;30:67–76
- Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Borrego LV, Ibarra MJZ, Molina CA, Vega AL, Pacheco-Tabuenca T, Casado-Florez I, Baca-Garcia E. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43 (3), 142-8
- Miret BM et al.: Suicide Risk in Psychiatric Hospitalization After Suicide Attempt. *Crisis* 2011; Vol. 32(2):65–73
- Nock MK et al. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-52.

El tratamiento agudo de la crisis suicida



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

INTRODUCCIÓN

El suicidio supone un problema de salud según los informes de la OMS, siendo la principal causa de muerte violenta en países como España desde hace ya unos años, por encima de las muertes por accidentes de tráfico¹. Asimismo, el principal factor de riesgo conocido para el suicidio consumado es el haber tenido un intento de suicidio previo. Los últimos estudios indican un riesgo de morir por suicidio en sujetos con intentos de suicidio está entre el 2-3,5% (por encima del 5% si se considera el suicidio consumado sin intento previo como un intento de suicidio)^{2,3}. Por tanto, los intentos de suicidio suponen una oportunidad para poder intervenir e intentar reducir el riesgo de suicidio en un futuro. Además, sabemos que el riesgo de suicidio tras el alta hospitalaria es alto en distintas patologías⁴. En este capítulo, vamos a tratar de resumir la situación actual con respecto a las intervenciones en el momento inicial de contacto, en la fase aguda tras el acto suicida. Este periodo es crucial a la hora de poder establecer una buena relación terapéutica con la persona que ha intentado quitarse la vida, ya que sabemos que el porcentaje de sujetos que llega a hacer seguimiento en Salud Mental es pequeño⁵. Hay una serie de estudios que demuestran como una intervención más intensiva, al principio y en la primera parte del seguimiento, puede evitar futuros intentos de suicidio⁶.

OBJETIVOS EN EL TRATAMIENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO INMEDIATO

Sin embargo, partimos de una serie de necesidades insatisfechas en cuanto a la prevención de suicidio. Desde la década los 50, las tasas de suicidio no parecen haber disminuido, a pesar de que han pasado más de seis décadas de investigación y se han comercializado decenas de moléculas para la patología mental. El hecho de haber mejorado el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas con la neurofarmacología no se corresponde con una disminución del suicidio. En psiquiatría, hemos mejorado la evolución de la patología asociada pero no la incidencia de muerte por suicidio.

Además de estas intervenciones de seguimiento a medio o largo plazo, es importante conocer cómo abordar, mediante el arsenal terapéutico actual, ese periodo de crisis tras el intento, lo que incluye las primeras 6-8 semanas. Carecemos de tratamientos que tengan una influencia en las tasas de suicidio y nos faltan tratamientos con efecto "antisuicida" inmediato. En este sentido, ¿qué pensaríamos si no hubiese tratamiento para el infarto agudo de miocardio y nos contentáramos con el tratamiento hipolipemiante? Más aun, ¿y si las estatinas disminuyeran las cifras de colesterol pero no disminuyeran las incidencia de

infartos de miocardio?. La *National Action Alliance for Suicide Prevention's Research Prioritization Task Force* pone de manifiesto bajo el epígrafe "Key Question 3: What Interventions Are Effective? What Prevents Individuals from Engaging In Suicidal Behavior?" El objetivo es "encontrar nuevos tratamientos biológicos y mejorar la forma de usar los existentes para prevenir el suicidio" lo que incluye, como objetivo a corto plazo, "identificar la viabilidad y efectividad de las intervenciones de acción rápida"⁷.

Inicialmente, además de explorar las posibles causas que han precipitado el paso al acto suicida, habrá que reducir, en la medida de lo posible, la sintomatología ansiosa acompañante al periodo pre y postsuicida. El síndrome presuicida clásico, dado a conocer ampliamente a través de Ringel⁸, ha evolucionado en su concepción y descripción. Rudd⁹ pone de manifiesto la constante confusión entre los signos y síntomas de alerta del riesgo de suicidio con los factores de riesgo y señala la desesperanza, la rabia/ira, la imprudencia, el aumento o abstinencia de consumo de sustancias, la ansiedad/inquietud, el insomnio, los cambios en el humor y la falta de razones para vivir, como los principales signos y síntomas asociados a una inminencia del paso al acto. Una de las cuestiones planteadas entonces es poder controlar la clínica asociada mediante tratamientos ansiolíticos, para disminuir la agresividad, e incluso, sedativos, en caso necesario. Estos tratamientos de urgencias posibilitan un mejor manejo de la crisis psicológica del paciente, disminuyendo las molestias físicas de la ansiedad y facilitando el control físico. Este freno inicial permite disminuir el dolor psíquico que sufre el paciente y facilita la adherencia terapéutica. La adherencia en estos pacientes es menor que en otros¹⁰, en parte se explica por los sentimientos que despiertan estos pacientes en los profesionales que les atienden. Como señalan Yaseen et al¹¹, los médicos que tratan a sujetos inmediatamente después de un intento de suicidio se sienten angustiados e incluso con sentimientos de evitación. Sin embargo, sabemos que una mejor adherencia terapéutica se relaciona con una mejor evolución en sujetos con riesgo de suicidio¹⁰. Recientemente se han publicado las recomendaciones de un consenso de expertos internacionales sobre el manejo de la agitación o inquietud psicomotriz en Psiquiatría. Entre ellas, indicaban que la agitación o inquietud psicomotriz era uno de los indicadores de posible conducta suicida inminente e impulsiva, y aconsejaban a los clínicos incluir el riesgo de suicidio en la valoración de los pacientes agitados. Entre las recomendaciones del manejo farmacológico de en estas situaciones, inciden en la necesidad de calmar al paciente sin excesiva sedación, idealmente con formulaciones orales o inhaladas, en lugar de la vía intramuscular¹². En este sentido, se ha relacionado el nivel de dolor psíquico con la agitación en sujetos con patología psiquiátrica¹³. Por tanto, la evaluación del riesgo de suicidio y la mejora del manejo de pacientes con inquietud o agitación en la urgencia psiquiátrica, puede disminuir el paso al acto suicida en estas personas.

DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS SUICIDA

Existen problemas añadidos para los profesionales que nos enfrentamos al manejo de pacientes con riesgo de suicidio como es el periodo de respuesta con los tratamientos actuales, por ejemplo, la peor respuesta clínica de estos sujetos y la controversia sobre la aparición de ideación suicida en jóvenes -y el consiguiente riesgo de suicidio- al inicio del tratamiento con antidepresivos¹⁴. No vamos a tratar este último problema por su complejidad.

dad y extensión, aunque recomendamos la lectura del artículo de Brent¹⁵ sobre el tema. En relación con el tiempo de espera hasta que aparece mejoría de la ideación suicida, en un estudio naturalístico de seguimiento ambulatorio durante seis semanas de 4357 de sujetos con depresión que iniciaban tratamiento con antidepresivos, se observó que apareció ideación suicida en el 8,8% de los sujetos que no las tenían previamente. De ellos, en el 77,8% apareció en la primera semana y en el 11,1% en la segunda. Además de ideación, la incidencia de intentos de suicidio ocurrió en el 1,7% de los sujetos estudiados. Los factores relacionados con un mayor riesgo de aparición de ideación suicida en el seguimiento fueron los niveles mayores de ansiedad al inicio del tratamiento, antecedentes personales intentos de suicidio y consumo de alcohol. El empeoramiento de los síntomas depresivos se relacionó con un incremento del riesgo de aparición de ideación suicida (OR=5,67, $p<0,001$) y de intentos de suicidio (OR=2,60, $p=0,002$)¹⁶. Este retraso en la respuesta antidepresiva con los antidepresivos actuales puede ser potencialmente mortal. Asimismo, en otro tipo de abordaje en sujetos con riesgo de suicidio, la terapia electroconvulsiva (TEC) también presenta el mismo problema. El *Consortium for Research in ECT* (CORE) realizó una revisión de 19 trabajos publicados entre 1997 y 2011¹⁷. En dicha revisión, también se analizaron los beneficios del tratamiento con TEC en personas con ideación suicida y se encontró que, de los 746 sujetos estudiados, casi en la mitad de los sujetos desaparecía la ideación suicida tras seis sesiones (dos semanas) y el 63,2% de los sujetos tenían una remisión completa con el TEC. Es cierto que el TEC es de los tratamientos más rápidos y efectivos, pero el tiempo de respuesta también implica un tiempo de riesgo de suicidio.

Para añadir más dificultad, los sujetos con ideas de suicidio tienen una peor respuesta al tratamiento aunque no parece que empeoren tras el inicio del tratamiento. En el estudio naturalístico señalado anteriormente de sujetos depresivos en seguimiento durante seis semanas, se observó una mejoría en la evolución (a través de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*) tras seis semanas. Pero la respuesta fue menor en sujetos con ideación suicida y/o antecedentes de intento de suicidio. Así, las tasas de remisión fueron del 34,5% en los sujetos con ideación suicida y antecedentes de intento de suicidio, 39,5% para los que tenía ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio y 42,6% sólo con ideación suicida. En comparación, la tasa de remisión en sujetos sin ideación ni intento previo fue de 57,4%. El tipo de tratamiento no tuvo influencia en estos análisis. Además, una ideación suicida grave predecía una menor tasa de respuesta (OR=0,88, 95% CI: 0,83–0,94, $P<,0001$)¹⁸. Debido a la necesidad de mejoría en estos pacientes, es posible que se piense en llegar a dosis plenas lo antes posible para compensar el tiempo de respuesta. Sin embargo, existen datos que nos indican lo contrario. Pudimos comprobar¹⁹, que el empeoramiento en la evolución de la ideación suicida se relacionaba con iniciar tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRSs) a dosis altas, independientemente de la gravedad de la depresión y de la edad. Por tanto, se debe ampliar la indicación de Brent y Gibbons²⁰, *start low, go slow*, para sujetos de todas las edades y no sólo para los jóvenes. Esto es importante ya que, algo más de la mitad de los pacientes (tanto los mayores como los menores de 25 años), inician tratamiento antidepresivo con ISRSs a dosis altas²¹.

Otro problema en el avance de los tratamientos en situaciones de riesgo de suicidio, es que esta población suele excluirse de ensayos controlados y aleatorizados, lo que tampoco

ayuda a que se tengan datos para ser objeto de estudios más específicos. Sin embargo, hay algunos trabajos sobre distintas combinaciones de moléculas en sujetos con riesgo de suicidio. Destacamos algunos ensayos controlados y aleatorizados con el objetivo principal de comparar la ideación suicida en el periodo agudo o de mantenimiento inicial. El primero de ellos²², estudia el efecto de añadir litio al citalopram frente a añadir un placebo y comprobar la evolución de la *Sheehan-Suicidality Tracking Scale* (S-STS) y de la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS), los resultados indicaron beneficios en la ideación suicida tras introducir citalopram, que estos beneficios fueron mayores en sujetos en los que se añadió litio y que llegaron a niveles terapéuticos. Lo que indica la acción antisuicida del litio a corto plazo además de las conocidas a largo plazo²³. En el segundo, Grunebaum et al²⁴ estudiaron el efecto de la paroxetina y el bupropion, en la respuesta durante 16 semanas, en la ideación suicida en 74 sujetos (paroxetina: n=36; bupropion: n=38) con depresión mayor e ideación suicida grave (60% con antecedentes de intento de suicidio). Los resultados indicaron una ligera ventaja de la paroxetina en la primera y cuarta semana en la ideación suicida medida por la *Scale for Suicidal Ideation de Beck* (SSI). Otro ensayo controlado en sujetos depresivos con riesgo de suicidio, estudió el efecto sobre la ideación suicida de la adición de risperidona (0,25-2 mg) al tratamiento antidepresivo que recibían durante ocho semanas. Los resultados señalaban una mayor reducción de la ideación suicida mediante la MADRS en los pacientes que habían recibido risperidona, y con un efecto relativamente rápido -dos semanas- frente a los que no²⁵. Un estudio *post-hoc* de dos ensayos realizados con idéntico diseño, estudiaba la evolución durante seis semanas de la ideación suicida en la población depresiva a la que se le añadía, a la medicación antidepresiva, aripiprazol (2-20 mg/d) o placebo. Los ítems sobre suicidio fueron de la MADRS y de la *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS). De los 737 estudiados, los que recibieron aripiprazol obtuvieron una mayor reducción en la ideación suicida frente a los que recibieron placebo²⁶.

Por tanto, la depresión puede ser vista como una forma grave de la enfermedad que requiere tratamientos más agresivos²⁷, sobre todo, cuando existe riesgo suicida. Sin embargo, como hemos visto, nuestro principal arsenal terapéutico constituido por los antidepresivos muestra importantes deficiencias y existen pocos estudios que hayan demostrado otros abordajes eficaces frente a la ideación suicida en los momentos agudos. A todo esto hay que añadir la lentitud en la mejoría de los tratamientos que conocemos y la peor respuesta de sujetos con alto riesgo de suicidio. Esta situación hace necesaria la búsqueda de nuevos agentes terapéuticos que mejoren los actuales.

NEUROINFLAMACIÓN EN EL SUICIDIO

La relación entre inflamación y suicidio puede explicarse a través de distintos mecanismos²⁸. La existencia de factores estresantes (como el maltrato infantil) pueden provocar una inflamación crónica de bajo grado. De este estado inflamatorio se producen consecuencias: en primer lugar, una disregulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (eje HHA), que conlleva unos niveles alterados de cortisol que deterioran las neuronas y, con ello, la predisposición al suicidio; en segundo lugar, la activación de la enzima indoleamina 2,3 dioxigenasa (IDO) en la microglía. La enzima IDO es la responsable de la producción de quinurenina

a partir del triptófano, por lo que la activación de esta enzima se acompañará de una reducción de los niveles de serotonina (incrementando la vulnerabilidad para el suicidio) y un aumento de los de quinurenina (una sustancia neuroactiva que altera la neurotransmisión glutamatérgica). Este incremento en los niveles de quinurenina conlleva el aumento de la producción de ácido quinilónico (QUIN), un conocido agonista de la transmisión N-metil-D-aspartato (NMDA). La existencia de niveles alterados de QUIN se ha correlacionado con una mayor intencionalidad suicida²⁹ y se ha observado en personas que consumaron el suicidio³⁰. Por otro lado, el ácido quinurénico (KYNA) también es un metabolito del triptófano pero tiene un efecto antagónico de los receptores NMDA. En estudios con pacientes con conductas suicidas, sus niveles estaban disminuidos respecto a los controles^{31,32}. Tomado en conjunto, parece que la activación celular de la microglía provocaría un incremento de los agonistas de la neurotransmisión NMDA y un descenso de los antagonistas, resultando una hiperexcitabilidad NMDA. De este modo, la inflamación de bajo grado conllevaría además de la alteración del eje HPA, una mayor estimulación de la neurotransmisión glutamatérgica, lo que en conjunto aumentaría la vulnerabilidad para el suicidio.

KETAMINA EN EL TRATAMIENTO DEL SUICIDIO

Lo niveles elevados de QUIN unidos a la disminución de los de KYNA producirían una sobreestimulación de los receptores NMDA, lo que supone un sustrato biológico para la clínica depresiva y los comportamientos suicidas. La ketamina es un antagonista de los receptores NMDA siendo ésta la base para el empleo de la ketamina como agente antidepresivo y antisuicida. De los efectos antidepresivos de la ketamina tenemos constancia, mostrándose capaz de lograr una remisión rápida (en horas) de la clínica depresiva³³. Esto animó a llevar a cabo estudios que apoyasen su uso como agente antisuicida.

El primer estudio sobre ketamina y suicidio se llevó a cabo en una muestra de 33 sujetos con un trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento²⁷. Empleando una única administración de ketamina intravenosa (0.5mg/kg), la ideación suicida disminuyó de forma significativa en los primeros 40 minutos manteniéndose estable durante las primeras 4 horas que duró la observación.

Posteriormente se han llevado a cabo estudios aleatorizados controlados (**Tabla 1**)³⁴. En el estudio de Murrough, compararon la acción de la ketamina frente a midazolam en 24 sujetos con trastornos depresivos y ansiosos con ideación autolítica³⁵. Los resultados con la Escala de Beck para la Ideación Suicida (BSI) no presentaron diferencias significativas a las 24 horas ($p=0,32$) pero sí a las 48 horas ($p=0,047$), y con la subescala para la ideación autolítica de la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS-SI) las diferencias fueron significativas desde las primeras 24 horas. Estas diferencias significativas a favor de la ketamina desaparecieron a los 7 días de seguimiento. En el estudio de Price³⁶, de nuevo compararon la ketamina ($n=36$) con el midazolam ($n=21$) en una muestra de sujetos con trastorno depresivo resistente al tratamiento. Empleando como instrumento de medida el Test de Asociación Implícita (IAT) (destinado a medir la cognición suicida), se objetivó una mejoría respecto al grupo control: el 54% de los pacientes tratados con ketamina no presentaba ideación autolítica a las 24 horas de la intervención, frente a un 24% en el grupo

Tabla 1. Estudios de ketamina sobre la ideación autolítica (modificado de Lee y cols³⁴)

| Estudio | Población | Comparadores | Instrumentos de medida | Resultados principales | Resultados secundarios |
|------------------|------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Murrough y cols. | T. depresivos T. ansiedad | ketamina (n=12) Midazolam (n=12) | BSI MADRS-SI | Cohen d=0.34, P=0.32 a las 24h (BSI). | -Cohen d=0.67, P=0.048 a las 48h (BSI). -Cohen d=0.86, P=0.05 a las 24h (MADRS-SI). -Cohen d=0.77, P=0.077 a las 48h (MADRS-SI). |
| Price y cols. | T. depresivo resistente. | ketamina (n=36) Midazolam (n=21) | IAT | Cohen d=0.82, P=0.01 a las 24h (BSI). | Cohen d=0.25, a las 24h (IAT). |
| Zarate y cols. | TBP I y II | ketamina y Suero Salino (diseño cruzado) | MADRS-SI | No analiza ideación autolítica | Cohen d=0.98, 95% CI=0.64- 1.33 a los 40 minutos (MADRS-SI). |

tratado con midazolam. Además, los resultados fueron mejores en los pacientes con niveles más altos de ideación suicida y en las personas con antecedentes de intentos de suicidio, lo que sugiere que la ketamina podría ser especialmente eficaz en los pacientes con mayor riesgo de suicidio. El estudio de Zarate *et al.* se llevó a cabo sobre 15 sujetos con Trastorno Bipolar tipo I ó II en fase depresiva³⁷. Compararon la ketamina con placebo (suero salino), observándose diferencias significativas tanto en la clínica depresiva como en la ideación autolítica a los 40 minutos del tratamiento.

Aunque estos resultados apoyan el efecto rápido sobre la ideación suicida en un contexto clínico agudo, surge el interrogante si el efecto se mantiene de forma más prolongada. El grupo de Price llevó a cabo un estudio de tratamiento durante 12 días en el que se administraron infusiones repetidas de ketamina (cada 2 días)³⁶. Se observó que los resultados obtenidos de forma aguda se mantuvieron durante los 12 días de seguimiento por lo que, este efecto, podría asemejarse al de la terapia electroconvulsiva de mantenimiento. Por su rapidez de acción y la eficacia que se le atribuye en el control de la clínica depresiva y de la ideación autolítica, la ketamina podría ser de gran utilidad en los Servicios de Urgencias donde las demandas de atención por estos motivos (clínica depresiva e ideación autolítica) es una de las situaciones más frecuentes y difíciles de resolver en poco tiempo.

Con la intención de probar la utilidad de la ketamina en este contexto, se han llevado a cabo 2 estudios con pacientes que acudieron a Urgencias por presentar clínica depresiva e ideación autolítica. Se les administró un bolo único de ketamina intravenosa (0,2mg/kg) y se les evaluó durante las primeras 4 horas de forma intensiva y, posteriormente, fueron seguidos durante los primeros 10 días. En el estudio de Larkin *et al.*, las puntuaciones medias de la MADRS pasaron de 40,4 a 11,5 en los primeros 240 minutos, y las puntuaciones específicas de ideación suicida pasaron de 3,9 a 0,6 a los 40 minutos del tratamiento³⁸. En el estudio de Kashani *et al.*, la MADRS pasó de 38,2 a 22,1 en 80 minutos, sin embargo, la puntuación media de la Escala para la Ideación Suicida (SSI) pasó de 23 a 13,6³⁹. La puntuación de la SSI debía ser inferior a 4 para considerar adecuada la respuesta a la ideación autolítica por lo que, aunque se consiguió una buena respuesta, se consideró insuficiente. En ambos casos la respuesta observada se mantuvo durante los 10 días que estuvieron en seguimiento los pacientes.

KETAMINA Y COGNICIÓN

La ketamina parece tener efectos sobre otros factores de riesgo relacionados con el suicidio, más allá de su acción sobre la clínica depresiva. De este modo, se han descrito mejoras en la anhedonia, la desesperación, el dolor psicológico, la agitación/inquietud, la impulsividad y la regulación emocional^{34, 40}. Estos efectos estarían mediados, al menos en parte, por circuitos neuronales implicados en procesos cognitivos relevantes para las funciones ejecutivas y el procesamiento cognitivo emocional. La cognición puede categorizarse como dependiente de aspectos emocionales (*hot cognition*) e independiente de aspectos emocionales (*cold cognition*). De este modo, se ha propuesto que las funciones de toma de decisiones, la flexibilidad cognitiva y el control emocional serían dependientes de los aspectos emocionales de la cognición (*hot cognition*), mientras que las funciones de atención y de memoria serían independientes (*cold cognition*)^{41, 42}. Los sujetos con trastorno depresivo mayor se ven influidos por la presencia de una alteración global de las funciones cognitivas (tanto por la *hot cognition* como por una alterada *cold cognition*), lo que genera un afecto deprimido que perpetua los esquemas cognitivos negativos⁴³. Se ha sugerido que el efecto antidepressivo y antisuicidio de la ketamina podría sustentarse en su acción sobre el cortex prefrontal, región implicada en los procesos cognitivos. Las acciones de la ketamina sobre la cognición se resumen en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Acciones de la ketamina sobre la cognición

| <i>Hot cognition</i> ⁴⁴ | <i>Cold cognition</i> ^{34, 45} |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estilo atribucional implícito de la ideación suicida. • Anhedonia. • Clínica depresiva. | <ul style="list-style-type: none"> • Memoria visual . • Memoria de trabajo. |

ESKETAMINA INTRANASAL

La administración de medicación intranasal está ganando terreno en psiquiatría por sus numerosas ventajas: presenta un inicio de acción más rápido, evita el empleo de la administración parenteral y presenta una mayor biodisponibilidad. Un spray nasal que contenía esketamina, una variante estructural de la ketamina, obtuvo el estatus de hallazgo de mayor importancia por parte de la FDA en 2013. Esta designación ha permitido al laboratorio investigador acelerar el proceso de regulación, por lo que pronto veremos los primeros datos de la esketamina en el suicidio.

KETAMINA, OPIOIDES, DOLOR Y SUICIDIO

La relación entre el dolor (físico o psicológico) y la ideación o los comportamientos suicidas puede producirse a través de dos vías, en la primera es el conocido dolor físico. En un metaanálisis de 31 estudios se observó que las personas con dolor físico eran más propensas a manifestar a lo largo de su vida pensamientos o comportamientos suicidas (deseo,

ideación, intento o suicidio consumado⁴⁶. Por otro lado, y aunque el término no es nuevo, se está prestando de nuevo atención sobre el dolor psicológico. En un metaanálisis de 42 estudios se objetivó que la exposición a un mayor dolor psíquico se asoció a un mayor riesgo de ideación o actos suicidas⁴⁷. El dolor psíquico se asociaba con un mayor riesgo de suicidio, incluso cuando controlamos con la severidad de la depresión o de otros factores del riesgo conocidos para el suicidio (como desesperanza, agresividad o impulsividad).

Por tanto, el dolor es un factor de riesgo para los pensamientos y comportamientos suicidas. Los opioides constituyen el último escalón farmacológico en el tratamiento del dolor. Al ser usados con frecuencia en personas con patologías dolorosas graves, no es de extrañar que el consumo de opioides sea significativamente mayor en los sujetos con historia de intentos previos o que se asocie a un mayor riesgo de suicidio consumado⁴⁸. Además, el sistema del receptor μ -opioide se ha relacionado, mediante estudios de imagen y *post-mortem*, con una respuesta del organismo al estrés social y emocional⁴⁹ (además de la ya conocida respuesta al dolor físico). Todos estos datos nos llevan a pensar que quizás el uso de opioides podría plantear una opción para el tratamiento del suicidio, siendo el receptor μ -opioide una interesante diana terapéutica.

Así, un estudio ya demostró que la buprenorfina (dosis de 0.2-0.4mg sublingual) atenúa la respuesta fisiológica y emocional al estrés social de forma significativa frente a placebo⁵⁰. Posteriormente, en un reciente ensayo aleatorizado, emplearon dosis bajas de buprenorfina sublingual (0.44mg/día) como tratamiento de la ideación suicida⁵¹. La muestra la constituían 60 sujetos con una importante ideación suicida de los que casi 2/3 tenían antecedentes de intentos autolíticos. Lo sujetos fueron aleatorizados a buprenorfina o placebo, además del tratamiento que estuvieran realizando previamente. La buprenorfina se mostró claramente superior a placebo en las 4 semanas que duró el estudio: midiendo la ideación suicida mediante la Escala de Beck para la ideación suicida. A las 2 semanas, la reducción en el grupo de buprenorfina fue de -4,3 (IC 95%= -8,5; -0,2) y, a las 4 semanas, fue de -7,1 (IC 95%= -12, -2,3). Los resultados se mantuvieron incluso tras controlar el efecto del uso de antidepresivos y la presencia de un trastorno límite de la personalidad. En el caso de la ketamina, se ha hipotetizado que podría tener un efecto beneficioso a través del bloqueo de los receptores NMDA implicados en la generación del dolor psíquico (situados en las áreas de Brodman^{24,25}), regiones cerebrales que se han visto sobreexcitadas en la depresión⁽⁵²⁾.

PERSPECTIVAS FUTURAS. APLICACIONES INMEDIATAS

Ante la visión tan optimista que acabamos de exponer, cabría preguntarse a qué estamos esperando para empezar a usar la ketamina y los opioides en el tratamiento de pacientes suicidas. La realidad, sin embargo, es que, aunque los avances son esperanzadores, aún queda mucho por saber. En primer lugar, las muestras empleadas nos pueden llevar a un sesgo: no se incluyen pacientes con comorbilidades o con riesgo suicida inminente, que son precisamente nuestra población habitual. Aunque los resultados nos indican que mejoran las puntuaciones relativas a la ideación suicida, aún no se ha comprobado que esto se traslade a una mejora en la morbimortalidad de la población. Tampoco conocemos aspectos básicos del empleo de estos agentes en el tratamiento del suicidio (dosis óptima,

tiempo de tratamiento...). En la **Tabla 3** se resumen aspectos a investigar antes de poder generalizar su uso:

En la actualidad se han iniciado numerosos ensayos clínicos destinados a investigar agentes terapéuticos frente al suicidio (*para más información consultar: clinicaltrials.gov*), lo que nos permite albergar la esperanza de poder incorporar en los próximos años algunos de estos agentes a nuestra práctica habitual.

Tabla 3. *Líneas de investigación futuras*

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efecto sobre la morbilidad y la mortalidad por suicidio. |
| Efectos antisuicidas diferenciado en las distintas categorías diagnósticas. |
| Dosis y vía de administración óptimas. |
| Frecuencia y dosis a la que la administración se vuelve perjudicial. |
| Régimen de tratamiento para alcanzar el mantenimiento de la respuesta |
| Mejora en comprensión de los mecanismos biológicos por los que estos agentes confieren protección frente al suicidio |
| Uso combinado con otras opciones terapéuticas (terapia cognitivo-conductual, EMT, ...) |

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte [página web]. [consultado 5 oct 2016]. Disponible en <http://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.htm?oe=304172016>.
2. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *The American journal of psychiatry*. 2016;173(11):1094-100.
3. Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P, Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *The Journal of clinical psychiatry*. 2016;77(2):240-6.
4. Reutfors J, Brandt L, Ekblom A, Isacsson G, Sparen P, Osby U. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: A population-based case-control study. *J Psychiatr Res*. 2010.
5. Lopez-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Villoria LB, Zamorano MJ, Molina CA, et al. Code 100: a study on suicidal behavior in public places. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2015;43(4):142-8.
6. Bennewith O, Evans J, Donovan J, Paramasivan S, Owen-Smith A, Hollingworth W, et al. A contact-based intervention for people recently discharged from inpatient psychiatric care: a pilot study. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2014;18(2):131-43.
7. Force NAAfSPRPT. A prioritized research agenda for suicide prevention: An action plan to save lives. [accedido 9 de septiembre 2016] disponible en: <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Agenda.pdf> Rockville, MD: National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life ThreatBehav*. 1976;6(3):131-49.
9. Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *CurrPsychiatry Rep*. 2008;10(1):87-90.
10. Gysin-Maillart AC, Soravia LM, Gemperli A, Michel K. Suicide Ideation Is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2016:1-14.
11. Yaseen ZS, Briggs J, Kopeykina I, Orchard KM, Silberlicht J, Bhingradia H, et al. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients--a comparative study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:230.
12. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.
13. Zun LS, Downey L. Does Psychic Pain Manifest as Agitation in the Emergency Setting: Results of the Pilot. NAMI National Conventio; Denver 2016.
14. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009;339:b2880.
15. Brent DA. Antidepressants and Suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(3):503-12.
16. Courtet P, Jaussent I, Lopez-Castroman J, Gorwood P. Poor response to antidepressants predicts new suicidal ideas and behavior in depressed outpatients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(10):1650-8.
17. Fink M. What was learned: studies by the consortium for research in ECT (CORE) 1997-2011. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014;129(6):417-26.
18. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Gorwood P, Courtet P. Suicidal Depressed Patients Respond Less Well to Antidepressants in the Short Term. *Depression and anxiety*. 2016;33(6):483-94.
19. Courtet P, Lopez-Castroman J, Jaussent I, Gorwood PA. Antidepressant dosage and suicidal ideation. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1863-5.

20. Brent DA, Gibbons R. Initial dose of antidepressant and suicidal behavior in youth: start low, go slow. *JAMA Intern Med.* 2014;174(6):909-11.
21. Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Sturmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med.* 2014;174(6):899-909.
22. Khan A, Khan SR, Hobus J, Faucett J, Mehra V, Giller EL, et al. Differential pattern of response in mood symptoms and suicide risk measures in severely ill depressed patients assigned to citalopram with placebo or citalopram combined with lithium: role of lithium levels. *Journal of psychiatric research.* 2011;45(11):1489-96.
23. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346.
24. Grunebaum MF, Ellis SP, Duan N, Burke AK, Oquendo MA, John Mann J. Pilot randomized clinical trial of an SSRI vs bupropion: effects on suicidal behavior, ideation, and mood in major depression. *Neuropsychopharmacology.* 2012;37(3):697-706.
25. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *The Journal of clinical psychiatry.* 2008;69(8):1228-336.
26. Weisler RH, Khan A, Trivedi MH, Yang H, Eudicone JM, Pikalov A, et al. Analysis of suicidality in pooled data from 2 double-blind, placebo-controlled aripiprazole adjunctive therapy trials in major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry.* 2011;72(4):548-55.
27. Diazgranados N, Ibrahim LA, Brutsche NE, Ameli R, Henter ID, Luckenbaugh DA, et al. Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):1605-11.
28. Courtet P, Giner L, Seneque M, Guillaume S, Olie E, Ducasse D. Neuroinflammation in suicide: Toward a comprehensive model. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry.* 2015:1-23.
29. Erhardt S, Lim CK, Linderholm KR, Janelidze S, Lindqvist D, Samuelsson M, et al. Connecting inflammation with glutamate agonism in suicidality. *Neuropsychopharmacology.* 2013;38(5):743-52.
30. Steiner J, Walter M, Gos T, Guillemin GJ, Bernstein H-G, Samyai Z, et al. Severe depression is associated with increased microglial quinolinic acid in subregions of the anterior cingulate gyrus: evidence for an immune-modulated glutamatergic neurotransmission? *J Neuroinflammation.* 2011;8:94.
31. Carlborg A, Jokinen J, Jonsson EG, Erhardt S, Nordstrom P. CSF kynurenic acid and suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Psychiatry research.* 2013;205(1-2):165-7.
32. Bay-Richter C, Linderholm KR, Lim CK, Samuelsson M, Traskman-Bendz L, Guillemin GJ, et al. A role for inflammatory metabolites as modulators of the glutamate N-methyl-d-aspartate receptor in depression and suicidality. *Brain Behav Immun.* 2015;43:110-7.
33. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ, Brutsche NE, Ameli R, Luckenbaugh DA, et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Archives of general psychiatry.* 2006;63(8):856-64.
34. Lee Y, Syeda K, Maruschak NA, Cha DS, Mansur RB, Wium-Andersen IK, et al. A New Perspective on the Anti-Suicide Effects With Ketamine Treatment: A Pro-cognitive Effect. *J Clin Psychopharmacol.* 2016;36(1):50-6.
35. Murrrough JW, Soleimani L, DeWilde KE, Collins KA, Lapidus KA, Iacoviello BM, et al. Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Psychological medicine.* 2015;45(16):3571-80.
36. Price RB, Iosifescu DV, Murrrough JW, Chang LC, Al Jurdi RK, Iqbal SZ, et al. Effects of ketamine on explicit and implicit suicidal cognition: a randomized controlled trial in treatment-resistant depression. *Depression and anxiety.* 2014;31(4):335-43.
37. Zarate CA, Brutsche NE, Ibrahim L, Franco-Chaves J, Diazgranados N, Cravchik A, et al. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry.* 2012;71(11):939-46.

38. Larkin GL, Beautrais AL. A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(8):1127-31.
39. Kashani P, Yousefian S, Amini A, Heidari K, Younesian S, Hatamabadi HR. The Effect of Intravenous Ketamine in Suicidal Ideation of Emergency Department Patients. *Emerg (Tehran).* 2014;2(1):36-9.
40. Ballard ED, Luckenbaugh DA, Richards EM, Walls TL, Brutsche NE, Ameli R, et al. Assessing measures of suicidal ideation in clinical trials with a rapid-acting antidepressant. *Journal of psychiatric research.* 2015;68:68-73.
41. Hongwanishkul D, Happaney KR, Lee WS, Zelazo PD. Assessment of hot and cool executive function in young children: age-related changes and individual differences. *Dev Neuropsychol.* 2005;28(2):617-44.
42. Bunch KM, Andrews G. Development of relational processing in hot and cool tasks. *Dev Neuropsychol.* 2012;37(2):134-52.
43. Roiser JP, Sahakian BJ. Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectr.* 2013;18(3):139-49.
44. Lally N, Nugent AC, Luckenbaugh DA, Niciu MJ, Roiser JP, Zarate CA, Jr. Neural correlates of change in major depressive disorder anhedonia following open-label ketamine. *J Psychopharmacol.* 2015;29(5):596-607.
45. Shiroma PR, Albott CS, Johns B, Thuras P, Wels J, Lim KO. Neurocognitive performance and serial intravenous subanesthetic ketamine in treatment-resistant depression. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014;17(11):1805-13.
46. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal of psychiatric research.* 2015;71:16-32.
47. Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry.* 2016;7:108.
48. Ilgen MA, Bohnert AS, Ganoczy D, Bair MJ, McCarthy JF, Blow FC. Opioid dose and risk of suicide. *Pain.* 2016;157(5):1079-84.
49. Hsu DT, Sanford BJ, Meyers KK, Love TM, Hazlett KE, Walker SJ, et al. It still hurts: altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Mol Psychiatry.* 2015;20(2):193-200.
50. Bershak AK, Jaffe JH, Childs E, de Wit H. Opioid partial agonist buprenorphine dampens responses to psychosocial stress in humans. *Psychoneuroendocrinology.* 2015;52:281-8.
51. Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, et al. Ultra-Low-Dose Buprenorphine as a Time-Limited Treatment for Severe Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of psychiatry.* 2016;173(5):491-8.
52. Opler LA, Opler MG, Arnsten AF. Ameliorating treatment-refractory depression with intranasal ketamine: potential NMDA receptor actions in the pain circuitry representing mental anguish. *CNS Spectr.* 2016;21(1):12-22.

**ASPECTOS PREVENTIVOS
DE LA CONDUCTA
SUICIDA**

IV

El suicidio constituye un problema de Salud Pública en numerosos países. Muy lejos de controlarse, las muertes por suicidio han aumentado en un 60% menos de 50 años¹. Dicho fenómeno podría estar afectando también al Estado español². De forma preocupante, este incremento se ha producido con mucha mayor intensidad en los jóvenes. Estos han sustituido a las personas de edad avanzada como principal grupo de riesgo en muchos países³.

A pesar de esta realidad, la prevención del suicidio es posible y el conocimiento acumulado durante las últimas décadas así lo demuestra. Dentro de las medidas que pueden tomarse, un gran número de ellas afectan no solo a servicios psiquiátricos sino también médicos, Urgencias, medidas educativas, sociales y, en definitiva, al llamado espacio socio-sanitario. Esto es así ya que la mayoría de los individuos que fallecen por suicidio no están en tratamiento psiquiátrico. La mayor parte de las muertes por suicidio se consuman en el primero o segundo intento, muchas veces antes de que hayan podido comenzar un tratamiento para su patología de base. Además de la patología psiquiátrica, el 70% de los suicidas, tienen patología médica.

Con respecto a los intentos de suicidio, aunque los trastornos psiquiátricos se den sólo en un 10% de la población, éstos representan la causa de un alto porcentaje de los intentos de suicidio. Teniendo en cuenta la relación existente entre intentos de suicidio y suicidio consumado, tratar adecuadamente la patología psiquiátrica y gestionar los casos, teniendo en cuenta la perspectiva suicida, es importante para la prevención del suicidio.

EL SUICIDIO EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

El suicidio es la más grave consecuencia de los trastornos psicóticos. Es la causa más frecuente de muerte prematura en estos pacientes y, por tanto, identificar los factores predictores de suicidio es crucial en este grupo⁴. Aproximadamente del 2 al 12% de todos los suicidios están atribuidos a la esquizofrenia. Incluso en los primeros episodio psicóticos, el ratio de suicidio consumado es del 2,4% en los primeros 5 años de enfermedad.

Muchos factores están implicados en el comportamiento suicida y, algunos de ellos, difieren de la población general. Conocer qué factores están asociados con el suicidio en pacientes diagnosticados de esquizofrenia podría mejorar el manejo clínico y ayudar a desarrollar estrategias de prevención⁵. Un estudio de seguimiento prolongado realizado en nuestro país encontró que el suicidio se relacionaba con el consumo de cocaína y estimulantes, con la presencia de síntomas depresivos, con los intentos de suicidio previos y con la menor edad⁴.

En 2014, se publicó una revisión sistemática realizada por un comité de expertos españoles que revisaron la relación basada en la evidencia entre el suicidio y la esquizofrenia con la intención de formular recomendaciones clínicas basadas en un consenso derivado de una metodología precisa y preestablecida⁵. Los factores que arrojaron una evidencia más sólida fueron:

- Trastornos depresivos pasados o concurrentes en pacientes tanto ingresados como en consultas externas. Más del 50% de los pacientes que consumaron el suicidio tenían una depresión diagnosticable en el momento del suicidio.
- Historia previa de intentos de suicidio, en particular durante los 2 años siguientes al primer intento. Se vio que los pacientes con esquizofrenia utilizaban métodos más violentos y letales que la población general.
- El número de ingresos, también sugiere ser indicador de la gravedad de la enfermedad y ha sido asociado a un riesgo más elevado de suicidio en pacientes con esquizofrenia.
- La presencia de desesperanza, incluso sin aparición de una depresión concomitante, se ha postulado que puede ser un mejor marcador que el diagnóstico de depresión.
- En cuanto a la edad, se ha observado un riesgo más elevado de suicidio en pacientes jóvenes con esquizofrenia cuando se compara con la población general. La juventud parece incrementar el riesgo de suicidio violento en ambos géneros. Se sitúa la edad de suicidios consumados en torno a los 30 años, siendo los paciente más jóvenes cuando se comparan con otros trastornos psiquiátricos.
- Hay una robusta evidencia, incluyendo estudios prospectivos, que sugiere que el riesgo de suicidio es más elevado en los comienzos de la enfermedad, sobre todo en los primeros años.
- En cuanto al género, tradicionalmente se ha dicho que hay tasas más elevadas de suicidio en hombres pero, en un metaanálisis llevado a cabo por Large *et al*⁶, no se encontró una asociación de género en pacientes suicidas.

Dentro de las estrategias preventivas, la utilización de determinados fármacos podría ayudar a disminuir el riesgo suicida. Existe evidencia que apoya la eficacia de la clozapina en la reducción de la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia, lo que podría ser explicado por la reducción de los síntomas afectivos. También hay una sólida evidencia que apoya el marcado uso antisuicida del litio en los trastornos de ánimo, presumiblemente relacionado con los efectos serotoninérgicos⁷.

Dentro de las estrategias de gestión de casos⁵, se recomienda lo siguiente:

- Seguimiento estrecho de pacientes ingresados con esquizofrenia y que presenten: historia de intentos de suicidio, ánimo depresivo o alta tasa de ingresos.
- Se debe evaluar el riesgo de suicidio en todos los pacientes que van a ingresar.
- Monitorización estrecha al alta, ya que este es el momento de mayor riesgo suicida.
- Considerar la historia familiar de conducta suicida o suicidios consumados.
- Seguimiento exhaustivo en pacientes jóvenes con esquizofrenia, sobre todo en los primeros años tras el diagnóstico.
- Evaluar la presencia de un abuso de drogas comórbido.

- Presencia de síntomas depresivos y aparición de desesperanza.
- Preguntar a todos los pacientes en la entrevista por la ideación autolítica.
- Verificar la adherencia al tratamiento durante la entrevista.
- Valorar la impulsividad de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- En las plantas de hospitalización, implantar medidas de prevención de conducta suicida.
- Informar a los cuidadores sobre medidas de prevención de suicidio.
- En pacientes que han tenido intentos previos, realizar una buena historia clínica valorando las condiciones en las que fue llevado a cabo.
- Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con una descompensación aguda que expresan ideación suicida deben ser hospitalizados.

EL SUICIDIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR

Entre el 25 y el 50 % de los pacientes con trastorno bipolar realizan, al menos, una tentativa de suicidio durante su vida. Sin embargo, existe controversia en relación a los factores relacionados con dichas tentativas. Se ha encontrado una asociación significativa entre el suicidio y la edad de inicio ≤ 25 años, la necesidad de hospitalización durante los episodios depresivos, el abuso de drogas y la historia familiar de trastorno bipolar⁸. Es importante, por lo tanto, el reconocimiento de los factores de riesgo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad, poniendo el foco sobre todo en la población joven, en los primeros años de evolución de la enfermedad, en el consumo de sustancias, en la falta de adherencia al seguimiento y tratamiento farmacológico, en la sintomatología depresiva, y en los antecedentes personales y familiares del paciente.

Existe evidencia, como se ha dicho anteriormente, de que únicamente el carbonato de litio tiene mostrado un efecto antisuicida en el trastorno bipolar⁹. De ahí la necesidad, dentro de los programas de prevención, de realizar tratamientos psicoeducativos destinados a informar sobre el beneficio del litio y la necesidad de que exista una correcta adherencia terapéutica. El TEC, a corto plazo, ha mostrado una evidencia limitada⁸. En 2006, el grupo de Vitoria examinó el riesgo suicida en pacientes con TB I en relación con su adherencia al tratamiento con litio, y se pudo comprobar, en un seguimiento a 10 años, una disminución notable del riesgo en aquellos pacientes que tomaban el tratamiento correctamente⁹. Una buena adherencia al tratamiento, con litio en monoterapia a largo plazo, estaba asociada con 5,2 veces menor riesgo de intentos de suicidio o suicidio consumado durante la monitorización durante una década.

Como factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento fueron identificados: ser hombre, no estar casado, uso comórbido de sustancias, y haber tenido episodios previos de estados maníacos o mixtos que requirieron hospitalización.

Los factores que relacionaron los actos suicidas incluyeron una historia de actos de suicidio previos al tratamiento, una tasa más elevada de hospitalizaciones, menor adherencia al tratamiento con litio, historia familiar de TB, estar soltero, y ser joven a la edad de diagnóstico.

EL SUICIDIO EN PACIENTES CON COMORBILIDAD DE TRASTORNO LÍMITE Y TRASTORNO BIPOLAR

La aparición simultánea de Trastorno Límite y TB es debido en parte al desarrollo inmaduro del sistema nervioso central, en pacientes con un comienzo temprano del trastorno bipolar. La comorbilidad existente entre los síntomas de TB y TL conlleva que estos pacientes sean mal atendidos, mal diagnosticados, mal tratados y presente también una mayor tasa de suicidio¹⁰. Se ha visto la existencia de mayores tasas en cuanto a antecedentes de suicidio en pacientes con ambos trastornos coexistentes, así como una mayor historia de abuso sexual, antecedentes de trastornos afectivos y de trastorno de personalidad en este grupo de pacientes. En estos casos es fundamental reconocer ambos diagnósticos para tratarlos adecuadamente y conocer que algunos fármacos de uso común en trastorno límite (por ejemplo antidepresivos) pueden incrementar el riesgo de suicidio en pacientes bipolares si se prescriben en monoterapia.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO

Programa para Trastorno Límite de la Personalidad

Dentro de los programas de prevención de suicidio específicos, algunos se han centrado en los trastornos de la personalidad. En el año 2012, se desarrolló un programa en el Hospital Universitario de Alava denominado Sócrates, dirigido al Trastorno Límite. Dicho trastorno se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en las emociones, así como un escaso control de los impulsos. Se ha asociado a elevadas tasas de suicidio consumado, a un severo déficit funcional, a alta comorbilidad y al uso intensivo de los Servicios de Salud.

El programa Sócrates incluye pacientes menores de 30 años, con menos de 10 años de evolución del trastorno. Se trata de un programa intensivo de tratamiento, donde la combinación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico consigue los mejores resultados. La intervención especializada se basa en la Terapia Dialéctica Conductual¹¹.

Los criterios de inclusión en el programa son: tener un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, una edad comprendida entre los 16 y 35 años y sintomatología predominante de conductas parasuicidas, deterioro funcional, intentos de tratamiento infructuoso y refractariedad. No se incluyen pacientes diagnosticados de retraso mental, ni que tengan como diagnóstico principal la dependencia a tóxicos.

El programa se estructura en tres fases (fase de pretratamiento, fase de tratamiento y fase de finalización) que se llevan a cabo durante dos años. Se ofrece también la asistencia telefónica entre sesiones de psicoterapia debido a que muchos pacientes con TLP tienen dificultades para pedir ayuda de forma eficaz, llegando a inhibirse por miedo, vergüenza, etc. pudiendo llevar todo ello a comportamientos parasuicidas u otro tipo de comportamientos como una forma de solicitar ayuda.

Programa general de prevención de suicidio basado en la Telemedicina

A nivel de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), se ha creado un programa para la prevención de la conducta suicida en pacientes de alto riesgo con técnicas de Telemedicina. Este programa se engloba dentro de un Proyecto multicéntrico de investigación.

El programa consiste en un seguimiento telefónico protocolizado a una muestra de pacientes mayores de edad. Incluye un total de cinco llamadas breves durante 6 meses, desde el servicio de Consejo Sanitario (CS) por parte de un profesional de enfermería (centralizado para toda la CAPV) que recibe formación específica para la intervención.

El total de 5 sesiones telefónicas se realizarían en: semana 1,2 y meses 1, 3 y 6 posteriores a la tentativa (periodo de máximo riesgo de repetición). La entrevista telefónica sigue un protocolo predefinido elaborado en base a las recomendaciones reflejadas en la literatura. Se contemplan 3 modalidades de entrevista telefónica:

- **Primer contacto (10-15 min).** Presentación del programa, solicitud de consentimiento verbal, evaluación del perfil de riesgo del paciente y su situación actual.
- **Entrevista de seguimiento "habitual" (5-10 min).** Evaluación de la situación relativa a estresores y factores de riesgo de suicidio, refuerzo de la adherencia a tratamiento y pautas generales de psicoeducación.
- **Entrevista de "crisis" (15-30 min).** Intervención breve incluyendo evaluación de riesgo inmediato, propuesta de pautas de contención y/o medidas alternativas de abordaje del riesgo.

La finalidad de todo ello es evaluar el riesgo de suicidio, mejorar la adherencia a los tratamientos y proporcionar pautas generales de psicoeducación. En el estudio se incluyó un centro control sin intervención y dos centros con intervención. Los resultados se están analizando actualmente, pero los datos preliminares muestran que el seguimiento desde Atención Primaria (*call center*), supone un apoyo al tratamiento estándar y es eficaz en la prevención del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *The BMJ* 2013; 17;347:f5239
2. Lopez Bernal JA, Gasparri A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013;23(5):732-6.
3. WHO | Comprehensive mental health action plan 2013–2020 [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
4. González-Pinto A, Aldama A, González C, Mosquera F, Arrasate M, Vieta E. Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):242-7.
5. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(6):418-26.
6. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS ONE* [Internet]. 10 de junio de 2016 [citado 3 de noviembre de 2016];11(6). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902221/>
7. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006;8:625-39.
8. López P, Mosquera F, de León J, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F, González-Pinto A. Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(12):963-6.
9. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006;8:618-24.
10. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2010;71(7):902-9.
11. Ward-Ciesielski EF, Jones CB, Wielgus MD, Wilks CR3, Linehan MM. Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2016 24;4:13.

Resultados de la prevención de conductas suicidas mediante un programa de gestión telefónica de tentativas

9

D.J. Palao Vidal

RESUMEN

En España no disponemos actualmente de una estrategia nacional común de prevención del suicidio, aunque las evidencias disponibles están recogidas en una guía del Sistema Nacional de Salud¹. Algunas comunidades autónomas han incluido entre los objetivos de Salud estrategias para la prevención del suicidio que pueden contribuir a alcanzar el objetivo de la OMS de reducir un 10% la tasa de suicidio en 2020². La Sociedad Española de Psiquiatría desarrolló el proyecto "Suicidio Consensus", una iniciativa participativa que se propuso extender y compartir el conocimiento disponible sobre las buenas prácticas de prevención del suicidio con todos sus socios. Partiendo de la publicación "Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida"³ y con una metodología innovadora de consenso Delphi *online*, se invitó a todos los socios a conocer y consensuar las mejores propuestas de prevención del suicidio.

Entre las iniciativas de prevención del suicidio desarrolladas en España y que han dado apoyo experimental a algunas de estas políticas de prevención, destaca la iniciativa desarrollada en el Hospital Universitario Parc Taulí, en un área de casi 500.0000 habitantes. Desde el año 2007, en que se desarrolló la segunda fase del programa multinivel de la *European Alliance Against Depression* -EAAD; iniciado por el Hospital de Sant Pau en la Dreta de l'Exemple barcelonés^{4,5}, Parc Taulí ha implementado un programa integrado de prevención de suicidio que incluye la gestión telefónica de todos los casos de tentativas de suicidio a partir de su identificación en urgencias, independientemente de su nivel de riesgo.

Desde 2008, todos los supervivientes de una tentativa suicida atendidos en el Servicio de Urgencias generales del hospital, son evaluados e identificados por un psiquiatra que es el responsable de su inclusión en un registro de casos. El objetivo del registro no es otro que el de procurar una atención personalizada a todos los pacientes. Para ello, una enfermera especializada establece contacto telefónico con todos los pacientes a partir de la semana post-alta y asegura la continuidad asistencial asegurando que se realiza una visita ambulatoria en menos de 10 días y el seguimiento telefónico sinérgico al tratamiento habitual durante un año.

Se presentan los resultados de un estudio controlado, no aleatorizado, de evaluación al año y el seguimiento a los cinco años del programa de gestión telefónica de tentativas (PGT-TA). Los principales resultados fueron la reducción del 14 al 6% de la proporción de pacientes con reintentos ($X^2=7,74$; $p=0,005$) y un aumento significativo entre reintentos de más de 45 días en comparación con la zona control.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la estrategia europea de la EAAD (www.EAAD.net), la depresión y las conductas suicidas (suicidio consumado y tentativas de suicidio) están fuertemente asociadas y deben priorizarse como problemas de Salud Pública de primera magnitud en toda Europa. En el año 2014 fallecieron en España por suicidio 3.910 personas, siendo por sexo, la primera causa de muerte externa en hombres (con una tasa de 12,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes). Desde el año 2007, los fallecimientos por suicidio superan a los acaecidos por accidentes de tráfico (con una tasa de 6,3 por 100.000 habitantes) (INE, 2016).

La OMS considera que los suicidios son un grave problema de Salud Pública que afecta especialmente a los jóvenes, entre los que es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial. En el informe "Prevención del suicidio, un imperativo global"⁶ se propone aumentar el conocimiento y la concienciación sobre el gran impacto que tiene el suicidio para la Salud Pública y hacer de la prevención del suicidio una gran prioridad en el programa mundial de salud pública. Según el documento, la mejor forma de dar respuesta al fenómeno del suicidio en un país es considerando las conductas suicidas un problema de salud pública y estableciendo una estrategia nacional de prevención común. De acuerdo con sus recomendaciones, esta estrategia nacional debe ser integral y multisectorial incluyendo, no solo el sector de la salud, sino también el educativo, trabajo, bienestar social, justicia y otros.

El Plan de Acción europeo de Salud Mental, aprobado en Turquía en 2013⁷, también prioriza la prevención del suicidio estableciendo como objetivo una reducción del 10% de la tasa de suicidio en población general para el año 2020 y la promoción de intervenciones específicas en los subgrupos relacionados con mayor riesgo (por edad, sexo, etnia y en otros grupos vulnerables). Entre las medidas propuestas destaca la mejora en la accesibilidad a los servicios de salud para las personas en riesgo y el seguimiento proactivo durante el período crítico posterior a una tentativa de suicidio. También se recomienda mejorar los sistemas de registro de mortalidad y los de tentativas de suicidio para facilitar el seguimiento proactivo y la evaluación de los resultados de las políticas implantadas.

La ausencia de una estrategia única nacional no puede obviar la responsabilidad de los Servicios de Salud en cada área sanitaria para desarrollar las iniciativas que cuenten con mayor respaldo experimental. Precisamente, las evidencias que puedan aportar estos programas a nivel local y regional pueden estimular esta respuesta nacional que debería contar con una financiación adecuada a la envergadura del objetivo propuesto. Estos programas promovidos por equipos de Salud Mental y Atención Primaria, se focalizan en la identificación de grupos vulnerables de riesgo de suicidio y en mejorar la calidad de los servicios, haciéndolos más accesibles a los pacientes con mayor riesgo. Pero su generalización exige contar con resultados que demuestren que son capaces de reducir significativamente las conductas suicidas de una forma eficiente.

EUROPEAN ALLIANCE AGAINST DEPRESSION: LA EXPERIENCIA EUROPEA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CON AVAL CIENTÍFICO

El programa SUPRE de la OMS de prevención del suicidio⁸ recomienda a los gobiernos que impulsen planes de acción desde el ámbito de las políticas de Salud. En estos planes propone que se incluyan diversas acciones que han demostrado cierta eficacia preventiva,

como las estrategias de restricción de acceso a métodos comunes de suicidio y la mejora en la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión y el abuso de alcohol y otras sustancias.

Entre los programas de prevención de suicidio con mayor apoyo experimental destacan los programas multifacéticos o de componentes múltiples⁹, como el que se desarrolló sobre trastornos depresivos en Nüremberg, Alemania, que logró reducir significativamente las tasas de suicidio y de intentos de suicidio^{4,5}. El programa constaba de cuatro intervenciones diferentes:

- a) una campaña antiestigma dirigida al público en general
- b) la capacitación de facilitadores de la comunidad (docentes, trabajadores sociales, periodistas, policías...)
- c) la capacitación de los médicos de Atención Primaria
- d) el apoyo a los pacientes y a sus familiares

Esta intervención multifacética se extendió y aplicó en ciudades de 18 países a través de la Alianza Europea contra la Depresión (www.eaad.net), incluyendo nuestro país, a través de las experiencias del Hospital de Sant Pau en el Ensanche derecho de Barcelona y del Hospital Parc Taulí en Sabadell (Barcelona).

El apoyo experimental a algunas de las medidas incluidas en la estrategia EAAD, provienen también de otras fuentes. Así, un estudio realizado en Inglaterra y Gales¹⁰ fue capaz de identificar tipos de intervenciones que parecían estar asociadas con un menor número de muertes por suicidio (**Tabla 1**). Se trata de un estudio observacional de 91 Servicios de Salud en el que se analizaron las tasas de suicidio antes de la aplicación de recomendaciones preventivas (en 1998) y después de su implementación en 2006. While *et al.* encontraron reducciones significativas en las tasas de suicidio en aquellos servicios de salud mental que habían aplicado al menos 7 de las 9 diferentes intervenciones recomendadas. En la **Tabla 1** se enumeran las intervenciones y se resumen los resultados del estudio, indicado cuales fueron más eficaces.

En el informe "Prevención del suicidio, un imperativo global"⁶, se aboga por una estrategia nacional de prevención del suicidio que además debe ser multisectorial, incluyendo otros sectores más allá del ámbito de la Salud. Entre los indicadores propuestos para evaluar el progreso de la estrategia se incluyen:

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

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

9. Resultados de la prevención de conductas suicidas mediante un programa de gestión telefónica de tentativas

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

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Más eficaz en todos los sitios | Proporcionar equipos de crisis de 24 horas* |
| Moderadamente eficaz en todos los sitios | <ul style="list-style-type: none"> - Gestión de los pacientes con patología dual (trastorno mental y abuso de sustancias) - La realización de revisiones multidisciplinarias* - El intercambio de información con las familias después de un suicidio y aplicar mejoras en el futuro* |
| Más eficaz para pacientes hospitalizados | Eliminación de contención mecánica |
| Más eficaz en caso de incumplimiento terapéutico | Realizar seguimiento a los pacientes dentro de los 7 días del alta* |
| Más eficaz para las personas con historia de abandono del seguimiento ambulatorio | Programas de seguimiento asertivo comunitario* |
| En general, los efectos más grandes fueron en áreas de bajos ingresos económicos | <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar con regularidad capacitación para el personal clínico de primera línea en la gestión del riesgo de suicidio* - Dar respuesta efectiva a los pacientes que no cumplen con el tratamiento* - Compartir información sobre prevención de suicidio con organismos de justicia |

(* medidas incluidas en el programa EAAD)

En 1998, algunos de los 91 servicios de Salud Mental en el estudio estaban llevando a cabo alguna de estas recomendaciones preventivas. Para el año 2004, alrededor de la mitad estaban aplicando, al menos, siete recomendaciones y, en 2006, aproximadamente el 71% lo hacían. Con el tiempo, cuando aumentaron las recomendaciones, las tasas de suicidio entre los pacientes disminuyeron. Cada año, desde 2004 a 2006, los servicios de Salud Mental que implementaron siete o más recomendaciones tuvieron una tasa de suicidios significativamente más baja que los que implementan seis o menos¹⁰.

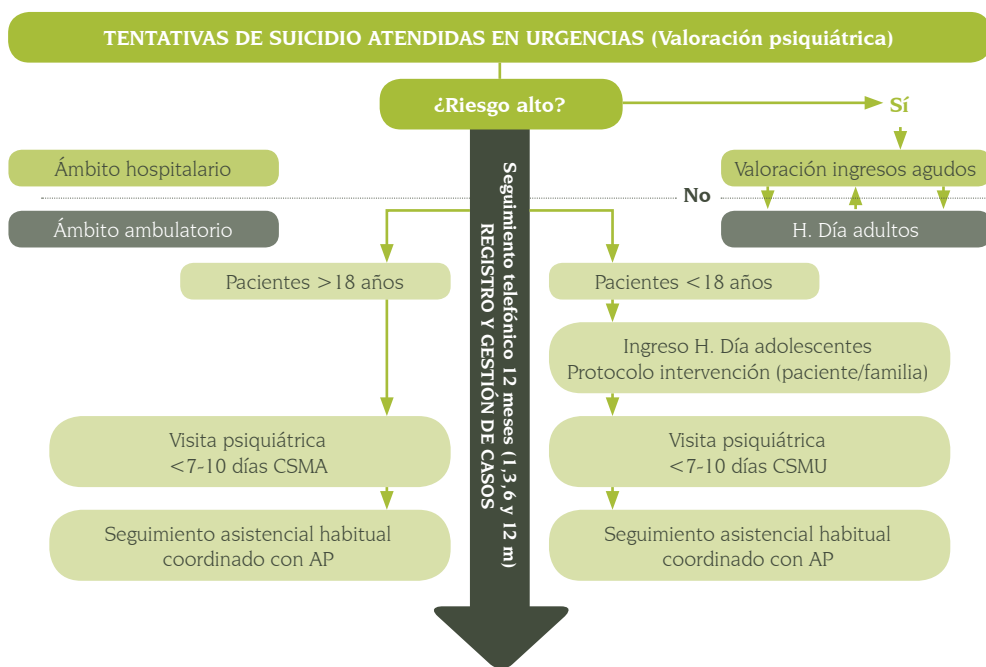
RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS MEDIANTE UN PROGRAMA DE GESTIÓN TELEFÓNICA DE TENTATIVAS EN PARC TAULÍ

En el año 2007, el Hospital Universitario Parc Taulí-UAB, tuvo la oportunidad de incorporarse al proyecto de la Alianza Europea contra la Depresión (www.eaad.net)^{4,5}, liderado en España por el Dr. Víctor Pérez-Solà y de adaptar el modelo multimodal de intervención en nuestro medio. El proyecto fue liderado desde el Servicio de Salud Mental del Parc Taulí, que gestiona todos los servicios especializados de Salud Mental y Adicciones de un área sanitaria de unos 500.000 habitantes en la comarca del Vallés Occidental Este (Barcelona), tanto para adultos como para menores de edad. Pero, aunque la evaluación se realizó sobre uno de los programas implementados (PGT-TA), las acciones siguieron inicialmente las recomendaciones de la estrategia EAAD.

A diferencia de otras ciudades, algunas de las estrategias de mayor impacto se incorporaron desde entonces a la práctica asistencial habitual y se aplican de forma continuada, no solo en Sabadell, sino en toda el área de salud. De estas estrategias destacamos el Programa de Seguimiento Telefónico de Tentativas de Suicidio (PGT-TA) del que se realizó un estudio controlado no aleatorizado después del primer año de aplicación, cuyos resultados se presentan a continuación.

El Programa de Seguimiento Telefónico de Tentativas de Suicidio, se aplica desde el año 2008 a todos los pacientes atendidos en Urgencias por tentativas de suicidio durante los 12 meses posteriores al alta hospitalaria (**Figura 1**).

Figura 1. Programa de gestión telefónica de tentativas de suicidio



Las tentativas de suicidio previas son el factor de riesgo más importante de reintentos y de suicidio consumado¹¹ y permite identificar con facilidad a un grupo de riesgo de conductas suicidas de gran importancia clínica, a partir precisamente de su identificación en el servicio de Urgencias por un psiquiatra. El programa implica la inclusión de todos los casos en los que se comprueba una intencionalidad suicida, independientemente de la gravedad médica o del nivel de riesgo, en un registro de tentativas de suicidio (aproximadamente unos 100 casos por 100.000 habitantes y año) (**Figura 2**).

Figura 2. Evolución del registro de casos de tentativas de suicidio 2008-2015



A partir del registro, se facilita una visita priorizada en la semana posterior al alta con el psiquiatra comunitario de referencia y, por último, se habilita un seguimiento telefónico por parte de una enfermera especializada (Tabla 2).

Tabla 2. Contenido de las consultas telefónicas de gestión de casos

| Contacto inicial < 1 semana | Monitorización meses 1,3,6 y 12 | Atención en crisis |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Duración 15-20 minutos - Presentación del programa - Consentimiento verbal - Confirmación visita CSMA en una semana - Evaluación riesgo de suicidio - Adherencia CSMA o AP - Cumplimiento tratamiento pautado en UCIAS - Recordatorio si crisis: UCIAS | <ul style="list-style-type: none"> - Duración 10-15 minutos - Recordatorio del programa - Evaluación riesgo de suicidio - Adherencia CSMA o AP - Cumplimiento tratamiento - Recordatorio si crisis: UCIAS | <ul style="list-style-type: none"> - Duración variable - Recordatorio del programa y presentación - Evaluación riesgo de suicidio - Intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Adelantar visita seguimiento CSMA • Visita UCIAS • Activación SEM con aviso a psiquiatra guardia |

Este seguimiento es sinérgico y complementario al tratamiento habitual de cada paciente que es responsabilidad del psiquiatra referente y, en los casos en que está indicado, del psicólogo clínico. Los objetivos del estudio de evaluación de la intervención del programa de gestión telefónica de tentativa (PGT-TA)¹² se muestran en la **Tabla 3**.

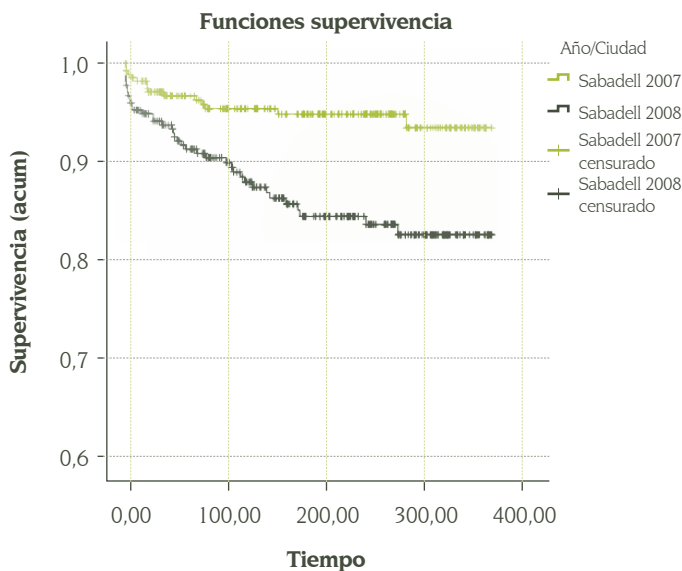
El programa consigue mejorar la adherencia al tratamiento habitual (que pasó del 20% a más del 90% al año). También permite en cada llamada reevaluar el riesgo de suicidio y facilitar un apoyo complementario al que los pacientes reciben a lo largo de su tratamiento habitual.

Tabla 3. *Objetivos del estudio de evaluación del PGT-TA y principales medidas de resultados*

| | |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo principal | Reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a comportamiento suicidas de supervivientes atendidos en el servicio de Urgencias Parc Taulí |
| Objetivo secundario | Mejorar la vinculación y la continuidad asistencial en el CSM de los pacientes atendidos por tentativa suicidio (TA) mediante el Programa de Gestión Telefónica de casos (PGT-TA) |

Los resultados de esta experiencia, comparando con una población vecina de control de Terrassa han permitido reducir en más de la mitad la proporción de pacientes que realizan reintentos de suicidio en el primer año de seguimiento (del 14 al 6%; $p=0.005$) y aumentar significativamente en más de 45 días el tiempo medio entre la tentativa inicial y la siguiente (en el caso en que se produzca). En la **Figura 3** se observa como aumenta significativamente el tiempo entre la tentativa inicial y la primera repetición en los pacientes de Sabadell, durante el año 2008 tras la intervención PGT-TA.

Figura 3. *Tiempo entre una TA y la siguiente: aumento significativo en Sabadell en el año 2008*



9. Resultados de la prevención de conductas suicidas mediante un programa de gestión telefónica de tentativas

No ocurre lo mismo en Terrassa (zona control) como se muestra en la **Figura 4** y, al final del periodo evaluado de 2008, no hay diferencias significativas con el 2007 para el tiempo del primer reintento.

Como puede verse en la **Figura 5**, las diferencias entre Sabadell y Tarrassa durante el año de la intervención PGT-TA son significativas.

Figura 4. Tiempo entre una TA y la siguiente: no hay cambios en Terrassa en 2008

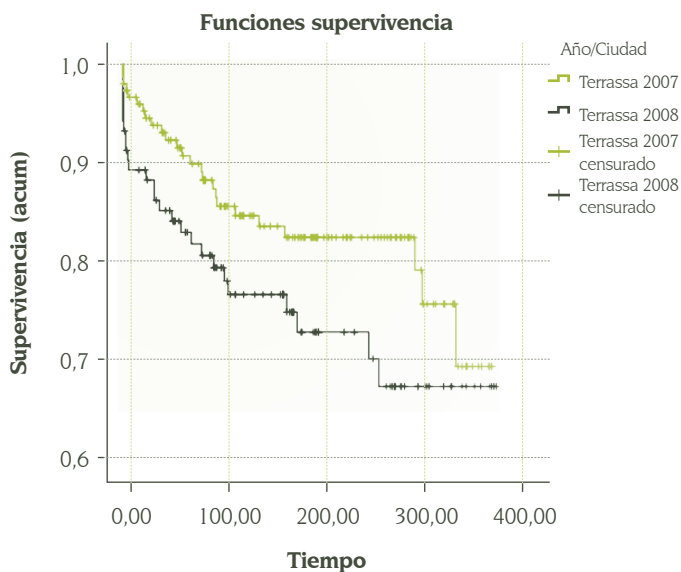
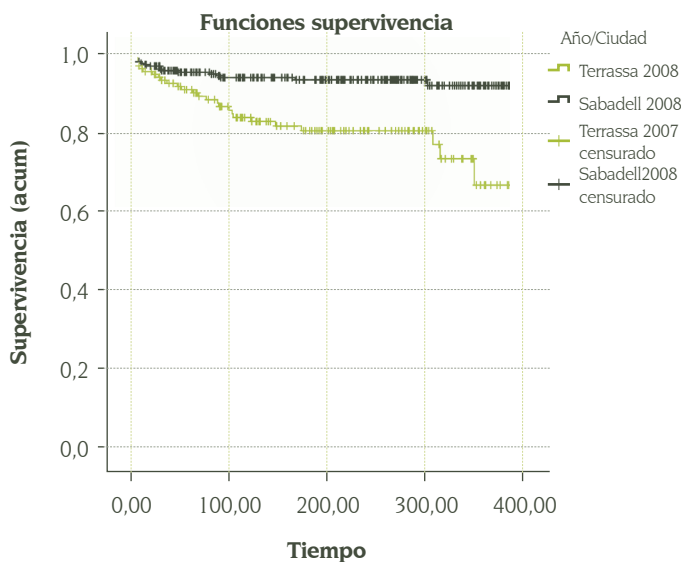


Figura 5. Análisis de supervivencia de las tentativas de suicidio comparando la población experimental de Sabadell con la control de Terrassa



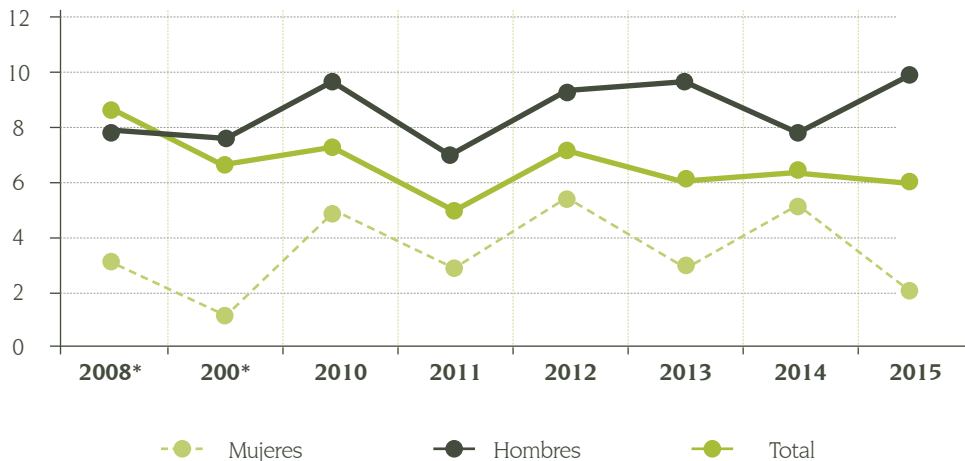
IV. ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Las estrategias de prevención integradas desarrolladas en Parc Taulí se evalúan también mediante el seguimiento de la tasa anual de suicidios que, desde el año 2008, se ha situado por debajo de la basal y que en el año 2015 fue de 5,9 por 100.000 habitantes (**Figura 6**).

Los resultados han dado apoyo experimental al mantenimiento del programa y su inclusión en la práctica habitual en el área de Sabadell. Pero también hay que mencionar que la experiencia ha demostrado ser también muy eficiente, dando apoyo a su generalización a través del programa Código Riesgo Suicidio (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2015), que se está implantando en toda Catalunya y que permitirá disponer de un registro oficial de casos de tentativas de suicidio centralizado. El programa recoge los principales ingredientes de la experiencia de Sabadell: el registro exhaustivo de casos, la visita priorizada postalta, en menos de una semana, y el seguimiento telefónico complementario (en este caso en una única llamada al mes del alta, realizada por el teléfono oficial del Servicio Catalán de Salud -061-).

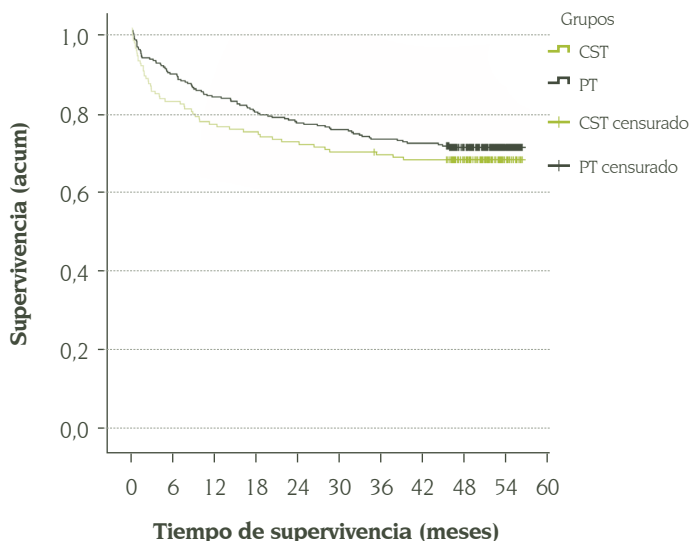
En un estudio de seguimiento a 5 años de los casos incluidos en el primer estudio¹³, las diferencias se pierden (**Figura 7**). Aunque se realizó un análisis conservador, no se puede obviar la pérdida del efecto de la intervención a los 5 años en la cohorte de pacientes inicial. Pero estos resultados no invalidan el efecto agudo de la intervención en cuanto a prevención de conductas suicidas. Su implicación en una potencial reducción del suicidio consumado está siendo evaluada actualmente en otro estudio.

Figura 6. Tasa anual de suicidios consumados del Vallès Occidental Este (2008-2015) (nº casos por 100 000 habitantes).



Nota: El Vallès Occidental Este tiene 500 000 habitantes y la tasa de suicidio fue de 5,9 en 2015 (la tasa española fue en 2013 de 8,3).

Figura 7. Análisis de la supervivencia de las tentativas de suicidio comparando la población experimental de Sabadell con la control de Terrassa a los 5 años



DISCUSIÓN

El PGT-TA desarrollado en Parc Taulí para una población de hasta 500 000 habitantes, ha demostrado eficacia en la reducción de los reintentos en pacientes que sobreviven a una tentativa y que se encuentran en una situación clínicamente inestable, al menos durante el primer año tras recibir atención en Urgencias. Su implementación en Sabadell, supuso un cambio organizativo sustancial que logró implicar a los profesionales del Servicio de Salud Mental en la prevención del suicidio y su trasmisión progresiva a los equipos de Atención Primaria de una forma perdurable y sostenida en el tiempo.

Dado que la mayoría (hasta el 75%) de los suicidios consumados no llegan a recibir atención especializada^{14,15}, las estrategias de prevención del suicidio en la red pública de Salud debe focalizar su atención en la evaluación del riesgo en pacientes con síntomas depresivos atendidos en Atención Primaria. Los programas de gestión de tentativas, no conseguirán, por sí solos, incidir en la reducción de la tasa de suicidios.

Otras experiencias de éxito en la prevención del suicidio, como la de Hamton *et al.*¹⁶, que lograron alcanzar un nivel cero de suicidios en una población de 200 000 habitantes en Michigan, durante más de dos años, deberían ser un estímulo para que las autoridades sanitarias prioricen su adaptación en nuestro medio mediante una estrategia nacional integrada. En Estados Unidos, la experiencia de Michigan -entre otras-, ha impulsado el desarrollo de la "National Action Alliance for Suicide Prevention"¹⁷, una iniciativa público-privada que promueve la investigación pragmática y la implementación de estrategias eficaces en la prevención del suicidio en diversas ciudades norteamericanas, con un objetivo que busca la implicación de toda la sociedad y que puede parecer de entrada inalcanzable: los programas "Zero Sucides" (www.zerosucides.com)¹⁸.

La gran distancia existente entre conocimiento científico y práctica clínica real es especialmente dramática en el campo de la prevención del suicidio. Por este motivo, es necesario que los Servicios de Salud Mental adopten el liderazgo territorial que les corresponde en la prevención de la morbi-mortalidad por suicidio. Es necesario acumular más resultados que puedan validar la generalización de la experiencia del PGT-TA a través de programas como el Código Riesgo Suicidio en Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
2. CAtsalut. Instrucció 10/2015. Atenció a les persones en risc de suïcidi (CRS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf
3. Bobes J, Giner J, Saiz J, editors. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011. Disponible en: http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
4. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis C, et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9: 51-8. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/15622970701216681>
5. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
6. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Luxemburg, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
7. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan. Turkey, 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/217764/63rs10e_MentalHealth.pdf (accessed Feb 2017).
8. World Health Organization. Mental Health Suicide Prevention (SUPRE, 2012). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ (accessed Nov 2015).
9. van der Feltz-Cornelis C, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Alenka ič Grum AT, Carli V, McDaid D, O'Connor R, Maxwell M, Ibelshäuser A, Van Audenhove C, Scheerder G, Sisask M, Gusmão R, Hegerl U. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. *Crisis*. 2011; 32(6): 319-333.
10. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1005-12.
11. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008 Sep;13(5):243-56.
12. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallés V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palo DJ. Effectiveness of a telephone Management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord* 2013;147(1-3):269-76.
13. Cebria AI, Perez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Escayola A, Oliva JC, Puntí J, Parra I, Garcia-Pares G, Pàmias M, Valles V, Hegerl U, Perez-Sola V, Palao DJ. Telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt in a Spanish population: 5-year follow-up study. *Crisis*. 2015;36(5):345-52.
14. Artieda-Urrutia P, Parra Uribe I, Garcia-Pares G, Palao D, de Leon J, Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: is the World upside down? *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May;48(5):399-401.
15. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, León-Martínez V, Pérez-Solà V, Palao Vidal DJ. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord* 2013; 25; 150 (3): 840-6.

16. Hampton T. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. JAMA. 2010 May 19;303(19):1903-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=jama+depression+care+effort+brings+dramatic+drop+in+large+hmo>
17. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. U.S. National Suicide Prevention Research Efforts: 2008-2013 Portfolio Analyses. Rockville, MD: National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force, 2015. Disponible en: www.suicide-research-agenda.org.
18. Programme "Zero Suicides" . Disponible en: www.zerosuicides.com.

OTRAS REFERENCIAS RELACIONADAS

- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012 Jan-Mar;5(1):8-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-comportamiento-suicida-espaa-C3%B1a-90102751>

Importancia del seguimiento ambulatorio intensivo después de un intento de suicidio

10

M. Irigoyen Otiñano, M. Puigdevall Ruestes, J. López-Castroman, M J. Portella, N. Prades Salvador, S. Salort Seguí, M. Mur Laín

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de Salud Pública importante, cuya magnitud real está infraestimada debido a las limitaciones de las estadísticas nacionales e internacionales para registrar muchos de los casos de suicidio consumado¹.

A pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹, incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio [Ministerio de Sanidad y Consumo Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo, (2007)], en España, son muy escasos los programas preventivos existentes a nivel estatal².

La Organización Mundial de la Salud, desde hace más de 40 años, recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio y, así, en 1969 publicó un documento donde reconocía la importancia de encuadrar la prevención del suicidio en el campo de la Salud Pública y la necesidad de establecer centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local (Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969. Informe No.: 35). Ya en 1984, los países de la oficina regional para Europa de la OMS incluyeron la reducción del suicidio dentro de sus objetivos de política sanitaria³. El impacto en Salud de la conducta suicida es alarmante. Más de 58 000 individuos fallecen por suicidio cada año en Europa representando uno de los índices más altos de suicidio en el mundo (WHO. (2003). *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programs and strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*). Aproximadamente, 900 000 vidas se pierden cada año en todo el mundo debido al suicidio, constituyendo así el 1,5% de la carga mundial de morbilidad³. Se estima que la proporción de intentos de suicidio respecto al suicidio es diez veces mayor⁴. A nivel estatal, según datos del Instituto Nacional de Estadística, a partir del año 2008, el suicidio pasó a ser la principal causa externa de mortalidad por delante de los accidentes de tráfico en España. En 2012, se contabilizaron 3539 suicidios (2724 hombres y 815 mujeres) (INE 2013) con una tasa de suicidio 7,56/100 000 habitantes representando un aumento del 11,3% respecto al año 2011 y siendo la tasa más alta desde 2005. Por otro lado, se ha estimado que el número anual de intentos de suicidio en nuestro país es de 120 000, aunque no se contabilizan aquellos casos que no recibieron asistencia sanitaria o que no fueron notificados.

Menos relevante, pero no por ello desdeñable, debe considerarse el impacto económico de la conducta suicida en la sociedad. A pesar de que son escasas las publicaciones que estudian el

coste económico de los intentos de suicidio, cabe destacar un estudio suizo publicado en 2012 en el cual se analiza el coste de los intentos de suicidio a partir de los dos principales hospitales de Basilea implicados en el abordaje de estos pacientes. De tal modo que se estimó que, el tratamiento de los intentos de suicidio en 2003 en los principales hospitales de Basilea, ascendió a 3 373 025 francos suizos (CHF), atribuibles principalmente a la atención psiquiátrica. La media y la mediana del coste por caso fueron de 19 165 y 6108 de CHF, respectivamente. Sobre la base de estos hallazgos, se extrapola que los costes médicos directos para el tratamiento de los intentos de suicidio en Suiza por año ascienden a 191 millones de CHF. Los factores asociados con altos costes fueron la edad superior a 65 años, el empleo de metodología violenta, precisar ingreso en cuidados intensivos y la intención letal del intento⁵. En lo que respecta al coste económico del suicidio como tal, el estudio realizado por Kenelly en 2007, analizó los costes directos e indirectos (incluyendo tanto el coste de la pérdida de producción y los costes humanos) de los 500 suicidios ocurridos en Irlanda en 2001 y 2002, estimándose su impacto económico como el 1% del producto interior bruto⁶.

De este modo, se puede concluir que los intentos de suicidio conllevan importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas y, además, son los mejores predictores de repetición y suicidio consumado⁵. Por este motivo, muchas estrategias preventivas se centran en los pacientes que ya han realizado un intento⁷.

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

A pesar de que la identificación de los factores de riesgo para la prevención de la conducta suicida han sido ampliamente replicados en la literatura⁸, a nivel práctico, dos características de los intentos de suicidio son particularmente importantes para los profesionales de la Salud: el grado de letalidad médica y el riesgo de reincidencia, ya que la conducta suicida previa es el mayor factor predictor de conducta suicida futura⁹.

La **letalidad médica** de un intento de suicidio se define como la probabilidad de realizarse un daño irreversible. La ingesta de fármacos o drogas sedantes y los cortes superficiales son los métodos mas frecuentes, ambos clásicamente clasificados como de baja letalidad somática. En cambio, el ahorcamiento, la precipitación, el empleo de armas de fuego o los cortes profundos que requieran intervención quirúrgica, son considerados métodos violentos de mayor letalidad y se asocian con un riesgo elevado de suicidio consumado^{10,11}. En un estudio realizado por Elnour y Harrison en 2008, se observó que la letalidad global de su muestra era del 12%. La letalidad de los intentos fue mayor entre los hombres independientemente del método. Las armas de fuego son el medio de suicidio más letal (90%), seguido por el ahorcamiento (83%). La letalidad se ha evidenciado 4,78 veces más frecuente en varones que en mujeres. Se ha debatido mucho históricamente sobre las diferencias de género en la conducta suicida. La depresión, como causa fundamental de suicidio, tiene la mitad de prevalencia en el varón respecto a la mujer¹². Esto podría justificar las bajas tasas de actos suicidas (intentos de suicidio y suicidio consumado) en el varón pero no explica porqué los varones presentan mayores tasas de suicidio consumado. Distintos factores psicosociales parecen promover la mayor letalidad en los intentos de los varones: éstos son más reacios a pedir ayuda profesional cuando se encuentran tristes o desesperanzados^{10,11}, suelen tener menor soporte social que las mujeres¹², el desempleo suele resultar una situación más amenazante para el varón¹³ y la fuerte

asociación entre el consumo de alcohol y la depresión en esta población puede incrementar su riesgo suicida^{10,11}. La elección del método también repercute en la conducta suicida. A pesar de que los varones realizan menos intentos de suicidio, ellos escogen metodología más violenta que las mujeres^{10,14,15,16}. En un estudio publicado por Vämik et al en 2008¹⁷, se demostró que los hombres tienen un mayor riesgo de elegir métodos de suicidio altamente letales como el ahorcamiento y armas de fuego mientras que las mujeres presentan menor riesgo escogiendo, sobre todo, la sobreingesta medicamentosa como método. La edad avanzada, sobre todo en los varones, se asocia también con una mayor letalidad somática del intento y con la elección de metodología más violenta. Son varios los estudios que describen la relación entre la metodología violenta y la mayor letalidad somática pero son escasos los que señalan otras variables sociodemográficas y clínicas.

Múltiples estudios coinciden en apuntar la conducta suicida en la historia previa del paciente como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado^{18,19}. En una revisión sistemática de 14 cohortes que sumaban 21.385 sujetos, se estimó que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen casi 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general²⁰. Aproximadamente, entre el 1 y el 6% de los pacientes que ingresan por intento de suicidio fallecen por suicidio en el año posterior, siendo este riesgo más elevado en pacientes de mayor edad o con intentos de repetición²¹⁻²³. En la literatura no existe consenso a la hora de definir a los reincidentes. Algunos autores definen a los reincidentes como aquellos sujetos que han realizado, al menos, dos intentos de suicidio^{24,25}. Muchos individuos realizarán múltiples intentos de suicidio a lo largo de su vida sin llegar a fallecer por suicidio. El equipo de Owens realizó una revisión de 90 estudios en la que analizaban la reincidencia en pacientes atendidos en unidades de Urgencias observando que el 16% reincidía durante el primer año, el 21% entre el segundo y cuarto año y el 23% después del cuarto año²⁶. Pero es un tema de debate si la reincidencia en los intentos se asocia a un aumento progresivo de la letalidad²⁷. De acuerdo con un metaanálisis sobre estudios de autopsia psicológica en el suicidio, aproximadamente el 40% de los suicidios son precedidos de, al menos, un intento de suicidio no letal²⁸. En todo caso, los pacientes reincidentes son clínicamente un grupo distinto con mayor complejidad psicopatológica y mayor riesgo de futuros intentos²⁹. Clásicamente, la reincidencia se ha relacionado con el género femenino³⁰ y la juventud (18-29 años)³¹. Muchas otras variables demográficas y clínicas se han asociado con una mayor reincidencia. Por ejemplo, no tener pareja³⁰, el desempleo³² y la mayoría de los trastornos psiquiátricos^{29,32-34}.

ESTUDIOS PRELIMINARES EN ÁREA ASISTENCIAL DE LÉRIDA

En el área asistencial de Lérida, hemos realizado una revisión de todos los intentos de suicidio que fueron atendidos en el servicio de Urgencias y planta médico-quirúrgica en el hospital general de referencia de la provincia, el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, desde el 2009 hasta el 2014. La muestra recogida es de 711 pacientes. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas para evaluar cuáles son los factores predictores de mayor reincidencia y de mayor letalidad somática. Se procede al análisis mediante Chi2 y t-student para estudiar la relación entre la letalidad (leve *versus* moderada-severa) y los factores sociodemográficos y clínicos. De la misma forma se procede con la reincidencia (1-2 intentos *versus* >2 intentos). Como estudio

exploratorio, se realizan dos modelos de regresión logística, el primero usando como variable dependiente la letalidad y el segundo con la reincidencia. En ambos modelos, las variables que se incluyen son las que habían resultado significativas en el análisis multivariante. Del primer modelo, los resultados indican que son predictores de letalidad: el género (OR=1,474, $p=0,044$), la ocupación (OR=1,353, $p=0,022$) y la derivación al alta tras la evaluación del intento suicida (OR=4,338, $p<0,001$). Y del segundo modelo, son predictores de reincidencia: la edad (OR=1,015, $p=0,018$), la ocupación (OR=1,451, $p=0,004$), los trastornos de personalidad (OR=1,438, $p<0,001$) y el trastorno por consumo de sustancias (OR=1,208, $p=0,001$). De este modo se puede concluir que en nuestra muestra, el mayor número de reincidencia de intento suicida se relaciona con la edad adulta, situaciones de inactividad, presentar antecedentes psiquiátricos sobre todo trastorno de personalidad o trastorno por uso de sustancias. La mayor letalidad somática, en cambio, se relaciona con población anciana, situaciones de inactividad, elección de metodología violenta e indicación de ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica tras valoración del intento. Por último, señalar que no se observa una relación significativa entre la mayor reincidencia y la mayor letalidad en nuestra población a estudio.

MODELOS PREVENTIVOS

Dada la importancia del comportamiento suicida, el *European Pact for Mental Health and Well-being* incorpora la prevención del comportamiento suicida dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria. Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría ha desarrollado unas guías para la prevención y evaluación del riesgo suicida³⁵.

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico³⁵. En el marco actual en el que se desarrolla la práctica psiquiátrica cotidiana, cada vez se presta mayor atención a la potencial responsabilidad derivada de una evaluación del riesgo suicida insuficiente o incorrecta. Uno de los problemas más frecuentes consiste en no documentar adecuadamente las observaciones clínicas³⁶. Por otro lado, cabe destacar que el empleo de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana³⁷. En concreto, en España, en una encuesta realizada recientemente a 400 psiquiatras, se observó que solo un 10% utilizan de forma habitual escalas y cuestionarios estructurados para evaluar el riesgo suicida.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud decidió dar un impulso a la prevención de la conducta suicida mediante el diseño del programa SUPRE (*Suicide Prevention*) a nivel mundial. Los objetivos principales eran reducir la morbimortalidad por conducta suicida, eliminar el tabú y concienciar a gobiernos y a la sociedad sobre la importancia del un abordaje común. Sus acciones fundamentales consistían en:

- Identificar, evaluar y eliminar, en las primeras etapas, los factores que pueden dar lugar a la conducta suicida con especial atención a los grupos de riesgo.
- Prestar apoyo psicosocial a las personas con conducta suicida, a sus familiares y allegados así como los de las personas que consumaron el suicidio.
- Apoyar a la Atención Primaria de Salud.
- Reducir el acceso a métodos letales.

También se elaboró, al hilo de lo expuesto previamente, una serie de documentos operativos para la prevención del suicidio que estaban dirigidos específicamente al grupo de supervivientes, a los profesionales de los medios de comunicación, a los médicos generalistas, a los trabajadores de la Atención Primaria de Salud, a los docentes, a los consejeros, a los profesionales de prisiones, a los bomberos, policías y otros socorristas de primera línea. Paralelamente a estas indicaciones, se inició un estudio de evaluación e intervención: el Estudio de Intervención Multi-céntrico sobre Conductas Suicidas (SUPRE-MISS). Este estudio constaba de 3 ejes:

- Encuesta comunitaria para la identificación de las conductas suicidas sobre las que se intervendrá.
- Estudio de intervención. Ensayo aleatorio controlado que comparaba el tratamiento habitual con el tratamiento proporcionado a través del programa que consistía en una sesión individual de una hora y seguimiento telefónico o domiciliario con breve intervención al alta con la periodicidad de 1, 2,4, 7 y 11 semanas y a los 4, 6, 12 y 18 meses.
- Los resultados obtenidos no confirmaron que la realización de estas actividades de formación e intervención fueran estadísticamente significativas respecto al grupo de control³⁸.

Previamente se realizaba una descripción sociocultural de la comunidad en la que se va a intervenir.

En el año 2005, la Oficina Regional para Europa de la OMS realizó una serie de recomendaciones sobre las intervenciones preventivas del suicidio:

- Deben partir desde la Salud Pública con implicación del Gobierno.
- Deben incluir programas específicos para grupos de riesgo.
- Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar grupos de riesgo, por lo que la formación debe centrarse en factores de riesgo y de protección.
- Se deben implementar políticas de evaluación de los programas.
- Los medios de comunicación deben estar implicados en la prevención.

En el año 2012 se publicó, por parte de la Organización Mundial de la Salud, el documento "*Public Health of Action for the Prevention of Suicide: a Framework*". Este documento pretendía facilitar las claves para que cualquier país o territorio pueda elaborar su propio plan de prevención. En este documento, la OMS parte de la base de la necesidad de la colaboración intersectorial, de enfoques multidisciplinares y de la revisión y evaluación continuada e identifica los elementos necesarios para incrementar la eficacia de las estrategias de la prevención del suicidio:

- Apoyo de las políticas por parte del Gobierno
- Estructura conceptual
- Propósitos y metas bien definidos
- Objetivos medibles
- Identificación de los agentes y organizaciones capaces de la aplicación de esos objetivos
- Monitorización y evaluación

En definitiva, las acciones para el desarrollo de una estrategia para la prevención del suicidio pueden resumirse en: la identificación de las partes interesadas, el análisis de la situación, la

evaluación de la necesidad y disponibilidad de los recursos, el logro de un compromiso político, el afrontamiento del estigma y el incremento de la concienciación.

En el año 2012, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en la confección de la Guía de Práctica en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad enumeró un decálogo de recomendaciones preventivas de la conducta suicida en España:

1. Considerar el abordaje del suicidio una prioridad en Salud Mental.
2. Incidir en la población más joven.
3. Establecer programas específicos para personas con intentos suicidas.
4. Detectar, diagnosticar y tratar los trastornos mentales que puedan concurrir en la conducta suicida.
5. Promover registros de casos.
6. Sistematizar la evaluación clínica de la conducta suicida.
7. Promover, desde la atención clínica, un empoderamiento del individuo.
8. Asegurar la continuidad de los cuidados y el seguimiento del cumplimiento terapéutico.
9. Formar a los médicos en trastornos mentales y aumentar la coordinación entre Atención Primaria y especializada.
10. Realizar programas educativos sociales y sectoriales.

Como se ha expuesto previamente, varias han sido las propuestas preventivas para combatir la conducta suicida pero, en ocasiones, su eficacia ha resultado controvertida. En una reciente revisión publicada en 2016 sobre la eficacia de todas las estrategias preventivas desarrolladas desde 2005 hasta la actualidad, se identificaron 1797 estudios, incluyendo 23 revisiones sistemáticas, 12 metaanálisis, 40 ensayos controlados aleatorios, 67 ensayos de cohortes y 22 investigaciones ecológicas³⁹. Desde 2005, se ha fortalecido la evidencia preventiva de restringir el acceso a métodos letales, sobre todo en lo que respecta a limitar el uso de analgésicos (disminución global del 43% desde 2005) y los puntos estratégicos para la precipitación (reducción global del 86% desde el 2005). Los programas de sensibilización en los centros escolares han demostrado disminuir los intentos de suicidio (OR 0,45, 95% CI 0,24–0,85; $p=0,014$) y la ideación suicida (0,5, 0,27–0,92; $p=0,025$). Los efectos anti-suicida de la clozapina y el litio se han fundamentado pero podrían ser menos específicos de lo que se postulaba. Los tratamientos efectivos a nivel farmacológico y la psicoterapia son importantes en la prevención. No existen pruebas suficientes para evaluar los posibles beneficios de la detección desde Atención Primaria, de la educación de la población general y de los medios de comunicación para la prevención del suicidio.

Es necesario ampliar la investigación en la formación de los distintos agentes implicados, concienciar y sensibilizar al personal sanitario, sobre todo a los médicos, y mejorar el funcionamiento de Internet y de los distintos medios de soporte y ayuda online.

Cabe considerar que la escasez de ensayos controlados aleatorios supone una limitación importante en la evaluación de las intervenciones preventivas. De lo previamente expuesto, se interpreta que en la búsqueda de iniciativas eficaces para la prevención del suicidio, no

hay ninguna estrategia que haya presentado eficacia superior a las otras. Las combinaciones de estrategias basadas en la evidencia a nivel individual y el nivel de la población deben ser valorados con robustos diseños de investigación³⁹.

CONSULTA MONOGRÁFICA DE PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA

Para finalizar este capítulo, a continuación se presenta la evolución de la consulta de prevención de riesgo suicida existente en el Centro de Salud Mental del Hospital Universitario de Santa María de Lleida. Dicha consulta abrió sus puertas en diciembre de 2013 inspirada en el Código 100, implantado en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Las características de la misma consisten en una visita preferente en menos de una semana después del intento de suicidio, seguimiento ambulatorio intensivo durante tres meses con un mínimo de seis visitas durante ese periodo de tiempo, recogida de variables sociodemográficas y clínicas y derivación preferente a psicoterapia en los casos indicados. Durante este periodo de dos años se extraen datos preliminares sobre su evolución.

Se observa una muestra de 252 pacientes todos ellos mayores de edad. Los pacientes acudían derivados desde Urgencias (el 66,27%), desde hospitalización (el 15,66%), desde Atención Primaria (el 8,73%) y desde la red ambulatoria de salud mental (el 7,54%). Previamente al intento, (el 37%) estaba en seguimiento por Psiquiatría, (el 49%) toma tratamiento antidepresivo, el 39,68% referían conducta suicida previa a nivel personal y el 7% a nivel familiar. Los tres meses previos al gesto, el 78% había acudido a su médico de Atención Primaria refiriendo malestar psíquico, el 24% había acudido al psiquiatra y el 25% había sido visitado en un servicio de Urgencias. Durante el seguimiento, destaca solo un 5% de absentismo a la primera visita ambulatoria, lo cual indica una continuidad asistencial. El 13% acabó requiriendo ingreso y el 12% abandonó el seguimiento antes de realizar las seis visitas. Análisis preliminares orientan a una reducción de la reincidencia de un 34 a un 11,11% aumentando la media de días hasta la reincidencia de hasta 173 días. A día de hoy, hay que lamentar dos suicidios consumados. Los casos de reincidencia se relacionan en nuestra muestra fundamentalmente con el género femenino y el trastorno por uso de sustancias.

CONCLUSIONES

- Es conveniente conocer el impacto global de la conducta suicida en la sociedad.
- A pesar de que los factores de riesgo han sido ampliamente replicados en la literatura, es importante identificar cuáles son los que se relacionan con mayor letalidad y reincidencia porque serán los que produzcan finalmente el suicidio.
- Afortunadamente, las campañas de sensibilización a la sociedad y el trabajo de distintos grupos de profesionales han permitido avances en la prevención del riesgo suicida pero, a día de hoy, sigue siendo preciso implicar a los distintos agentes de la sociedad para que estos progresos puedan consolidarse.
- Quiero finalizar este capítulo mostrando mi más sincero y afectuoso agradecimiento a la Dra. Puigdevall por su apoyo incondicional y entusiasmo ya que ha posibilitado que el sueño se hiciera realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. [Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* marzo de 2012;5(1):8-23.
2. Sáiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: an uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(1):1-4.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet Lond Engl.* 2006;367(9524):1747-57.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2008;192:98-105.
5. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon J-C, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13648.
6. Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis.* 2007;28(2):89-94.
7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74.
8. Monnin J, Thiemard E, Vandell P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Disord.* 2012;136(1-2):35-43.
9. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(8):1433-41.
10. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *J Affect Disord.* 2008;107(1-3):37-43.
11. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253(1):1-8.
12. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. [Can social support help prevent men from suicide attempt?]. *Santé Ment Au Qué.* 2005;30(2):61-83.
13. Andrés AR, Collings S, Qin P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: a population-based case-control study in Denmark. *Eur J Public Health.* 2010;20(3):265-70.
14. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet Lond Engl.* 2009;373(9672):1372-81.
15. Large MM, Nielssen OB. Suicide in Australia: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Med J Aust.* 2010;192(8):432-7.
16. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord.* 2012;138(1-2):19-26.
17. Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(6):545-51.
18. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303.
19. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2004;185:70-5.
20. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol.* 2001;30(1):154-62.
21. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(12):645-50.
22. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(5):519-32.

23. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(2):117-21.
24. Wong JPS, Stewart SM, Claassen C, Lee PWH, Rao U, Lam TH. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med* 1982. 2008;66(2):232-41.
25. Jeglic EL, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2005;9(2):135-46.
26. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2002;181:193-9.
27. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clin Epidemiol.* 2011;3:305-13.
28. Trémeau F, Staner L, Duval F, Corrêa H, Crocq M-A, Darreya A, et al. Suicide attempts and family history of suicide in three psychiatric populations. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35(6):702-13.
29. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry.* 2004;161(3):437-43.
30. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med.* 2011;29(8):908-12.
31. Jeon HJ, Lee J-Y, Lee YM, Hong JP, Won S-H, Cho S-J, et al. Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(9):643-6.
32. Osváth P, Kelemen G, Erdös MB, Vörös V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis.* 2003;24(4):151-4.
33. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety.* 2009;26(6):568-74.
34. Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(11):806-13.
35. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2003;160(11 Suppl):1-60.
36. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MÁ, López-Ibor JJ, et al. Quality of the written information about suicide attempters. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(1):13-8.
37. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, et al. [Brief Suicide Questionnaire. Inter-rater reliability]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):24-36.
38. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis.* 2010;31(4):194-201.
39. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-59.

**LA VOZ
DE LOS FAMILIARES**



Después del suicidio: La voz de los familiares

Dra. Cecília Borràs

¿QUÉ PASA CON LOS FAMILIARES?

Esta pregunta se la hacía un periodista a la Dra Carmen Tejedor (entrevista El País, 19 de abril del 2012) una de las primeras personas que habló sobre la realidad del suicidio en los medios de comunicación, sin eufemismos ni ocultar la realidad producto de sus más de treinta años de experiencia:

*"Son personas que se quedan muy afectadas, y además de por vida. Es **un duelo muy difícil de realizar**, no hay ningún tipo de asociación que les ayude... Todo el mundo diciendo "se le ha matado el hijo, se le ha matado el padre, que habrá en esa familia". Hay que afrontar todo esto..."*

Así describía la Dra. Tejedor la realidad, otra realidad, tal vez ignorada: la de los familiares después de un suicidio.

Desde ese año 2012, en el que se constituyó nuestra asociación, "Después del Suicidio-Asociación del Supervivientes (DSAS)" gracias a su ayuda y la del Hospital de Sant Pau de Barcelona, hemos trabajado para no sólo acompañar en el dolor por la pérdida, sino también en el esfuerzo de romper el **estigma y el tabú** que rodea esta muerte.

En los medios de comunicación se hablará, como mínimo, una vez al año del suicidio: cuando se dan a conocer las causas principales anuales de muerte en nuestro país según el INE. Desde el 2008, como es conocido, la muerte por suicidio es la primera causa de muerte no natural, por delante de los accidentes de tráfico donde afortunadamente, las campañas de prevención han dado sus resultados. En el 2014, 3.910 muertos por suicidio en España. La OMS estima que por cada suicidio existe un entorno inmediato mínimo de seis personas a quienes le afectará de forma muy significativa esta traumática experiencia. Supondrá una devastación emocional, social y económica en palabras de la misma subdirectora de la OMS, Catherine Le Galés¹. Por tanto, cada año más de 23.000 personas en España sufrirán la consecuencia de vivir un suicidio directo.

¿SE OFRECEN LOS RECURSOS DE ATENCIÓN NECESARIOS PARA ESTA POBLACIÓN TAN VULNERABLE DESDE EL SISTEMA?

La devastación inicial de la noticia, ante la cual en muchos casos nos encontramos como los primeros espectadores, supone un shock-traumático que la Asociación Americana de Psiquiatría comparó con el estrés que se produce tras haber vivido en un campo de concentración o situación bélica². Difícilmente, en pocas situaciones tan traumáticas como la de la muerte por suicidio se ofrece solidaridad y comprensión desde los primeros momentos.

Por este motivo, una de nuestras prioridades de la DSAS ha sido concienciar a los agentes de intervención inmediata, en este caso a los Mossos d'Esquadra en Cataluña y al Servicio de Emergencias Sociales del Ajuntament de Barcelona, para dar a conocer nuestra realidad y así ayudar a empatizar con la trágica situación. Para procurar una actuación libre de juicios y prejuicios e, incluso, promover nuevos procedimientos internos facilitadores en esos duros momentos iniciales a los familiares. Porque a partir de ese primer momento, nos queda un camino muy duro y difícil a seguir.

*"El camino de un **superviviente** tras la pérdida de un ser querido que se ha suicidado, puede ser terriblemente **doloroso, devastador y traumático**. Los **tabúes culturales, religiosos y sociales** que rodean el hecho pueden hacer que el sendero sea aún más difícil"*³.

Una situación que nos lleva, en muchos casos, a no poder hablar de la circunstancias de la muerte, evitando pronunciar la palabra suicidio ya es todavía considerada una muerte proscrita y marginal.

En nuestro proceso de duelo, existen cinco preguntas que el Dr. Rocamora⁴ recoge con acierto para describir el mundo de pensamientos y emociones durante nuestro duelo:

- ¿Por qué me has hecho esto? Abandono
- ¿Podría haberlo evitado? Culpa
- ¿Qué pensarán de mí los demás? Vergüenza
- ¿Mi familia está "maldita"? Estigma
- ¿Qué sentido tiene mi vida? Autodestrucción.

La culpa, la vergüenza y el estigma son sentimientos y pensamientos que se dan de forma significativa en nuestro proceso de duelo. A destacar, la culpabilidad: donde recreamos continuamente escenarios diferentes y como podíamos haber evitado la muerte. Una culpabilidad que, en los casos de pacientes con trastornos mentales graves y que estaban en tratamiento, va dirigida también al profesional que lo atendió como se demuestra en un estudio⁵. La culpa, el enfado y la decepción son los sentimientos significativamente prevalentes en los familiares.

"LOS SUPERVIVIENTES NOS CONVERTIMOS EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE"

Los resultados de algunos estudios sugieren que después de una pérdida por suicidio hay un alto riesgo de desarrollar un duelo complicado (DC)⁶⁻⁸.

Hay que tener presente que los supervivientes tienen un riesgo más elevado de padecer síntomas de Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT), se encuentran en un 36% de los casos, y puede convertirse en crónico en un 40% de los casos⁹.

El DC es una reacción de duelo en que se prolonga el dolor agudo, causando angustia e interfiriendo significativamente en el funcionamiento cotidiano de la persona. El DC puede estar asociado a un mayor riesgo de padecer cáncer, hipertensión, problemas cardiacos, ideación suicida, presencia de más comportamientos nocivos para la Salud, como el tabaquismo y el alcoholismo¹⁰⁻¹².

La depresión y la ideación suicida, inherentes al cuadro de DC, no son sencillas de detectar dado que aparecen de forma larvada. La probabilidad de DC en población de super-

vivientes por suicidio puede situarse en más del 40% que supone el doble de la frecuencia observada en la población general (10-20%).

No hemos de olvidar la población adolescente que ha perdido a uno de sus progenitores por suicidio. Presentan un mayor riesgo de depresión a partir de los 9 meses y, durante el segundo año, se incrementa su vulnerabilidad a sufrir depresión y abuso de sustancias¹³.

Por todo ello son acertadas las reflexiones del psicólogo Javier Barbero:

*"Parece imprudente olvidar que toda muerte por suicidio ya de por sí es un factor de riesgo de aparición de un duelo complicado y debería tener una oferta de apoyo profesional formado en estas cuestiones. Esta posibilidad debería ser ofertada siempre que haya duelo por suicidio; cuando el sistema no lo hace, está comportándose injustamente"*¹⁴

Desde la DSAS, es la primera entidad donde ofrecemos un soporte integral junto con el Hospital de Sant Pau y el programa de "Plan de Atención al Superviviente".

Supervivientes con alto riesgo de poder padecer un DC pueden ser derivados, desde la misma entidad, para ser atendidos por profesionales de la psiquiatría y psicología.

Además de ofrecer nuestro soporte, colaboramos con diferentes entidades públicas locales y nacionales para fomentar y ser vehículo de unión de los esfuerzos para la prevención de la muerte por suicidio y la posterior atención al entorno. En este sentido, un "infrecuente" consenso instó al parlamento el 11 de diciembre del 2012 a llevar a cabo acciones concretas para la prevención del suicidio, "todavía no hay un plan nacional que ayude a combatir la 1ª causa de muerte externa en España" (Dra. Mercedes Navío, 20 de abril del 2015 El País).

Los supervivientes esperamos, a pesar de nuestro dolor, colaborar en todas aquellas acciones que vayan dirigidas a fomentar la vida y la esperanza. Por sólo una vida, valdrá la pena el esfuerzo de haber evitado el peor dolor que una persona pueda vivir. Mientras en nuestro día a día, repetiremos nuestro lema: *"Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación, nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos"* (Viktor Frankl).

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/> (Consultado 20 de junio 2014)
2. Carla Fine. "No time to said goodbye.Surviving the suicide of a loved".New York: Ed. Broadway Books;2000 (pàg. 36)
3. World Health Organization.Preventing Suicide:How to Start a Survivor's Group. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
4. Alejandro Rocamora "Intervención en crisis en las conductas suicidas" Ed.Desclée de Brouwer, 2012
5. Ward-Ciesielski EF1, Wielgus MD1, Jones CBI. Suicide-Bereaved Individuals' Attitudes Toward Therapists. *Crisis*. 2014 Dec 2:1-7
6. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28:103-117
7. Callahan J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30:104-124.
8. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR.PTSD following bereavement.*Ann Clin Psychiatry*. 1998;10:157-63.
9. Boelen PA, Van Den Bout J, de Keijser J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry* 2003;160:1339-41
10. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997;154:616-23.
11. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens MK. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*. 2004;25:12-18.
12. De Groot M, Kollen BJ.Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study.*BMJ*. 2013;2:347
13. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*. 2009;166:786-94.
14. "Suicidio y Vida" Ponencias del II Symposium del Observatorio del Duelo de la Asociación Viktor Frankl. Ed. Sello editorial, pág, 100.

CONCLUSIONES

VI

CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS



A. Medina, M. J. Moreno, R. Lillo, L. Giner

I. Factores de riesgo de la conducta suicida

- Lo más importante al considerar el **tabaquismo** como factor de riesgo suicida, es medir correctamente la adicción al tabaco, para lo cual:
 - a) Debe evitarse plantear la dicotomía tabaco sí/no.
 - b) Se recomienda la utilización del test de Fagerström que mide la dependencia nicotínica.
 - c) No olvidar que lo auténticamente vinculado con el suicidio es que el paciente tenga una alta dependencia al tabaco, destacando el tiempo que transcurre desde el despertar y el primer cigarro, así como, que es lo que ocurre cuando el paciente no puede fumar por causas sobrevenidas. Estos son dos datos esenciales para determinar la dependencia tabáquica.
- Entre los numerosos artículos que abordan el tema de la relación entre **tabaquismo** y **depresión**, puede resaltarse que:
 - a) Se evidencia una alta relación entre un consumo de tabaco elevado y sufrir depresión. Es decir, que los pacientes que fuman mucho, tienen mayor probabilidad de presentar cuadros depresivos.
 - b) Como quiera que cuanto más se fuma, mayor probabilidad de padecer depresión se tiene, sería la nicotina la que lleva a la depresión y no al contrario.
- Basándonos en las publicaciones sobre **tabaquismo** y **trastorno bipolar**, sabemos que:
 - a) El 50% de los sujetos con trastorno bipolar son fumadores, frente al 30% de la población general que son fumadores.
 - b) La dependencia nicotínica predice el inicio posterior de trastorno bipolar y el trastorno bipolar predice el inicio posterior de dependencia nicotínica. En definitiva puede afirmarse, que los pacientes bipolares comienzan a fumar antes que los controles sanos y, dentro de los pacientes con trastorno bipolar, aquellos que fuman, tienen un inicio más precoz de la enfermedad.
- En la vinculación específica entre **tabaquismo** y **suicidio**, se destaca que:
 - a) Uno de los predictores de suicidio en pacientes con depresión mayor o trastorno bipolar, es el hábito tabáquico junto a los antecedentes de intentos suicidas previos y la severidad de los síntomas depresivos.

- b) La dependencia nicotínica y, no el simple hecho de fumar, se asocia a sintomatología depresiva y a mayor gravedad sintomatológica en enfermos con trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
 - c) Diferentes estudios muestran evidencias de correlación entre dependencia nicotínica y suicidio, especialmente en el sexo masculino. Esta asociación se hace especialmente manifiesta cuando el paciente fuma en la actualidad.
 - d) La cuestión fundamental es por qué se produce esta asociación entre dependencia nicotínica, trastorno mental y suicidio. La respuesta a esta pregunta podría estar relacionada, a falta de investigaciones concluyentes, con: la presencia de una vulnerabilidad genética común, la detección de determinados rasgos de personalidad -particularmente la impulsividad-, el sexo masculino, la concurrencia de consumo de tabaco, alcohol y cafeína, así como, la existencia de un mecanismo etiopatogénico consistente en que el tabaco induce depresión mediante una alteración monoaminérgica.
 - e) Lo que sí podemos concluir es que: debe ser medida correctamente la dependencia nicotínica. No debemos minimizar los riesgos que para el suicidio tiene la comorbilidad con sustancias adictivas y, entre ellas, la dependencia nicotínica. Un objetivo prioritario tiene que ser la deshabitación tabáquica de nuestros pacientes, combatiendo la falsa creencia de que los enfermos mentales no pueden ni deben, dejar de fumar.
 - f) La investigación futura debería centrarse en el mejor conocimiento de la asociación tabaco – suicidio, desarrollando trabajos que ajusten por posibles variables de confusión.
- Se parte de los siguientes conocimientos sobre **factores de riesgo específicos en paciente depresivos**:
 - a) La depresión es un trastorno muy prevalente en nuestra sociedad y el alcohol la droga más consumida en España.
 - b) Tanto la depresión como el trastorno por consumo de alcohol son frecuentemente comórbidos y se predicen mutuamente.
 - c) El suicidio se asocia tanto con la depresión como con el trastorno por consumo de alcohol. Los pacientes con ambos trastornos, presentan un mayor deterioro crónico y mayor incidencia de conductas suicidas que aquellos que cuentan solo con uno de estos diagnósticos.
 - Son dos las preguntas que se plantean: ¿son los sujetos con depresión y trastorno por consumo de alcohol, una población única? y ¿los factores de riesgo suicida de cada diagnóstico por separado, serían válidos para predecir las conductas suicidas de la población comórbida?.
- En relación a la primera de las preguntas, puede afirmarse que los pacientes con depresión y trastorno por consumo de alcohol, son una población con correlatos sociodemográficos, clínicos y neurobiológicos diferentes.

En lo que se refiere a la segunda pregunta planteada, puede destacarse lo siguiente:

- a) No existen demasiadas revisiones sistemáticas sobre factores de riesgo suicida en pacientes con depresión.
- b) En depresiones mayores, los factores de riesgo suicida claramente identificados son: ser varón, historia familiar con trastorno psiquiátrico, intento de suicidio previo, severidad en la depresión, desesperanza y la presencia de trastornos comórbidos como el consumo de alcohol y los trastornos de ansiedad.
- c) Hombres y mujeres comparten muchos factores de riesgo de suicidio en el trastorno depresivo mayor.
- d) El trastorno por consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida, aumentando casi en diez veces la tasa de mortalidad estandarizada por suicidio. En este mismo sentido, el factor de riesgo más sobresaliente de conducta suicida en sujetos con trastorno por consumo de alcohol, es la depresión.
- e) Para la evaluación de este grupo comórbido, se ha empleado el "SAD Persons", comprobándose que excepto en lo referente al acceso a las vías letales del suicidio, cumple con todos los factores de riesgo. Lo cual incide en la importancia del adecuado reconocimiento y manejo de este grupo de pacientes con tan alto riesgo suicida.
- f) En los paciente con depresión y alcoholismo, además de producirse un fenómeno sumatorio de riesgos, existen interacciones entre ambos trastornos que agravan considerablemente las tendencias suicidas. De esta manera, la consideración del trastorno por consumo de alcohol como desencadenante de actos suicidas se ve influenciada, en mayor o menor medida, por: la agresividad/impulsividad, los conflictos interpersonales, el afecto negativo y la desesperanza y la existencia de un episodio depresivo mayor.
- g) En el ámbito de las novedades en la monitorización de factores de riesgo, sobresale lo que se denomina la evaluación ecológica momentánea (EMA). La cual puede ser aplicada a estudios con población clínica, siendo muy útil la información obtenida para el correcto seguimiento de la ideación y de las conductas suicidas.

II. PARANOIA Y CONDUCTA SUICIDA

- La paranoia se puede conceptualizar como una dimensión psicológica, tanto a nivel poblacional como clínico. El riesgo de suicidio se ha de considerar como una dimensión clínica.
- Cobra interés técnico y empírico la teoría del espectro delirante paranoide (Sukanta Saha *et al.*, 1999) que englobaría a los trastornos esquizoafectivos, maníacos y los episodios psicóticos breves, seguidos del trastorno de personalidad paranoide, el trastorno delirante, la parafrenia y los síndromes delirantes interpretativos, para culminar como expresión de máxima gravedad en la esquizofrenia paranoide. Esta agrupación espectral, tendría en cuenta las similitudes que propician la autoreferen-

cia, sensibilidad, persecución y la gravedad sintomática de la entidad clínica en la que se manifiesten.

- Existe una alta asociación entre paranoia y riesgo suicida.
- El grupo de investigación encabezado por Jorge Cervilla ha puesto de manifiesto la relación existente entre altas puntuaciones en la escala de paranoidismo y riesgo alto de suicidio, sin que esta correlación varíe significativamente cuando se comparan los subtipos paranoides (persecutoria o de referencia)
- Trabajos controlados han puesto de manifiesto que, las psicosis paranoide subclínica, aumenta tres veces la ideación suicida y hasta cuatro veces el riesgo de intento de suicidio. Asimismo, la paranoia como síntoma era el factor que más influía en la presencia de autolesiones no suicidas (OR = 3,57) (Ai Koyanagi et al., 2015).
- Los posibles factores de riesgo de la comorbilidad entre paranoia y suicidio son:
 - a) Déficits neuropsicológicos.
 - b) Sesgos y errores cognitivos.
 - c) La valoración amenazante de la realidad.
 - d) La personalidad inestable.
 - e) Los antecedentes familiares.
- En el 12,9% de los sujetos con ideación suicida, en el 3,9% de los que han planificado el intento de suicidio y en el 3% de los que han sobrevivido al intento suicida, se pudo comprobar que las ideas autorreferenciales y de persecución habían sido determinantes (Munro et al., 2015)

III. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO SUICIDA

- Cuando se aborda la importancia de las cifras de mortalidad por suicidio, deben ser utilizadas las tasas y nunca los números absolutos, ya que sólo así se alcanza a comprender mejor la auténtica dimensión del problema de los suicidios consumados.
- Debe reconocerse que los psiquiatras tienen parte de responsabilidad en las altas tasas de mortalidad por suicidio, ya que no terminamos de tratar adecuadamente los casos con alto riesgo de suicidio, que son aquellos pacientes que tienen una tentativa suicida previa. Son justamente los intentos de suicidio previo, los mejores predictores de conductas suicidas en el futuro.
- Las estrategias que pueden servir de ayuda para el correcto abordaje terapéutico de estos pacientes consisten en la implementación de medidas que aumenten la adherencia terapéutica de los enfermos. Entre estas medidas se encuentran: el empleo de cartas o postales, contactos telefónicos, envíos de mensajes por móvil, intervenciones combinadas empleando cartas y llamadas telefónicas, aplicar psicoeducación y emplear Apps. Todas estas técnicas, además de eficaces, resultan ser de muy bajo coste económico. No obstante, las medidas comentadas tienen determinadas limitaciones, incluso algunos estudios ponen en duda su eficacia real, si bien, en todos los casos en que se ponen en práctica, el número de repeticiones de conductas suicidas disminuye.

- En la Universidad de Oviedo, la Dra. Saiz ha puesto en marcha un proyecto en el que se utilizan combinadamente llamadas telefónicas y psicoeducación, además de facilitar a los participantes en el estudio un folleto informativo sobre el suicidio y teléfonos de contacto en caso de situaciones críticas, con los siguientes resultados:
 - a) Se parte de tres grupos: uno al que se le facilitaba el folleto informativo, otro grupo al que se les hacía entrega del folleto informativo y se mantenía con ellos contacto telefónico periódico y un tercer grupo en el que se realizaban las dos acciones ya expuestas, mas la aplicación de un programa psicoeducativo de diez sesiones específicamente diseñadas para el estudio.
 - b) Se ha medido la satisfacción de los pacientes en el tercer grupo, obteniéndose puntuaciones muy elevadas de satisfacción global.
 - c) En relación a la reducción de tentativas suicidas, que es el objetivo principal del programa, se ha comprobado que en ninguno de los sujetos sometidos a estudio se aprecia una disminución significativa del número de tentativas.
 - d) Sí se ha podido observar que el contacto telefónico tiene un cierto efecto protector en estos pacientes.
- Las nuevas tecnologías (Apps), aún existiendo escasas publicaciones sobre su uso y efectos, parecen ser efectivas desde el punto de vista de la predicción más que sobre la prevención de ideación suicida grave.
- Cualquier programa de prevención a nivel nacional sobre suicidio, debería incluir las estrategias descritas, ya que son de bajo coste y pretenden aumentar la adherencia de los pacientes a las consultas de psiquiatría, lo cual nos dará la posibilidad de tratarlos y prevenir futuras conductas suicidas.
- El objetivo de todo clínico ante un paciente con riesgo suicida debe ser disminuir la incertidumbre con los mínimos datos relevantes.
- En el ámbito del manejo del riesgo suicida, hay que precisar que se está haciendo referencia a la identificación, valoración y priorización de riesgos mediante la aplicación coordinada y económica de recursos para minimizar, monitorizar y controlar la probabilidad y el impacto de eventos indeseables (suicidio) o maximizar la realización de oportunidades (prevención).
- Cuando hacemos referencia al riesgo, este no es solo la probabilidad de que algo suceda, sino también el daño que puede causar y las posibilidades de detectarlo a tiempo.
- El riesgo tiene tres características fundamentales:
 - a) Complejidad o dificultad para identificar y cuantificar relaciones causales.
 - b) Incertidumbre científica, en el sentido de la limitación o falta de conocimiento científico (datos, información, etc.) que hacen difícil conocer la probabilidad de un suceso.
 - c) Ambigüedad sociopolítica, que implica la ambivalencia por divergentes opiniones e interpretaciones sobre el mismo fenómeno de riesgo y sus circunstancias.

- La valoración y gestión de riesgos supone un proceso que debe responder a las siguientes preguntas: qué puede ir mal, qué probabilidad hay de que efectivamente vaya mal, cuáles son las consecuencias, en qué tiempo puede ocurrir el suceso, qué opciones están disponibles, cuál es la balanza riesgo/beneficio y cuáles son las consecuencias de las decisiones que vamos a tomar.
- Trasladando todas estas preguntas al tema del suicidio y teniendo presente que si no se exploran las ideas suicidas éstas no se diagnostican, que existen factores de riesgo y protección que no predicen el suicidio, que el mayor indicador de riesgo suicida es la existencia de intentos previos, que no hay pruebas para hacer recomendaciones clínicas específicas y que no existe soporte científico para el uso de instrumentos que valoren el riesgo suicida, debemos concluir que tan solo a día de hoy podemos contestar a qué puede ir mal y qué opciones están disponibles.
- Las nuevas tecnologías, en particular la implantación de los Smartphone, dan la oportunidad de ir contestando a un mayor número de cuestiones en lo que se refiere a la valoración y gestión de los riesgos vinculados al suicidio, ya que hacen posible la personalización y monitorización de la atención a los pacientes.
- El hecho de que hayan mejorado notablemente los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas por la acción de los nuevos psicofármacos, no se ha correspondido con una disminución en el número de suicidios. Se carece de tratamientos que tengan una influencia directa en las tasas de suicidio y faltan tratamientos con efecto antisuicida inmediato. De esta forma se hace necesario identificar la viabilidad y efectividad de las intervenciones de "acción rápida" para la prevención de la acción suicida.
- Inicialmente es preciso disminuir la sintomatología ansiosa acompañante al periodo pre y postsuicida.

El síndrome presuicida (Rodd, 2008) está compuesto fundamentalmente por:

- a) Desesperanza
 - b) Rabia
 - c) Ira
 - d) Imprudencia
 - e) Aumento o abstinencia del consumo de sustancias
 - f) Ansiedad e inquietud
 - g) Insomnio
 - h) Cambios en el humor
 - i) Falta de razones para vivir.
- La depresión es el trastorno que requiere tratamientos más agresivos cuando va acompañada de ideación suicida y, sin embargo, estos sujetos tienen una peor respuesta a los tratamientos antidepresivos y se debe tener especial cuidado con el uso de dosis altas de ISRS porque, con independencia de la gravedad de la depresión y de la edad del enfermo, pueden ser un factor de riesgo asociado al aumentar *per se* la ideación suicida.

Añadir litio o risperidona a los tratamientos antidepresivos en enfermos con alto riesgo de suicidio, se ha demostrado eficaz para reducir el intento suicida.

- Diversos trabajos confirman que los niveles elevados de QUIN (ácido quinolínico) unidos a la disminución de los valores de KYNA (ácido quinurénico), producen una sobreestimulación de los receptores NMDA (agonista de la transmisión N – metil D – aspartato) y ello podría suponer el sustrato biológico de la clínica depresiva y de los comportamientos suicidas asociados a ella. Estos sustratos serían la justificación del uso de ketamina como agente farmacológico antisuicida.
- La ketamina parece tener efectos sobre factores de riesgo asociados al suicidio mas allá de las acciones antidepresivas. Parece mejorar la anhedonia, la desesperación, el dolor psicológico, la agitación, la impulsividad y la regulación emocional.

Hasta ahora se ha utilizado la ketamina mediante la administración única o seriada de inyección intravenosa (0,5 mg/Kg), pero la posibilidad de su administración intranasal, con mayor biodisponibilidad y rapidez de acción, promete un futuro alentador para este fármaco.

IV. ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Las posibilidades de prevenir del suicidio, se relacionan fundamentalmente con:
 - a) Adherencia terapéutica.
 - b) Abandono de sustancias drogodependientes.
 - c) Precocidad en la acción.
 - d) Uso de clozapina.

La labor preventiva se hace más factible cuando las acciones acometidas se dirigen a:

1. jóvenes
2. primeros años de evolución
3. presencia de sintomatología depresiva

Se potencia aun más la prevención si el seguimiento se canaliza desde la Atención Primaria como primer escalón.

- La reincidencia en correlación con su letalidad se ha demostrado que tiene una fuerte asociación con el modo de intentos de suicidio. Así, el ahorcamiento, la precipitación, el uso de armas de fuego y los cortes profundos, se asocian a riesgo elevado de consumación suicida. Mientras que la ingesta de fármacos, las drogas sedantes y los cortes superficiales, van asociados a un riesgo bajo de letalidad.

De otro lado, el solo dato de la reincidencia no se correlaciona con la letalidad.

- Los seguimientos ambulatorios de intentos suicidas y de sus reincidencias, han demostrado que son beneficiosos para evitar nuevos intentos y también que su eficacia se correlaciona con la riqueza disciplinar de sus equipos y la facilidad para conectar y derivar con rapidez a equipos especializados de Psiquiatría.
- Los programas de prevención de suicidio en pacientes atendidos mediante servicio centralizado de atención telefónica han demostrado una gran eficacia.

El seguimiento ambulatorio intensivo después de un intento de suicidio se ha mostrado como una de las mejores armas para prevenir la reincidencia, que es el factor que propicia una mayor tasa de letalidad suicida.

- Programas de gestión telefónica de intentos de suicidio como el del Hospital Universitario de Sabadell, ofrecen cifras muy alentadoras en cuanto a su eficacia. Así, este programa, ha reducido a más de la mitad (del 14% al 6%) el número de enfermos que hacen una nueva tentativa de suicidio y retrasa también la probabilidad de posteriores reintentos en una media de treinta días a doce meses. Este estudio estuvo comparado con controles.
- Desde el estudio de Durkheim se estableció que la tasa social de suicidios está en relación inversa con el grado de cohesión social de una sociedad y, en las crisis económicas, la cohesión social se debilita enormemente.
- Es un hecho demostrado la asociación positiva que existe entre desempleo, bajos ingresos y peor salud.
- Los problemas de salud mental se relacionan con la deprivación, la pobreza y otros determinantes socioeconómicos de la salud.
- Diferentes estudios controlados como el IMPACT, han demostrado que las crisis económicas inciden y provocan aumento en la prevalencia de dependencias al alcohol, depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada y trastornos somatomorfos.
- Las crisis, como la de Asia (1997-1998), provocan un aumento de la mortalidad por suicidio. En Europa hay estudios que demuestran que cada 1% de aumento de desempleo se asocia con 0,79% de aumento de suicidio en sujetos menores de 65 años.
- En España, el riesgo de suicidio parece haberse incrementado de manera relevante. Existe un aumento en grupos específicos, como son los adultos en edad laboral

V. LA VOZ DE LOS FAMILIARES

- Existen múltiples evidencias de la poca atención que se presta, en todos los ámbitos, a los familiares que han sufrido la pérdida de un ser querido a causa de un suicidio. Este hecho es singularmente relevante porque los familiares necesitan hablar de lo que les ha ocurrido y están deseando explicar su historia.
- Los familiares de personas suicidas, son los primeros interesados en la prevención del suicidio, ya que no desean que nadie más tenga que experimentar lo que ellos sienten.
- Es muy importante señalar que la OMS sostiene que cada suicidio consumado afecta directamente a un entorno de seis personas como media. En base a lo anterior puede afirmarse que unas 23.000 personas están viviendo anualmente en España los efectos de una muerte por suicidio.
- Los familiares tienen que gestionar dos hechos que son psicológicamente devastadores: por un lado, la muerte inesperada de un ser al que han querido y, por otro, soportar la omnipresente pregunta del porqué de esta muerte. Justamente en el «por qué de la muerte» está la diferencia fundamental entre suicidio y accidentes. Los familiares que sufren la muerte por suicidio de un ser querido nunca sabrán la respuesta a esta pregunta y, además, nunca reciben el apoyo solidario de otras personas.

- Desde la «Asociación de supervivientes después del suicidio» se está demandando el soporte que la sociedad en su conjunto no les brinda. Se trata de un soporte crucial para el difícil camino que deben recorrer en el marco de un duelo terriblemente complicado, al cual hay que añadir los tabúes culturales, religiosos y sociales que rodean al fenómeno del suicidio.
- Los familiares experimentan sentimientos de enfado, rabia y les cuesta (por vergüenza) hablar de la muerte producida por un suicidio. A todo lo anterior hay que añadir cinco preguntas que siempre les acompañan en el proceso de duelo: ¿por qué nos ha hecho esto?, ¿podría haberlo evitado?, ¿qué pensarán de mí los demás?, ¿mi familia está "maldita"? y ¿qué sentido tiene mi vida? Todas y cada una de estas preguntas los convierte en personas muy vulnerables a padecer enfermedades físicas, conductas adictivas y depresión con un riesgo de suicidio hasta seis veces superior al de una persona que no tenga ninguna relación con el suicidio.
- En definitiva y en base a todo lo descrito, debemos concluir que los «supervivientes» necesitan una ayuda adecuada que sea prestada por profesionales debidamente adiestrados. En este sentido, la «Asociación de supervivientes después del suicidio» en colaboración con el hospital Sant Pau (Barcelona) ha conseguido la puesta en marcha de un plan de atención al superviviente, basado en la atención profesional de aquellas personas que, tras la muerte por suicidio de un familiar presentan, una alta probabilidad de atravesar un duelo complicado.

