



**ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**

Nuevos horizontes en la explicación
del suicidio

vol. **8**

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner



ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

Nuevos horizontes en la explicación
del suicidio

vol.

8

José Giner
Antonio Medina
Lucas Giner

Título: **NUEVOS HORIZONTES EN LA EXPLICACIÓN DEL SUICIDIO**
(Encuentros en Psiquiatría)

© Copyright Contenidos 2018: Los autores

© Copyright Edición 2018: Adamed

ISBN: 978-84-16813-73-5

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

Icía Abad

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

Eva Aguilar Morales

Servicio de Salud Mental
Hospital Universitario Parc Taulí.
Universidad Autónoma de Barcelona

Enrique Baca García

Departamento de Psiquiatría
Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital General de Villalba
Departamento de Psiquiatría.
Universidad Autónoma de Madrid
CIBERSAM

María Luisa Barrigón Estévez

Departamento de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz.
Departamento de Psiquiatría.
Universidad Autónoma de Madrid

Julio Bobes

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Patricia Burón

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)

Jorge A. Cervilla Ballesteros

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Granada
Director de Salud Mental.
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Philippe Courtet

Université Montpellier
Hôpital Lapeyronie. CHU Montpellier. Francia

Lorena de la Fuente

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

Diego de la Vega

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Abel Diego Fernández-Peláez

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)

Leticia García-Álvarez

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

M^a Paz García-Portilla

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Lucas Giner

Universidad de Sevilla

Leticia González Blanco

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo –
Centro de Investigación en Red de Salud Mental
(CIBERSAM), Oviedo

Francisco Gotor Sánchez-Luengo

Profesor Asociado CIS de Psiquiatría. Universidad de Sevilla
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Área Sanitaria Sur de Sevilla

Elena Ibáñez Guerra

Catedrático de Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Valencia

Paloma Huertas Maestre

Psicóloga Clínica. Universidad de Málaga

Javier Jiménez Pietropaolo

Presidente De La Asociación De Investigación, Prevención e
Intervención Del Suicidio (AIPIS)

Índice de autores

Rafael Lillo Roldán

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Antonio Medina León

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Isabel Menéndez-Miranda

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

María José Moreno Díaz

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Berta Moreno Küstner

Profesora Titular de Psicología. Universidad de Málaga

Diego J. Palao Vidal

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

Isabel Parra Uribe

Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Parc Taulí
Universidad Autónoma de Barcelona. CIBERSAM

Eva Aguilar Morales

Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Parc Taulí
Universidad Autónoma de Barcelona. CIBERSAM

J. Ramón Pigem

Presidente Fundación Terapéutica Racional
Director de la Clínica Psiquiátrica Bellavista de Lleida

Beatriz Oda Plasencia García de Diego

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Área Hospitalaria de Osuna. Sevilla

Julia Rodríguez-Revuelta

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Samuel Leopoldo Romero Guillena

USMC de Carmona.
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Pilar Alejandra Saiz

Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (CIBERSAM)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Ángela Velasco

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

PRÓLOGO

*"Y porque nuestra razón nos aparta violentamente del abismo,
por eso nos acercamos a él con mas ímpetu"*

Cuentos. Edgar Allan Poe

¶ Lancémonos al vértigo del tiempo, al remolino del devenir; que el dolor y el placer, el éxito y el fracaso, se alternen a voluntad: solo en la acción se reafirma el hombre". Esta frase, que pertenece a Fausto de Goethe, ejemplariza en lo que consiste vivir en coordenadas de normalidad. Desde el recuerdo ejemplar de las vivencias pasadas, construimos un futuro mediante la acción en el presente. La constante transformación del futuro en presente y del presente en pasado nos obliga a considerar el instante fugaz del presente puntual que coloca al hombre en una posición de permanente anticipación. La ventura o desventura son parte inherente de la existencia y con ellas dos transitamos en la cotidianidad que nos impulsa a estar en la constante acción del vivir.

A mediados de los años cincuenta del pasado siglo, el psiquiatra francés Jean Sutter elaboró una sofisticada y útil teoría sobre el valor predictivo de la capacidad de anticipación en la patocronia de las enfermedades mentales, en especial en los trastornos del estado del ánimo, en las depresiones. Él definía la anticipación como «el movimiento por el cual el hombre dirige todo su ser mas allá del presente hacia un porvenir, próximo o lejano, que es esencialmente su porvenir». Así pues, una verdadera vida en acción con anticipación es siempre una constante búsqueda y, a veces, conlleva el esfuerzo de las conquistas para alcanzar unos objetivos. "La anticipación —decía Sutter—, se despliega en el tiempo y pertenece a él", pero creemos que incluso la anticipación crea al tiempo en el cual se consume, pues a la postre el tiempo, la intimidad vivencial de él, es una creación de nuestra propia forma de estar en el mundo viviendo. El tiempo, el vivido, no el astronómico, es una entidad psíquica que pertenece a la subjetividad de su vivencia por eso su calidad, calidez o frialdad, no son equiparables entre los sujetos. Antes decíamos que la constante transformación en futuro del presente y de este en pasado, nos obliga a considerar al hombre como un permanente anticipador. Sin anticipación no hay posibilidad de seguir viviendo. En la vida nunca nos damos cuenta de cuándo algo se ha terminado de verdad o está en camino de acabarse. La certeza del final ya es el final. Vivimos, como dice Elena Ibáñez, con una ilusión de inmortalidad. Esta ilusión es necesaria para transitar por los avatares de la cotidianidad y también para la planificación de nuestras aventuras y para soportar las desventuras. Y esto es así porque el hombre está siempre anticipando alguna acción, nunca termina de entrever límites en el futuro. Cuando el futuro deja de vislumbrarse se detiene la vida.

Prólogo

Las conductas suicidas de todo tipo son el reverso, lo contrario del impulso vital que crea la anticipación. El suicidio, con su carga de autodestrucción, es el resultado de un presente constreñido por una pesada carga de pasado o por un futuro amenazador o inalcanzable. Por eso, en estos ocho años de Encuentros en Psiquiatría en los cuales nos hemos dedicado al estudio de las conductas suicidas, hemos intentado estudiar y contrastar todas las variables que intervienen en aquellas, con el afán de poder establecer protocolos de prevención del suicidio y de las terapéuticas que pueden ser más eficaces para los trastornos psiquiátricos, que son los mediadores para pasar a la conducta suicida. Un vez más, este libro que ahora comienzan a leer ofrece las últimas aportaciones sobre este problema.

José Giner, Antonio Medina y Lucas Giner

Editores

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

I. CULTURA Y SUICIDIO

1. **ESCENARIOS PSICOLÓGICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA** _____ 13
Elena Ibáñez Guerra

II. EL AMBIENTE LABORAL Y EL SUICIDIO

2. **EL AMBIENTE LABORAL Y EL SUICIDIO** _____ 27
Diego de la Vega, Lucas Giner, Philippe Courtet

III. RESULTADOS DE INVESTIGACIONES EN CURSO SOBRE CONDUCTAS SUICIDAS

3. **RIESGO SUICIDA EN ANDALUCÍA: ESTUDIO PISMA-EP** _____ 39
Paloma Huertas Maestre, Berta Moreno Küstner, Jorge Cervilla Ballesteros

4. **DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN LA CONDUCTA AUTOLÍTICA** _____ 47
Isabel Parra Uribe, Eva Aguilar Morales, Diego J. Palao Vidal

5. **LA RESPUESTA ELECTRODERMAL EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO** _____ 63
Isabel Menéndez-Miranda, Abel Diego Fernández-Peláez, Ángela Velasco, Patricia Burón, Leticia García-Álvarez, Julia Rodríguez-Revuelta, M^a Paz García-Portilla, Pilar Alejandra Saiz, Julio Bobes

6. **INTERVENCIONES CLÍNICAS SOBRE LAS CONDUCTAS AUTOLÍTICAS: DE LA GUÍA AL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN** _____ 75
Francisco Gotor Sánchez-Luengo, Samuel Leopoldo Romero Guillena, Beatriz Oda Plasencia García de Diego

IV. LIMITACIONES EN EL ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

7. **¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES DE LA INVESTIGACIÓN EN SUICIDIO?** _____ 85
Enrique Baca García, María Luisa Barrigón Estévez

8. **ACTUACIÓN ANTE LA PRECARIEDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS** _____ 97
Javier Jiménez Pietropaolo

Sumario

9. LOS ABORDAJES FARMACOLÓGICOS INSUFICIENTES	107
<i>Pilar A Saiz, Julia Rodríguez-Revuelta, Ángela Velasco, Icíar Abad, Leticia González Blanco, Lorena de la Fuente, Leticia García Álvarez, Isabel Menéndez-Miranda, Paz García-Portilla González, Julio Bobes García</i>	

V. CONCLUSIONES

10. CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS	117
<i>Antonio Medina, María José Moreno, Rafael Lillo, Lucas Giner</i>	

VI. CONFERENCIA DE CLAUSURA

11. PSICOPATOLOGÍA DEL ARTE: ESQUIZOFRENIA, ESTADO DE ÁNIMO Y RIESGO DE SUICIDIO	129
<i>Ramón Pígem</i>	

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Hace muchos años, uno de nosotros 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

CULTURA Y SUICIDIO

Escenarios psicológicos de la conducta suicida

E. Ibáñez Guerra

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un hecho, un hecho individual, quizá por ello es difícil encontrar una teoría o una explicación que abarque sus múltiples aspectos; probablemente también es por ello por lo que cada autor ha estampado su sello sobre esta materia, existiendo, por tanto, tantas teorías como investigadores hay en el campo.

No es extraño, pues, que haya sido sustantivado en numerosas ocasiones. A veces por el tipo de medio utilizado (suicidio por ahogamiento, por arma de fuego, por ingesta de tóxicos, por ingesta de medicación, etc.). Otras veces por la intencionalidad del suicida (suicidio altruista, egoísta, por ofrenda, por manipulación, etc.) y en otras ocasiones porque los distintos autores le dan nombre propio a las distintas formas de suicidio: anómico (Durkheim, 1897); simbiótico (Leonard, 1967); egótico (Shneidman, 1968); caótico (Wold, 1971); suicidio ectópico (Taylor, 1982); etc.

En la **Tabla 1** se pueden ver una serie de ejemplos de esta problemática.

Tabla 1

Suicidio escapista	Suicidio por error
Suicidio agresivo	Suicidio por sumisión
Suicidio ectópico	Suicidio por petición
Suicidio lúdico	Suicidio por sacrificio
Suicidio anómico	Suicidio por ofrenda
Suicidio fatalista	Suicidio por sinfisis
Suicidio altruista	Suicidio por confusión
Suicidio egoísta	Suicidio por contrato
Suicidio como juego	Suicidio por accidente
Suicidio manipulativo	Suicidio como protesta
Suicidio simbiótico	Suicidio por desorientación
Suicidio pactado	Suicidio de transfiguración
Suicidio egótico	Suicidio como ordalia
Suicidio diádico	Suicidio crónico
Suicidio ageneracional	Suicidio localizado
Suicidio completo	Suicidio letal

Podríamos seguir casi indefinidamente dando nombre a los distintos tipos de suicidios y de suicidas, pero lo que queremos demostrar con esto es que se le dé la debida importancia a la dificultad que entraña el intentar apresar en una teoría el significado completo de lo que es la conducta suicida. A pesar de ello, son muchos los autores que lo han intentado, desde un punto de vista psicológico, con mayor o menor éxito y a ellos dedicaremos los siguientes epígrafes, que para una mayor comprensión dividiremos en contextos clásicos, modernos y actuales, ya que como podremos ver las teorías psicológicas del suicidio siguen los mismos avatares que la evolución histórica de la psicología y se van desarrollando en aquellos países en los que tienen sus orígenes.

CONTEXTOS CLÁSICOS

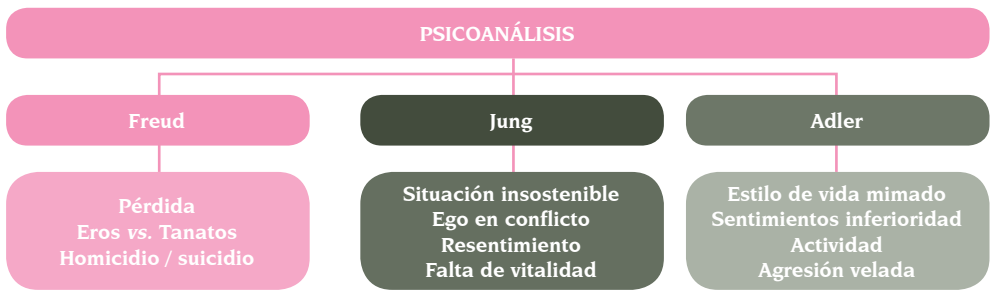
A finales del siglo XIX comienzos del XX dos grandes sistemas psicológicos, al margen de pequeños modelos que comienzan a desarrollarse en esa época, entran en competición, por un lado el *Psicoanálisis* procedente de la Vieja Europa y con Sigmund Freud, aplaudido en Austria, Alemania y Francia, junto a sus seguidores como protagonistas principales, por otro lado el *Conductismo Radical* desarrollado en Estados Unidos, al menos en el campo de la modificación de conducta, por Watson y Skinner principalmente, aunque con claros antecedentes en la Reflexología soviética de Iván Petrovich Pavlov.

Si bien es cierto que Freud nombra el suicidio en numerosos escritos antes de su célebre obra *La Aflicción y la Melancolía* (traducción castellana de 1967) siempre lo hizo más como un síntoma de algunas patologías que como un estudio en profundidad sobre el mismo. Tampoco es cierto que *La Aflicción y la Melancolía* sea una obra sobre el suicidio, aunque son numerosos los autores que ven en esta obra de Freud la explicación psicológica más clara sobre la conducta suicida, más bien se trata de una obra sobre el duelo y su semejanza con la melancolía (hoy en día depresión) que, en definitiva, sería la que llevaría al suicidio por medio del mecanismo de identificación que realiza el suicida con aquella persona que ha tenido una pérdida afectiva. Es decir, se puede plantear que Freud es uno de los primeros en hablar del suicidio por pérdida, solo que en este caso se trata de una pérdida objetal (un objeto, una persona, un empleo, etc.) algo muy querido y deseado por el suicida. Freud introduce, posteriormente, el concepto de *Instinto de Muerte* (*Tanatos*) como contrapunto del *Instinto de Vida* (*Eros*) reconociendo así tanto la potencialidad homicida que existe en todo ser humano como la suicida.

Tampoco Jung habla específicamente del suicidio, sin embargo son muchos los autores que basándose en sus distintas alusiones al tema de la muerte e incluso a sus sugerencias a la vida después de la muerte, consideran que para Jung el acto suicida se debe al predominio del lado oscuro del self que en conflicto con el ego hace que la muerte pueda resultar más deseada que la vida, claro que dicho conflicto implica al ego que no encuentra otra solución que el suicidio para evitar el resentimiento que el lado oscuro del self le produce hacia otras personas y que dirige hacia sí mismo dada la falta de vitalidad que experimenta. De nuevo nos da la impresión de que Jung habla del suicidio como pérdida, pero no de una pérdida objetal, como señalaría Freud, sino de la pérdida del propio yo (ver Jung, 1959).

Sí se puede considerar que tanto Freud como Jung tuvieron un fuerte impacto social, además de preocuparse explícitamente de temas sociales, como todo el mundo sabe. Es Adler, el padre de la *Psicología Individual*, el que más hincapié hace en el suicidio como fenómeno social, hasta el punto de que algunos autores (Gunn y Lester, 2014) llegan a equiparar su teoría del suicidio con la del propio Durkheim, sobre todo con el suicidio egoísta y anómico descritos por Durkheim. Para Adler el suicida es un incompetente social al que le importa muy poco la repercusión que su vida y sobre todo su muerte puede tener sobre los demás. Evidentemente esa incompetencia social se debe a su complejo de inferioridad debido a unos padres que lo han mimado demasiado lo que le impide preocuparse por los demás, esto le crea un resentimiento que se vuelve contra sí mismo provocando el suicidio. Al igual que vamos a ver en muchos otros autores Adler considera al suicida un enfermo mental, ya que, como es sabido, para este autor la no superación del complejo de inferioridad puede llevar a la neurosis o a otras patologías más graves (Adler, 1958).

Figura 1



La aplicación del Psicoanálisis en la Medicina tiene un gran exponente en K. Menninger que en su libro *El Hombre contra Sí Mismo* (versión castellana de 1972) plantea, en primer lugar, que hay muchas conductas que realizamos que en el fondo son conductas suicidas en la medida que implican lesiones contra nuestro propio cuerpo (él habla incluso de algunas operaciones; hoy en día podríamos hablar de los tatuajes, los *piercings*, las liposucciones y toda una serie de atentados contra nuestro cuerpo de los que ni tan siquiera somos conscientes). En segundo lugar, establece una tipología del suicidio partiendo de tres premisas básicas: *El Deseo de Matar*, *el Deseo de Ser Matado* y *el Deseo de Morir*. El primero daría lugar al denominado *suicidio agresivo*, es decir, el individuo al no poder matar a la persona objeto de su ira (por lo general la figura paterna) se mata a sí mismo; el deseo de ser matado es el *suicidio erótico*, hay algo en mí que no me gusta, y por ello debo morir y por último, el deseo de morir hace referencia al thanatos freudiano, es la necesidad de escapar de este mundo, es lo opuesto al eros o instinto de vida.

Si bien el conductismo como perspectiva psicológica dominó casi todos los campos del conocimiento psicológico del siglo XX, realmente aportó muy pocos conocimientos al campo del suicidio, aunque como veremos posteriormente es la base de la mayor parte

de las teorías psicológicas que sobre el suicidio se establecieron a partir de después de la Segunda Gran Guerra. La aplicación de la teoría de la conducta al suicidio se centró en dos grandes paradigmas; por un lado, el *Condicionamiento Clásico*, sobre todo su concepción sobre el castigo, y por otro lado, el *Condicionamiento Operante*, con su concepto del refuerzo. A pesar de que ambos paradigmas difieren en sus principios, sin embargo ambos nos dicen lo mismo sobre la conducta suicida. Desde el punto de vista del condicionamiento clásico, si queremos eliminar una conducta, caso de la conducta suicida, debemos castigarla (aplicar un estímulo aversivo) en cuanto al condicionamiento operante nos enseña que en el caso de una conducta que queremos eliminar debemos eliminar el refuerzo positivo. Es decir, en contra de lo que suele hacerse en la clínica, lo que nos enseñan los principios del aprendizaje es que no debemos prestar tanta atención a los intentos de suicidio, ya que al hacerlo estamos reforzando dicha conducta. Lo que debemos hacer es aplicar un estímulo aversivo tal como la indiferencia, el enfado e incluso el "tiempo fuera", de hecho en algunas terapias se preconiza abandonar al enfermo cuando realiza una conducta suicida.

Con todo, la principal aportación del conductismo a la conducta suicida fue la explicación que intentó dar a la depresión como antecedente del suicidio, a este respecto Lewinsohn en 1974 postuló que la depresión se debía a la pérdida de refuerzos positivos, lo que a su vez podría llevar al suicidio. Mientras que Seligman en 1975 demostraba experimentalmente en animales que la *Indefensión Aprendida* producía depresión. La reformulación del modelo de Seligman para su aplicación en humanos, introduciendo aspectos de la teoría del aprendizaje social y de la atribución nos conduce a nuestro próximo apartado.

CONTEXTOS MODERNOS

Como hemos dicho anteriormente, la reformulación del modelo de Seligman permitió la incorporación de modelos nuevos de pensamiento sobre la conducta suicida. Como señala Seoane (1982) la aparición de la Psicología Cognitiva, no en su vertiente de procesamiento de información sino en su versión más *light*, más cercana a lo que el autor denomina *Psicología del Conocimiento* (Seoane, 1982), permite reincorporar a la investigación psicológica el concepto de mente, que había sido desterrado de la misma por los afanes del conductismo de centrarse en los hechos directamente observables. Es así como Abramson, Seligman y Teasdale en 1978 incorporan la *Teoría de la Atribución* al modelo de Seligman y posteriormente Abramson, Metalsky y Alloy en 1989 intentan explicar la conocida *depresión por desamparo* que conduciría al suicidio.

Dicho modelo, guarda claras semejanzas con el modelo de depresión de Beck, postula que ante una situación de estrés las personas que tienen un *estilo cognitivo negativo*; es decir, hacen inferencias ante los acontecimientos negativos de tipo Global (toda mi vida no vale nada) y Estable (siempre estaré igual) y que además anticipan consecuencias negativas y tienen una visión negativa de sí mismos, desarrollarán una depresión por desesperanza (nadie me puede ayudar y no hay nada que hacer), depresión que tiene una alta probabilidad de convertirse en la realización de conductas suicidas u otro tipo de actos de autolesión.

Por otro lado, desde el punto de vista de la *Cognición Social* (Garzón, 1984), O'Connor propone en 2011 lo que denomina un Modelo Integrado Motivacional/Volitivo del Suicidio

Figura 2. Teoría de la desesperación / depresión



(MIMVS). Dicho modelo, se basa en la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1991) y plantea que para que el sujeto llegue a cometer suicidio es necesario que pase por tres fases, las dos primera son de tipo intencional e implican la ideación suicida; la segunda es de tipo volitivo y comprenden la acción suicida.

Como puede comprobarse en la **Figura 3**, O'Connor intenta integrar las variables conocidas sobre la conducta suicida en su modelo. Así en la fase que denomina premotivacional incluye las variables de vulnerabilidad y estrés y sus correspondientes dimensiones de personalidad y ambientales; en la fase propiamente motivacional incluye tanto la teoría de la

Figura 3. Modelo integrado motivacional volitivo (O'Connor 2011)



depresión por desamparo como la de la reactividad psicológica con el concepto de pérdida de libertad. Es decir, cuando un sujeto se ve sin salida (pérdida de libertad) hace lo que sea para recuperar la libertad perdida (ideas intensas de suicidio). Por último, en la fase volitiva se incluye la impulsividad como variable de personalidad junto con la planificación de la acción, la pérdida de normas y el no miedo a la muerte. Es todo este complejo sistema el que lleva a que al final el sujeto se quite la vida. Indudablemente el modelo es mucho más sofisticado que lo que hemos expuesto aquí por razones de espacio, no obstante estas serían sus premisas básicas.

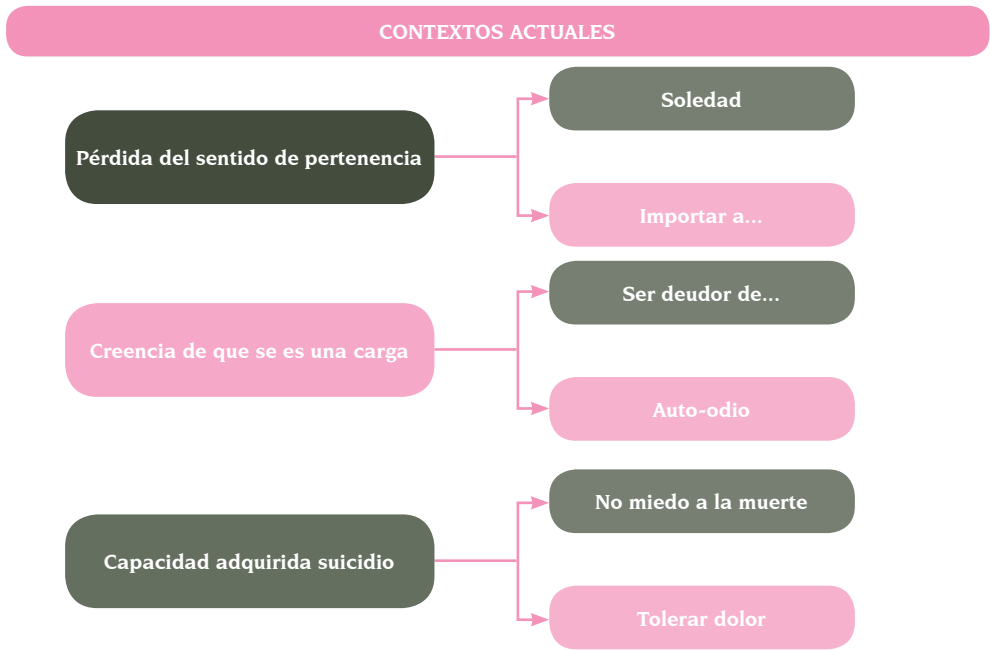
CONTEXTOS ACTUALES

La aparición de la así llamada sociedad posmoderna ha tenido una gran repercusión sobre el problema de la identidad personal en la psicología contemporánea (ver Seoane, 2005), ya que como señala dicho autor ha ido evolucionando según las distintas épocas en que dividamos nuestra historia. Lo que sí parece claro es que en la época actual hay una auténtica disolución del yo, por un lado, mientras que por otro lado hay una auténtica exaltación de las relaciones interpersonales. No es raro pues que en la época actual hayamos elegido para hablar del suicidio aquellos modelos que nos hablan de la decadencia del self o bien de la pérdida de las relaciones interpersonales como factores predisponentes a la conducta suicida.

Respecto a la *Teoría Interpersonal de la Conducta Suicida*, tanto Joiner en 2005 como Van Orden et al. (2010) en la reformulación que hace de la teoría de Joiner, le dan una gran relevancia a la creencia de sentirse solo o de no pertenecer a ningún grupo social, se une a ello el percibirse como una carga para los demás, ambas ideas por sí solas pueden llevar al sujeto a tener ideación suicida o a realizar intentos de suicidio que, a su vez, le van facilitando los medios técnicos para realizar la conducta suicida.

Para Van Orden, la soledad hace referencia al hecho de sentirse solo, de carecer de un apoyo social percibido satisfactorio, al no tener familia, etc. Mientras que no importarle a nadie significa tanto el que los demás no le aguanten como el que el yo no aguante a los demás; puede ir unido a problemas de abusos o violencia en la infancia así como a situaciones de aislamiento en las que se haya sometido al sujeto. En definitiva, implica un aislamiento social que no es necesario que sea real pero sí es percibido así por el sujeto. La creencia de que se es una carga para los demás, sobre todo para la familia no implica solo la creencia de que los demás estarán mejor si uno muere ya que se está en deuda con ellos (familia, sociedad, etc.) sino también el autoodio; es decir, el creerse que uno es una especie de deshecho social por lo que más vale que se muera cuanto antes, lo que implica que el sujeto tiene una baja autoestima, junto a unos fuertes sentimientos de vergüenza y culpa. A todo esto se une la capacidad adquirida para suicidarse que, como hemos señalado anteriormente, bien se adquiere por intentos de suicidio previos que llevan a perder el miedo a la muerte o bien porque el sujeto tiene poca ansiedad ante la muerte, se une a esto la buena capacidad para tolerar el dolor físico (**Figura 4**).

Figura 4. Teoría interpersonal



Desde mi punto de vista, este modelo explicaría bastante bien el suicidio de las personas con trastorno límite de la personalidad, ya que tanto el sentido de pérdida de pertenencia como la capacidad adquirida de suicidio está ampliamente desarrollada en ellas y aunque falte la creencia de que se es una carga también es cierto que hay una autoestima muy deteriorada y una sensación de vergüenza y de culpa bastante elevada.

Los otros dos modelos que presentamos a continuación están íntimamente relacionados con la psicología del yo y podrían explicar el síndrome de difusión de la identidad descrito primariamente por E. Erickson y utilizado por Kernberg para hablar de los problemas de identidad de las personas con trastorno límite de la personalidad.

El primer modelo es la *Teoría de las Discrepancias del Yo*, propuesto por Higgins en 1987. Este autor siguiendo las clásicas diferencias entre yo real, yo ideal y cómo debería ser plantea que pueden existir grandes discrepancias entre el yo real/yo ideal o entre yo real/cómo debería ser, pero cuando esas discrepancias se hacen autoconscientes, es decir, podemos acceder fácilmente a ellas, entonces aparecen sentimientos negativos. Por ejemplo cuando somos conscientes de que nuestro yo está muy alejado a nuestro ideal de yo, aparece una fuerte frustración por nuestro fracaso en conseguir la meta deseada, lo que puede llevarnos a sentirnos rechazados a tener fuertes sentimientos de culpa y a caer en la depresión. Por otro lado, cuando la discrepancia se produce entre el yo real y el cómo debería ser, entonces uno cree que ha frustrado las expectativas que los otros sentían sobre él por lo que puede sentirse solo, rechazado y abandonado. La teoría de la discrepancia puede llegar

a complicarse al máximo si tenemos en cuenta que para Higgins no solo existe el yo sino también los "otros" y las imágenes reales, ideales y de cómo deberíamos ser que también ellos tienen, lo que hace que podamos entrar en un corredor de espejos de discrepancias múltiples (**Figura 5**).

Figura 5. Teoría de la discrepancia del self (Higgins, 1987)

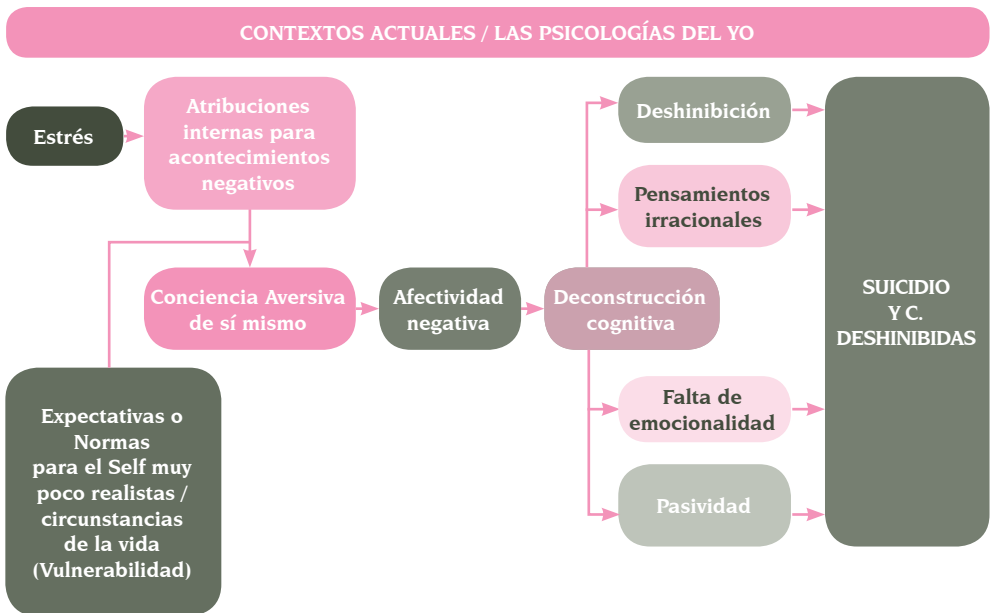


En cualquier caso, Higgins señala que las discrepancias siempre producen activación de emociones negativas, sobre todo ante factores ambientales negativos, dicha activación junto a la magnitud de la discrepancia pueden provocar problemas emocionales tales como ansiedad y depresión y serían esos los que llevarían, en última instancia, al suicidio. Por el contrario, un yo integrado y armónico mantendría nuestra salud mental.

Si Higgins se centra en la pluralidad de yoes y en la falta de integración entre ellos para hablar del suicidio, Baumeister (1990) por su parte considera que el suicidio es una huida ante acontecimientos negativos que el sujeto ya no es capaz de soportar, sin embargo para llegar a ello el sujeto pasa por una serie de pasos o fases que presentamos a continuación (**Figura 6**).

El primer paso sería el tener que enfrentarse a una experiencia grave cuyos resultados están muy por debajo de las expectativas que uno tiene, esto se puede producir bien por circunstancias externas o bien debido a unas expectativas poco realistas por parte del sujeto. Esto, en segundo lugar, llevaría al sujeto a hacer atribuciones internas acerca del fracaso, lo que le haría sentir culpable y le produciría sentimientos de culpa. El tercer paso consiste en realizar una comparación entre lo que uno ha logrado y el standard social lo que hace que el individuo se perciba a sí mismo como impresentable, incompetente y poco atractivo (conciencia aversiva de uno mismo). Esa visión negativa de sí mismo le origina, en cuarto lugar, una serie de emociones (afectividades) negativas. Estas le llevan, en quinto

Figura 6. Teoría de la huida del self (Baumeister, 1990)



lugar, a un intento de escapar de las mismas lo que le introduce en una especie de letargo cognitivo, si esta forma de escape no tiene éxito (deconstrucción cognitiva). La sexta fase consiste en que el individuo siente cómo aumentan sus sentimientos y pensamientos negativos además de cómo se va desinhibiendo su conducta, lo que le lleva tanto a la ideación suicida como al intento de suicidio, e incluso al suicidio cuando la conducta se desinhibe totalmente.

Es interesante observar, como tanto la teoría de Higgins como la de Baumeister además de ser del siglo pasado tienen un fuerte componente cognitivo (auto-conciencia en Higgins) (deconstrucción cognitiva en Baumeister) ¿por qué entonces las introducimos en las teorías actuales sobre el suicidio? Existen varias razones para ello pero, desde mi punto de vista, quizá lo más significativo sea que ambas rompen con el concepto de un yo consistente, racional y predecible (Ibáñez, 2009) para introducirnos en un yo invadido por numerosas voces, saturado y sobrepasado por los acontecimientos que le rodean, un yo que se diluye y pierde su identidad en esa deconstrucción cognitiva de Baumeister que, en realidad, es más una deconstrucción del yo que de los aspectos cognitivos del mismo, porque como el propio Baumeister señala, la deconstrucción cognitiva implica (Figura 7) un *Enfoque Temporal Limitado*; es decir, el sujeto percibe su futuro como incierto e insatisfactorio al mismo tiempo que su pasado está cargado de acontecimientos percibidos por el sujeto como negativos. Hay que tener en cuenta que no se trata, como en el caso de los enfermos de cáncer, de no tener expectativas de futuro sino de que esas expectativas son negativas. El *Pensamiento Concreto* hace referencia a la "visión en túnel" o estrechez de la conciencia, lo cual parece ponerse más de manifiesto en las notas de los suicidas que hacen demasiado

Figura 7. Deconstrucción cognitiva (Baumeister, 1990)



hincapié en objetos o situaciones concretas en general y suelen mostrar instrucciones excesivamente específicas de lo que quieren que los demás realicen. La *Ausencia de Metas*, es típica de los suicidas y de las personas impulsivas, con lo que volvemos a encontrarnos aquí con la impulsividad típica del suicida y con su incapacidad para proyectarse hacia el futuro. La *Rigidez Cognitiva*, muy cercana al pensamiento concreto, se puede interpretar como una carencia de significado así como una falta de "apertura mental" hacia nuevas ideas o nuevas perspectivas acerca del mundo y del futuro. Por último, todos estos procesos llevarían a que el sujeto perdiera el sentido de sí mismo y sus circunstancias.

Por todo lo señalado anteriormente, las Psicologías del Yo están más cercanas al mundo actual que la teoría de O'Connor que aunque postulada ya en este siglo, sigue manteniendo la visión de un yo integrado y único con una buena capacidad motivacional y cognitiva, lo que en principio sería negado por una realidad posmoderna que plantea un yo diluido, saturado, relativo y relacional más cercano a las posturas actuales, tanto a las Psicologías del Yo como a las Teorías Interpersonales, ya que sin "el otro" no existe realmente yo.

CONCLUSIONES

Es indudable que las teorías y modelos aquí presentados son un mero ejemplo de la cantidad de teorías y modelos psicológicos que intentan explicar la conducta suicida. También hay que reconocer que la selección de los modelos responde a los sesgos que el autor tiene. No obstante, quien quiera tener una visión mucho más completa de las Teorías y modelos psicológicos de la conducta suicida, puede acudir a J.E. Gunn y D. Lester (2014) *Theories of Suicide. Past, Present and Future*.

Sin embargo, no queremos terminar sin hacer algunos comentarios. En 1998 D. Lester realiza un trabajo partiendo de la vida de suicidas famosos (Monroe, Hemingway, Cobain, etc.) llegando a establecer cinco grandes clústeres, un clúster psicoanalítico, un clúster cognitivo, un clúster de aprendizaje, un clúster de afrontamiento y un clúster de teorías de la personalidad. En el mismo artículo llega a la conclusión, como veremos en el ejemplo si-

guiente, que todas las teorías pueden explicar el suicidio en distintas proporciones, siendo las teorías psicoanalíticas y cognitivas las que explican una mayor proporción.

Sin ánimo de ser exhaustivos si tomamos como ejemplo los *Diarios Íntimos* de una suicida famosa como Sylvia Plath, encontramos en sus poesías lo siguiente:

Papi

Papi tenía que matarte pero

Moriste antes de que me diera tiempo

Yo tenía diez años cuando te enterraron

A los veinte intenté suicidarme

Esta poesía es un claro ejemplo del suicidio por pérdida, además de cumplir con los principios sustentados por Meninger, el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado; es decir, se trata de una poesía que nos permite hacer una interpretación psicoanalítica del suicidio de Plath. Pero veamos la siguiente:

Diario

"El No ser perfecta me hiere"

En esta sencilla frase encontramos, como explicación de su suicidio la teoría de la discrepancia del yo de Higgins, o los pensamientos negativos sustentados por las teorías cognitivas, o el autoodio de las teorías interpersonales.

Lady Lazarus

Esta es la número tres

Qué desperdicio

Eso de aniquilarse cada década

El aprendizaje de la conducta suicida, la pérdida de miedo a la muerte, el no sentir demasiado dolor físico, la desinhibición conductual, la falta de sentido quedan patentes en esta poesía. Por último la enfermedad mental como causa, la depresión por desamparo pueden apreciarse en esta poesía:

Canción de Amor de la Joven Loca

Cierro los ojos y el mundo muere,

Levanto los párpados y nace todo nuevamente;

(Creo que te inventé en mi mente)

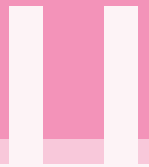
Es decir, podemos explicar la conducta suicida por cualquier teoría, la teoría psicológica más válida es la que mayor vigencia tenga en un contexto cultural determinado (sin negarles importancia a las teorías psicológicas). Puesto que como decía Kurt Lewin "No hay mejor práctica que una buena teoría". Las teorías no son más que simples narrativas que podemos subir a cualquier *escenario*.

En definitiva, como señalábamos al principio, el suicidio es un acto realizado por una persona *única*, y en este sentido tenemos que recordar uno de los principios fundamentales de la fenomenología: *podemos llegar a entenderlo pero nunca a explicarlo*.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989.96:358-372.
- Adler, A. Suicide. *Journal of Individual Psychology*. 1958.14:57-61.
- Ajzen, I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991.50:179-211.
- Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev*. 1990;97(1):90-113.
- Durkheim, E. *Le Suicide*. Paris, Alcan. 1897.
- Freud, S. La Aflicción y la Melancolía. En S.Freud: Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva. 1967. Traducido en 1997 como Duelo y Melancolía en la misma editorial.
- Garzón, A. La Psicología Social Cognitiva. *Boletín de Psicología*. 1984.3:77-98.
- Gunn, J.F, Lester, D. *Theories of Suicide*. Springfield, Charles C. Thomas. 2014.
- Higgins, E.T. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*. 1987.94:319-340.
- Ibáñez, E., Bobes, T. Trastorno Límite de Personalidad o "la insoportable existencia del Self" en Bueno y Pallardo: Sin Salud Mental no hay Salud. Valencia, Fundación Valenciana de Estudios Avanzados.
- Jung, C. Alma y Muerte. En C.G. Jung Obras Completas. Vol. 8. Madrid, Trotta. Versión española de 2011.
- Kernberg, O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press. 1984.
- Kernberg, O. Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*. 2006. LXXV, p. 969-1004.
- Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*. 1978;87(1):49-74.
- Leonard, C. *Understanding and Preventing Suicide*. Springfield; Charles C. Thomas. 1967.
- Lester, D. *Suicide from sociological perspective*. Springfield, Charles.C.Thomas. 1989.
- Lester D. Experience of parental loss and later suicide: data from published biographies. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(5):450-2.
- Lewinsohn, PA behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression*. New York: Halstead. 1974.
- Menninger, K. *Man against himself*. New York: Harcourt Brace & World. 1938.
- O'Connor, R. C. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, 2011. pp. 181–198. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Seligman, M. E. P. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman. 1975.
- Seoane, J. Psicología Cognitiva y Psicología del Conocimiento. *Boletín de Psicología* 1. 1982. 27-41.
- Seoane, J. Hacia una Biografía del Self. *Boletín de Psicología*. 2005.85, 41-87.
- Shneidman, E. S. Classifications of suicidal phenomena. *Bulletin of Suicidology*. 1968. 1, 1–9.
- Taylor, S. *Durkheim and studie of Suicide*. London, Macmillan. 1982.
- Wold, C. I. Sub-groupings of suicidal people. *Omega*. 1971. 2. 19–29.

EL AMBIENTE LABORAL Y EL SUICIDIO



INTRODUCCIÓN

El tema laboral puede verse desde un marco político-filosófico con dos posturas diametralmente opuestas. Por un lado, estaría la concepción liberal en la que prima el individuo y este debe esforzarse por sí y para sí, con idea de cumplir sus objetivos. Por el otro, la concepción comunitaria, en la que el trabajo debe repartirse entre todos para que el grupo salga beneficiado en el resultado y en la posibilidad para todos de tener un empleo. Médicamente, *ad latere* de estos puntos de vista, desde hace tiempo existen datos que indican que la vida laboral afecta a nuestra salud física y mental. Se sabe que los trabajos con condiciones más precarias se asociaban con una peor salud, incluso después de estar controlados por la situación sociodemográfica (educación, situación económica y clase social) y las conductas de salud (tabaquismo, consumo de alcohol o ejercicio). Estos efectos son mayores en jornadas laborales de más de 50 horas semanales, en las que se ha observado un efecto perjudicial en problemas psicológicos, cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, musculoesqueléticos, del sistema inmunitario¹ y consumo perjudicial de alcohol². Por el contrario, existen experimentos que demuestran un mayor rendimiento en el trabajo y una mejor calidad de vida en profesionales con jornadas más cortas³.

EL ESTRÉS LABORAL Y LA CONDUCTA SUICIDA

Con respecto al suicidio, las cifras de paro se han relacionado en numerosas ocasiones con las muertes por suicidio^{4,5}. Sin embargo, hay datos contradictorios con respecto a la crisis económica actual y su repercusión en el suicidio, ya que hay estudios y países en que se asocia y otros en que no⁶. Si bien el desempleo está relacionado con el suicidio, el empleo no es un factor protector. De hecho, casi la mitad de los casos de depresión o ansiedad en una cohorte australiana de 972 sujetos jóvenes con seguimiento hasta los 32 años se relacionaron con la presión en el trabajo. Los jóvenes con empleos estresantes presentaron el doble de riesgo de tener cuadros depresivos o ansiosos en comparación con jóvenes con trabajos no estresantes, independientemente del nivel socioeconómico, de los rasgos de personalidad, o los antecedentes psiquiátricos⁷. En otro estudio prospectivo con una muestra de 415 sujetos con depresión se observó que además de la gravedad depresiva, los acontecimientos vitales relacionados con la salud y el trabajo eran los factores de riesgo más importantes⁸.

Por tanto, el estrés producido en el trabajo parece tener una repercusión en la salud de forma directa. Esta relación directa entre el trabajo y la salud mental se ha convertido en un

problema creciente para los trabajadores, las empresas, los departamentos de salud laboral y para el sistema sanitario en general. Se ha establecido una clara asociación entre el absentismo laboral y los costes sanitarios. Se calcula que los costes totales de los trastornos mentales suponen entre 3-4% del PIB de la Unión Europea, porcentajes que han ido aumentando en las últimas décadas. La depresión, que por sí sola constituye más del 1% del PIB de la Unión Europea, afecta mayoritariamente (un 86%) a personas con edad de trabajar y es una de las causas que más ha aumentado la incapacidad temporal⁹. La OMS estima la depresión como la tercera causa de discapacidad a nivel mundial¹⁰, aunque estudios más recientes las incluyen ya como la segunda causa de discapacidad mundial¹¹.

Según Valdés, el estrés es un estado de activación biológica antihomeostática que se da en el organismo cuando falla la adaptación a las demandas de su entorno inmediato¹². El estrés laboral puede originar una respuesta psicobiológica dañina si las exigencias del trabajo no están acordes con las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador¹³. Si bien el estrés es una condición ambiental que puede generar una respuesta fisiológica, hay factores propios del trabajo que favorecería un mayor estrés –la carga, la capacidad de tomar decisiones o el contexto organizativo–. También el ambiente laboral entre compañeros y con los superiores, así como las dificultades de conciliación de la vida familiar con el trabajo, pueden contribuir de forma significativa en que el estrés laboral sea perjudicial¹⁴.

El modelo de estrés laboral de demanda-control de Karasek propone que el estrés se produce como consecuencia de las demandas psicológicas del trabajo y la capacidad de control que la persona tiene sobre ellas: por un lado estarían las demandas psicológicas (resultado de la carga de trabajo y el tiempo para llevarlo a cabo) y por otro el propio del trabajador sobre el control del trabajo (el cómo se trabaja, la autonomía de trabajo y las oportunidades para emplear sus habilidades)¹⁵. Para Karasek, lo importante estaría en el lado del trabajador, ya que el estrés se produce cuando este no tiene la capacidad de resolver los problemas generados por el trabajo, y siendo menos importante la cantidad de exigencia generada. Este modelo lo tomaron como base Johnson y Hall¹⁶ e introdujeron el apoyo social como una tercera dimensión independiente de las anteriores y con efecto modulador. El apoyo social a su vez tendría dos componentes: las relaciones sociales que el trabajo implica en términos cuantitativos y el grado de apoyo. Por tanto, el grupo de trabajadores con una elevada demanda y poco control sobre estas sería el cuerpo de mayor riesgo para presentar estrés y trastornos psicósomáticos (para una revisión más profunda sobre los modelos de estrés laboral ver Johnson JV, *et al.* 1988). El otro modelo ampliamente usado es el propuesto por Siegrist¹⁷, denominado de balance esfuerzo-recompensa (ERI por sus siglas en inglés, *Effort-Reward Imbalance*). En este modelo, el desequilibrio se da cuando el esfuerzo para desempeñar un trabajo no tiene recompensa (en el salario, el reconocimiento, la estima, la valoración, la seguridad o las posibilidades de promoción).

Algunos estudios

En relación a la conducta suicida, un estudio longitudinal de dos años sobre 1384 trabajadores de la industria del petróleo en China, investigó la relación entre el cambio de factores psicosociales en el trabajo y la presencia de ideación suicida. Se observó que la aparición de nuevas ideas de suicidio se asociaba de forma significativa con el estrés labo-

ral y con tener menos recursos para el afrontamiento. La asociación era independiente de otras características del trabajo y con mayor peso que otros factores de riesgo suicida¹⁸. Otro estudio realizado con cuestionarios autoaplicados en una muestra de 41 18 empleados en 11 ciudades de Japón, encontró que los síntomas depresivos e ideación suicida se relacionaban con el estrés laboral, el trabajar durante las vacaciones (en mujeres), problemas relacionados con el consumo de alcohol, la falta de sueño, tener pocos confidentes, no vivir en familia y la falta de técnicas de reducción del estrés. De este modo, lo depresivo y suicida se asociaban principalmente con el trabajo y el aislamiento. Asimismo se identificó que las técnicas para reducir el estrés en el ambiente laboral era un aspecto muy poco usado por las empresas¹⁹.

En otro estudio de cohortes con seguimiento de 14 años a 94 110 enfermeras con edades comprendidas entre los 36 y 61 años, en EE. UU. estudiaron los factores relacionados con el estrés percibido y el suicidio consumado. Encontraron que los factores más asociados con este tipo de muerte fueron el estrés en el entorno laboral y familiar y el uso de benzodiazepinas. Encontraron que los factores más asociados con este tipo de muerte fueron el estrés en el entorno laboral (RR = 3,7; IC 95%: 1,7-8,3) el estrés familiar (RR = 2,1; IC 95%: 0,8-4,7) y el uso de benzodiazepinas. Se encontró un efecto sinérgico en el riesgo relativo del estrés con el uso de benzodiazepinas, que llegaba a ser de 8,1 (1,9-3,5)²⁰. Una de las limitaciones en este estudio es el modo de valorar el estrés, ya que se trataba de una valoración subjetiva autovalorada. En otro estudio del mismo tipo, de cohorte de 3125 trabajadores menores de 65 años en Japón con seguimiento prospectivo de nueve años, la información sobre la influencia del trabajo se obtuvo con un instrumento validado y basado en el modelo demanda-control. Tras ajustar los resultados (edad, profesión, centro de trabajo, estado civil, educación, consumo de tabaco y alcohol y niveles de colesterol) encontraron que el nivel de control bajo estaba asociado cuatro veces más con los casos de suicidio²¹. Todo esto sugería que el control bajo, a largo plazo en el trabajo, conduciría a un sentimiento mantenido de indefensión aprendida.

En un estudio de autopsia psicológica en que se estudiaron 22 casos de suicidio de forma retrospectiva, se describen los factores asociados al trabajo. A pesar del bajo número de la muestra, en 18 casos encontraron bajo apoyo social, y alta demanda psicológica, jornadas laborales muy largas (más de 11 horas). Asimismo, en 17 casos observaron cambios en el puesto de trabajo (promoción o traslado) en el año previo. Lo habitual fue el comienzo de la sintomatología depresiva unos dos meses antes del suicidio. Además, en más de la mitad de los casos, tuvieron atención médica por quejas somáticas inespecíficas y no recibieron tratamiento psiquiátrico. Estos datos, ponen de relieve, que los pacientes no se beneficiaron de la atención sanitaria a pesar de haber tenido contacto médico²².

Por último, queríamos reseñar otro estudio de suicidio consumado mediante autopsia psicológica en que se estudiaron 112 controles y 63 suicidios ocurridos durante la crisis financiera de los años 2000 en Hong Kong, posterior a la crisis asiática de los años noventa. Se observó que el impacto del estrés laboral estaría mediado por trastornos psiquiátricos. En este caso, se observaría la tríada del riesgo para suicidio: estrés laboral, falta de apoyo social y falta de atención sanitaria²³.

Experiencia en nuestro grupo

En nuestro grupo de Montpellier (Francia), se están estudiando la respuesta emocional e inflamatoria en pacientes suicidas tras la exposición a una prueba de estrés social (*trier social stress test*, TSST). En esta prueba, se somete al sujeto durante un periodo de unos 15 minutos a una situación en la que es grabado y observado por tres entrevistadores que le solicitan que se prepare una presentación de cinco minutos de modo que le genere ansiedad. Posteriormente, se le solicita al probando que haga cálculos matemáticos. Durante todo este periodo se van recogiendo muestras sanguíneas y se mide la frecuencia cardiaca. Al final se le explica el objetivo de la prueba y se le recogen además muestras de saliva para valorar los niveles de cortisol²⁴. Los resultados preliminares de este trabajo nos indican que los sujetos con intentos de suicidio parecen ser diferentes a los que no tienen antecedentes suicidas en cuanto al dolor, las emociones negativas o positivas y los niveles de cortisol generados. Estos resultados pueden indicar la respuesta exagerada ante acontecimientos negativos en relación a la exclusión social y entorno, por lo que sujetos con riesgo de suicidio serían más sensibles a situaciones de exclusión, como puede darse en ambientes laborales generadores de estrés laboral.

La intervención efectiva sobre la depresión laboral no solo incluye la detección, diagnóstico y tratamiento, sino también su prevención. Esta última debe estar basada en mejorar las condiciones laborales. Entre otras medidas, se propone promover programas que permitan concienciar y ayudar a los empleados y empresarios a reconocer y manejar la depresión en los lugares de trabajo, así como mejorar la legislación de protección del trabajador. Esta estrategia multidimensional, basada en un acercamiento holístico del problema, debe situar a la depresión como un problema clave en las empresas, cuyo abordaje debe ser un objetivo estratégico prioritario.

EL CASO DE FRANCE TELECOM

France Telecom es una empresa francesa de telecomunicaciones que fue noticia a raíz de que se produjeran numerosos suicidios en muy poco tiempo. Para evitar que se vinculase directamente estos suicidios con las condiciones de trabajo o la forma de gestión del estrés de la empresa emplearon dos líneas de defensa: una primera basada en la estadística y una segunda basada en la complejidad del acto suicida. Con ambas estrategias, se responsabiliza al sujeto de haber elegido ese final exculpando a la empresa (y el ambiente laboral) de esta decisión e incluye como causantes, los problemas psicológicos de la víctima.

Basándose en la estadística, el número de casos de suicidios al compararlo con las tasas en población general generaba incertidumbre y alimentaba la duda. Esta línea de defensa es la más utilizada en las empresas en que se sospecha que ponen en peligro la salud o la vida de los trabajadores. Los suicidios ocurridos fueron 12 en 2008, 19 en 2009, 27 en 2010 y 11 en 2011. En esos momentos, la empresa francesa contaba con más de 100 000 empleados, por lo cual, la tasa de suicidio calculada como $17,1/100\ 000$ habitantes era menor que la general de Francia de $19,6/100\ 000$ habitantes. Sin embargo, este cálculo tan directo, no tenía en cuenta las diferencias de ambas poblaciones. Los

empleados de la empresa estaban todos activos por definición, existen más hombres que mujeres en una proporción 7:3, tenían mejor nivel educativo y con mejores resultados académicos que la población general francesa. Por tanto, es un error hacer comparaciones directas con estas diferencias tan evidentes y que tienen relación con el riesgo suicida. Sin embargo, la vinculación entre las condiciones de trabajo y la propensión al suicidio no está condenado a la incertidumbre. Estas dudas basadas en las estadísticas pueden complementarse por la observación clínica y los datos que se obtienen por la investigación de las circunstancias. En el caso de France Telecom, la alerta generada hizo que la investigación judicial evidenciara un deterioro en las condiciones laborales desde 2007. Los datos indicaban la existencia de una planificación desde la dirección cuyo objetivo era llevar a cabo una reducción de 22 000 empleos, 14 000 traslados y contratación de 6000 empleados en poco tiempo. Es decir, casi uno de cada cinco empleados dejaría la empresa. Durante este proceso en el que "el fin justificaba los medios", se pueden encontrar numerosos indicadores de abuso organizativo que producen situaciones de exclusión del individuo y menoscaba cualquier proceso de integración en el grupo, como son el aislamiento, la soledad, la individualización de tareas y evaluaciones, así como presiones para la movilidad de distintas formas. En definitiva, se produjo todo lo necesario para impedir la integración de los trabajadores y, muy al contrario, se favoreció una desestabilización laboral que repercutía en una menor solidaridad entre los compañeros y una mayor despersonalización tal y como señalaban Baudelot y Gollac²⁵.

La segunda línea de defensa parte de la premisa cierta de que el suicidio es un fenómeno demasiado complejo para establecer una única causa. Pero intentaba concluir que, debido a ello, no podría establecerse ninguna causalidad con el mundo laboral. Lo central de esta defensa era demostrar que los sujetos suicidados presentaban problemas psiquiátricos, psicológicos, familiares y conyugales. Sabemos que la mayoría de los suicidas han tenido problemas de este tipo, pero eso no excluye el papel fundamental que el ambiente laboral ha podido tener en la aparición de patología psiquiátrica, como hemos visto antes, o incluso de precipitar conductas suicidas. Sin embargo, esta línea de defensa se vio considerablemente debilitada gracias a la investigación policial que descubrió el objetivo de la empresa de generar inestabilidad entre los trabajadores. Desde este punto de vista son relevantes los testimonios escritos de los fallecidos en los que se quejaban de la falta de reconocimiento por parte de sus superiores a pesar de su compromiso con la empresa.

Lo sufrido por los trabajadores de France Telecom constituye casi un modelo experimental para estudiar el papel del estrés social sobre el proceso suicida²⁶. Para ello, podríamos exponer brevemente la teoría interpersonal de suicidio, donde se postula que los individuos tienen una necesidad psicológica de sentirse conectados con los demás, que denomina la necesidad de pertenecer, y que cuando esta necesidad es completamente insatisfecha, se desarrolla un deseo pasivo de muerte. Lo mismo ocurre cuando los individuos perciben que son una carga para los demás, de tal manera que los demás estarían mejor sin ellos. Esto concuerda con los datos sobre la relación entre la sensibilidad a la exclusión social y la vulnerabilidad suicida, donde el rechazo social se traduce el dolor psíquico y que favorece el paso al suicidio.

Burnout en los profesionales de la salud

El término *burnout* fue introducido por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, quien lo conceptualizó para describir la situación de los profesionales que trabajaban con él en la Free Clinic de Nueva York, una clínica de asistencia a drogodependientes. Básicamente, describía el deterioro en la asistencia y servicio que los profesionales iban prestando durante el trabajo y como consecuencia de este. Se trata de un estado de agotamiento psicobiológico, una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo, síntomas depresivos y de ansiedad relacionado con el trabajo^{27,28}. Si bien el síndrome de *burnout* ha sido definido y estudiado, no se encuentra clasificado como enfermedad ni en la DSM-5²⁹, ni en la CIE-10³⁰, aunque en esta última se puede incluir entre los códigos Z, específicamente el Z73.0. Los problemas se relacionan con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital) y, por tanto, con la carga de trabajo excesiva, el desequilibrio entre las demandas y destrezas laborales, la falta de control del trabajo y el estrés prolongado en el trabajo, tal y como indicaban los modelos de estrés laboral descritos anteriormente.

La conceptualización actual es la realizada por Maslach, que lo describe como un mal afrontamiento del estrés mantenido de forma que repercute en un agotamiento emocional, despersonalización y desempeño personal³¹. Se han descrito numerosos problemas somáticos, psíquicos y conductuales asociados. Entre la clínica somática destacan la fatiga, algias, cefaleas, alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso. En la esfera psicológica destaca la hipoprosxia, la irritabilidad, la baja autoestima, la ansiedad y el ánimo bajo. Conductualmente, hay un aumento del consumo de tóxicos y ansiolíticos, además de problemas laborales por absentismo, incumplimiento del horario e incluso mala praxis profesional²⁷. Se describen tres dimensiones entre sus componentes: sensación de cansancio emocional y físico, sensación de vacío con falta de realización profesional y cinismo/desmotivación. La falta de rendimiento en el trabajo, junto con los sentimientos de baja autoestima o de incompetencia, conducen a una sensación de fracaso vital y culpa que no hace más que empeorar la clínica inicial. Estos síntomas, se asemejan a un cuadro depresivo-ansioso, por lo que, al menos con algunas depresiones, comparte vías etiológicas comunes y clínica solapada^{27,32}. Existe un riesgo real en confundir cuadros depresivos etiquetados como síndrome de *burnout* y no recomendar el tratamiento adecuado. Por otro lado, habría una mayor aceptación por parte de los profesionales sanitarios para pedir ayuda si se viera el problema como institucional.

El *burnout* del médico ha alcanzado niveles epidémicos, con porcentajes del 50% de prevalencia a lo largo de la vida³³. Las cifras en España parecen ser incluso más altas, llegando a casi el 70% de los profesionales³⁴. El *burnout* ha empeorado drásticamente en el contexto de cambios radicales en la naturaleza del trabajo clínico, lo que puede explicar estas cifras tan altas en comparación con otras profesiones. En la actualidad, los profesionales sanitarios se enfrentan diariamente a registros de salud informatizados casi obligatorios y la necesidad de cumplimentación de documentos que han aumentado exponencialmente la carga de tareas sin sentido que reducen el tiempo para dedicar al paciente. Esta organización del tiempo del profesional sanitario implica una menor satisfacción de su labor clínica y asistencial, mermando lo vocacional. Por tanto, el elevado número de médicos que lo sufre estaría más relacionado con lo organizativo que con las capacidades de hacer frente

al estrés laboral. Como se ha indicado anteriormente, el síndrome de *burnout* se relaciona con un mayor abuso de sustancias y con alteraciones a nivel psicológico, que suelen conllevar a una peor atención sanitaria y satisfacción de los pacientes. No es sorprendente, que el bienestar de los médicos es, cada vez más, un indicador de calidad en la prestación de servicios de salud³⁵.

En dos revisiones y un metaanálisis publicados estos últimos años en JAMA, la prevalencia de la depresión tanto en estudiantes de medicina³⁶ como en residentes³⁷ era del 27,2% y 28,8%, respectivamente. Estas cifras son mucho más elevadas que en población general, al ajustar por edad, sexo y nivel de educación, que se sitúa en torno al 9%.

La depresión es un problema que afecta a los médicos en todos los niveles de formación, de hecho, los porcentajes aumentan conforme avanza el año de residencia y repercute a largo plazo en la salud de los médicos y en la calidad de la práctica asistencial³⁷. Además, en el metaanálisis sobre los síntomas depresivos en estudiantes se observó que solo el 15,7% de los estudiantes de medicina identificados como depresivos habían pedido ayuda profesional³⁶. Más preocupante fueron las cifras obtenidas en cuanto a ideación suicida, que alcanzaron el 11,1% entre los estudiantes³⁶. Esta alta prevalencia, subraya la necesidad de hacer esfuerzos en cuanto a prevención y atención, de forma que se puedan cubrir las necesidades de formación por una parte y, por otra, atender y tratar los problemas de salud mental que puedan presentarse.

Se ha producido un cambio al reconsiderar el *burnout* de un problema individual a un problema organizativo o de gestión y, por lo tanto, relacionado con el ambiente de trabajo y la gestión. Distintos estudios sugieren la necesidad de cambiar la concepción del trabajo del médico y apoyar de forma explícita al profesional. Así, por ejemplo, en un metaanálisis en el que se incluyeron 15 ensayos aleatorizados (n = 716 médicos) y 37 estudios de cohortes (n = 2914 médicos), encontraron que las estrategias centradas en los individuos, así como las estrategias estructurales o institucionales podían reducir de forma clínicamente significativa el *burnout* entre los médicos del 54 al 44%. Entre las primeras, se incluirían el *mindfulness*, la capacitación para la gestión del estrés y la docencia en pequeños grupos. La vertiente organizativa de la prevención estaría en la modificación de horarios y de los procedimientos implicados en el trabajo clínico diario³⁸. En un metaanálisis posterior de 20 intervenciones controladas (n = 1550 médicos), encontraron intervenciones asociadas a una ligera reducción, aunque significativa, en las cifras de *burnout* en las intervenciones que afectaban a la organización institucional, que como en el estudio anterior, implicaban cambios en los horarios, disminución de la carga de trabajo o cambios más ambiciosos, como el funcionamiento asistencial u organizativo. Se incluyen en estos cambios la mejora en las evaluaciones y control del trabajo y aumentar el nivel de participación en la toma de decisiones. Al contrario que en el metaanálisis anterior, la eficacia de las intervenciones personales no demostró ser importante para la reducción del *burnout*³⁹. Por otro lado, en un tercer metaanálisis de intervenciones sobre el *burnout*, esta vez sobre residentes (n = 2030 residentes; 13 estudios de cohortes y 19 ensayos aleatorizados), se observó que limitar las horas de guardia redujo de forma significativa el *burnout*, mientras que otras intervenciones personales tenían un menor peso en esta reducción⁴⁰. Estos resultados apoyan el argumento de que el *burnout* está enraizado en la organización del sistema de atención de la salud.

CONCLUSIONES

La influencia del ambiente laboral sobre la salud mental y somática es un hecho contrastado. La organización del trabajo que se realiza, el ambiente laboral y las relaciones con los estamentos superiores, así como con los compañeros juegan un papel importante para que la presión laboral no afecte a la salud de los trabajadores. Esta afectación puede complicarse con cuadros depresivos que, normalmente, no son identificados ni tratados, por lo que la aparición de ideas de suicidio puede complicar la evolución y predisponer al suicidio. Más aún, el manejo del estrés para protegerse de forma saludable puede ser peor en sujetos con mayor predisposición al suicidio y a cuadros depresivos, por lo que pueden entrar en un círculo vicioso de graves consecuencias.

En el caso particular de los médicos el síndrome de *burnout* se asocia a las condiciones laborales que merman la satisfacción, merma que comienza desde que se estudia la carrera y que va en aumento conforme pasan los años de vida profesional. Es necesario que las organizaciones que diseñan y gestionan los planes asistenciales tengan en cuenta estos datos con la idea de poder hacer una prevención eficaz en las conductas suicidas y los trastornos del espectro depresivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med.* 1997;54(6):367-75.
2. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ.* 2015;350:g7772.
3. The 6-Hour Workday. : INTERNATIONAL BUSINESS. New York; 21 de mayo, 2016.
4. Myles N, Large M, Myles H, Adams R, Liu D, Galletly C. Australia's economic transition, unemployment, suicide and mental health needs. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;51(2):119-23.
5. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(1):e51333.
6. Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ.* 2016;354:i4588.
7. Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med.* 2007;37(8):1119-29.
8. Oquendo MA, Perez-Rodriguez MM, Poh E, Sullivan G, Burke AK, Sublette ME, et al. Life events: a complex role in the timing of suicidal behavior among depressed patients. *Mol Psychiatry.* 2014;19(8):902-9.
9. Gabriel P, Liimatainen M. Mental health in the workplace: Introduction. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2000.
10. Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease: 2004 update. Suiza. 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (accedido el 8 de abril de 2017).
11. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11):e1001547.
12. Valdés M. Psicobiología de la adaptación y del estrés. Desde la biología hasta la clínica. Barcelona: Siglantana-Ergon; 2016.
13. Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine.* 2015;4(4).
14. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, Garcia-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS One.* 2014;9(2):e89090.
15. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly.* 1979;24(2):285-308.
16. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health.* 1988;78(10):1336-42.
17. Siegrist J. Adverse health effects of high-efforts/low-reward conditions. *J OccupHealth Psychol.* 1996;1:27-41.
18. Xiao J, Guan S, Ge H, Tao N, Zhang Y, Jiang Y, et al. The impact of changes in work stressors and coping resources on the risk of new-onset suicide ideation among Chinese petroleum industry workers. *J Psychiatr Res.* 2017;88:1-8.
19. Takada M, Suzuki A, Shima S, Inoue K, Kazukawa S, Hojoh M. Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Ind Health.* 2009;47(6):649-55.
20. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(2):95-8.

21. Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N, Jichi Medical School Cohort Study G. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. *Psychother Psychosom.* 2007;76(3):177-85.
22. Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health.* 2005;47(2):157-64.
23. Law YW, Yip PS, Zhang Y, Caine ED. The chronic impact of work on suicides and under-utilization of psychiatric and psychosocial services. *J Affect Disord.* 2014;168:254-61.
24. Williams RA, Hagerty BM, Brooks G. Trier Social Stress Test: a method for use in nursing research. *Nurs Res.* 2004;53(4):277-80.
25. Baudelot C, Gollac M. Que peuvent dire les suicides au travail? *Sociologie (on line).* 2015;6(2).
26. Joiner TE. *Why People Die by Suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
27. Navines R, Martin-Santos R, Olive V, Valdes M. Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Med Clin (Barc).* 2016;146(8):359-66.
28. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. The burnout syndrome: Historical evolution since the employment context to the sports field. *Anales de Psicología.* 2010;26(1):169-80.
29. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®).* Quinta ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana 2014.
30. Organización Mundial de La Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid 1992.
31. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior.* 1976;5:16-22.
32. Vidal Jiménez R. El paradigma social de redes. Ser, pensar y hacer en la relación. *Revista de Comunicación Vivat Academia.* 2010;112(Madrid: Universidad Complutense); Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm> (accedido el 8 de abril de 2017).
33. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care.* 1994;32(7):745-54.
34. Cebriá Andreu J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria* 2003;31:564-74.
35. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc).* 2004;123(7):265-70.
36. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 2016;316(21):2214-36.
37. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015;314(22):2373-83.
38. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272-81.
39. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195-205.
40. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ.* 2017;9(3):294-301. 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.

**RESULTADOS DE
INVESTIGACIONES EN CURSO
SOBRE CONDUCTAS SUICIDAS**



Riesgo suicida en Andalucía: estudio PISMA-εp

3

P. Huertas Maestre, B. Moreno Küstner, J. Cervilla Ballesteros

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un importante problema de salud pública a nivel internacional. Más de 800 000 personas se suicidan cada año. Es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo y se sitúa en el decimoquinto puesto entre las causas de muerte en la población. Las estimaciones sugieren que en año 2020 el número de muertes por suicidio se incrementará en un 50%, superando el millón y medio de personas (*World Health Organization*, 2014). Respecto a la conducta suicida (ideación, planificación e intento suicida) esta es más frecuente que el suicidio consumado. Por cada suicidio consumado, se dan entre 10 y 20 casos de intento suicida.

De acuerdo con los datos descritos por la literatura, la conducta suicida está asociada con una variedad de factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales¹. Uno de los factores de riesgo comúnmente asociado a la conducta suicida es la presencia de trastornos mentales^{2,3}. El abuso de sustancias como factor de riesgo también ha sido examinado en distintos estudios⁴⁻⁶, al igual que otros factores psicosociales como las experiencias adversas en la infancia, los eventos vitales estresantes o los problemas de salud física^{1,7,8}. Respecto a los factores demográficos, igualmente se han encontrado asociaciones entre diferentes variables y la conducta suicida, como el género⁹, la edad¹⁰, el estado civil^{11,12}, el lugar de residencia¹³, el nivel educativo^{1,14} y la ocupación laboral¹⁵.

En la actualidad, en España y particularmente en Andalucía, el conocimiento sobre la prevalencia y los factores asociados al fenómeno suicida es mínimo. Asimismo, no existen estudios epidemiológicos sobre población general que hayan investigado la prevalencia y las variables asociadas al riesgo suicida en esta comunidad autónoma. Se trata, por lo tanto, del primer estudio epidemiológico realizado en Andalucía sobre el riesgo de suicidio, pudiéndonos ofrecer importantes resultados de interés clínico para la prevención del suicidio en esta comunidad.

El objetivo de este estudio es calcular la prevalencia del riesgo suicida (RS en adelante) y analizar la asociación de RS con variables demográficas, psicosociales y clínicas.

MÉTODO

Se trata de un estudio de corte transversal realizado mediante una encuesta domiciliaria sobre una muestra representativa de adultos no institucionalizados ($n = 4507$) de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado.

El RS fue evaluado con el módulo de riesgo de suicidio de la versión española de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI-Plus 5.0 (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*) la cual fue desarrollada por Shehan *et al.* en 1998¹⁶.

C. RIESGO SUICIDA ACTUAL	
En el pasado mes:	
C1. ¿Ha pensado que sería mejor morirse o ha deseado estar muerto?	
C2. ¿Ha querido hacerse daño?	
C3. ¿Ha pensado en el suicidio?	
C4. ¿Ha planeado suicidarse?	
C5. ¿Ha intentado suicidarse?	
C6. A lo largo de su vida:	
¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	
NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	

En este estudio la variable dependiente se estableció del siguiente modo: los sujetos fueron categorizados en dos condiciones, "con riesgo suicida" o "sin riesgo suicida". Una respuesta afirmativa en alguno de los seis ítems en los que se compone el módulo, indicaría RS¹⁶.

Basándonos en la literatura sobre factores de riesgo comúnmente asociados al fenómeno suicida y en el propósito de nuestra investigación, se utilizaron instrumentos estandarizados para la evaluación de las siguientes variables independientes:

Variables demográficas

- Las variables edad, género, estado civil, situación laboral, nivel educativo, nivel de urbanidad del lugar de residencia y provincia de residencia fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado para tal fin, sirviéndonos de variables comúnmente incluidas en las encuestas demográficas rutinarias.

Variables psicosociales

- Los eventos vitales estresantes fueron evaluados mediante el cuestionario abreviado Listado de Eventos Estresantes LTE (*The List of Threatening Experiences, LTE*)^{17,18}.
- Las experiencias de abuso (físico, sexual y/o psicológico) en la infancia fueron evaluadas mediante la versión breve del Cuestionario de Experiencias Traumáticas en la Infancia^{19,20}.
- El nivel de funcionamiento general fue evaluado mediante la Escala de Funcionamiento Personal y Social (*Personal and Social Performance Escala, PSP-4*)^{21,22}.
- El apoyo social se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social de Familias y Amigos (*Family and Friend*)²³.
- Los rasgos de personalidad "neuroticismo" e "impulsividad" fueron evaluados con el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (*Personality Questionnaire, Form III, Revised, ZKPQ*)²⁴.

Variables clínicas

- La historia familiar de problemas psiquiátricos y los antecedentes de suicidio en la familia se evaluaron con una versión adaptada de las preguntas de cribado general de la Entrevista Familiar para Estudios Genéticos (*Family Interview for Genetic Studies*, FIGS)²⁵.
- El consumo de alcohol se evaluó con el cuestionario CAGE (*CAGE questionnaire*)²⁶.
- La dependencia a la nicotina se evaluó utilizando el Test Fagerström (*Fagerström Test for Nicotine Dependence*)²⁷.
- La dependencia a otras drogas se evaluó con el módulo de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*)¹⁶.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis exploratorio de la distribución de los datos, incluyendo frecuencias y medias de todas las variables. A continuación, se investigó la asociación univariante de RS y las diferentes variables independientes. Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de Chi cuadrado y las variables continuas se analizaron mediante la prueba T de Student. Por último, se realizó un análisis multivariante de regresión logística, para calcular la asociación de la variable dependiente RS en función de cada variable independiente.

RESULTADOS

Sujetos

La muestra final la conformaron 4507 sujetos entrevistados, de los cuales 2214 eran hombres (49,1%) y 2293 mujeres (50,9%). La edad media fue de 42,8 (DE = 15,22). Más detalles sobre la selección de la muestra se encuentra en el artículo metodológico²⁸.

Prevalencia del riesgo suicida

De los 4507 sujetos, 289 (6,4%) cumplieron con los criterios de riesgo suicida del módulo de la MINI (IC al 95%: 5,7-7,12%).

Correlación multivariante de factores asociados con RS

La **Tabla 1** muestra la asociación multivariante con RS. Los factores que mostraron asociación con RS fueron: ser mujer, mayor edad, estar separado/viudo/soltero, antecedentes familiares de trastorno mental, eventos vitales estresantes, menor apoyo social, alto en neuroticismo, dependencia de la nicotina y dependencia a drogas. Se encontró un menor nivel de asociación, no significativa, entre el consumo de alcohol y RS.

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este estudio es el primer estudio epidemiológico de la prevalencia RS en la región andaluza. EL 6,4% de adultos evaluados por el módulo de "riesgo suicida actual" de la MINI presentaron RS. Por el momento, no tenemos información de otras investigaciones epidemiológicas que examinen la prevalencia de RS en la población general

Tabla 1. Asociación multivariante para RS (modelo dicotómico)

Variables	OR	SE	z	P > z	IC al 95%
Género					
Hombre	1	0,20	1,70	0,02	1,04-1,82
Mujer	1,38				
Edad	1,01	0,00	2,90	0,00	1,00-1,02
Estado civil					
Casado o conviviendo en pareja	1,60	0,22	3,42	0,00	1,22-2,09
Soltero/viudo/divorciado/separado	1				
Apoyo social	0,86	0,02	-6,12	0,00	0,82-0,90
Abuso físico en la infancia	2,43	0,47	4,56	0,00	1,66-3,56
Eventos vitales estresantes	1,45	0,08	6,28	0,00	1,30-1,63
Neuroticismo	1,34	0,05	8,36	0,00	1,25-1,43
Historia familiar psiquiátrica	1,88	0,28	4,26	0,00	1,40-2,51
Dependencia a drogas	2,96	0,83	3,85	0,00	1,70-5,16
Consumo de alcohol, CAGE	1,17	0,10	1,78	0,07	0,98-1,38
Dependencia nicotínica, Fag>=6	1,68	0,30	2,81	0,00	1,17-2,41

de la forma en que ha sido evaluada y conceptualizada en este estudio, por lo que nuestros hallazgos son novedosos en este campo.

Los resultados del modelo multivariante mostraron que RS es significativo asociado con los diferentes factores estudiados.

A partir de nuestros resultados, no es posible establecer equivalencias con los datos de estudios que evalúan la prevalencia de diferentes conductas suicidas, por no ser objeto de nuestro análisis.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta las siguientes limitaciones:

- En primer lugar, no empleamos un instrumento específico para medir el RS, sino que utilizamos preguntas que forman parte de la entrevista para trastornos mentales. Sin embargo, en este sentido, la MINI se ha utilizado recientemente en investigaciones previas de riesgo suicida en población clínica²⁹⁻³¹ y población general³². La MINI parece ser una herramienta útil en este proceso. Tiene un sistema de puntuación práctico que ayuda a cuantificar el RS y puede ser útil para determinar la intervención requerida³³.
- En segundo lugar, RS se evaluó mediante entrevista domiciliaria. Al tratarse de un instrumento heteroaplicado, es posible que algunos participantes no informaran de pensamientos o intentos de suicidio. Es probable que cuando es un entrevistador el que pregunta por la conducta suicida, la tasa de conducta suicida resultante sea menor que cuando se contesta de forma autoaplicada³⁴. Por otro lado, el método uti-

lizado en este estudio para evaluar RS podría aumentar la tasa de riesgo suicida, aportando falsos positivos (sujetos en el grupo de RS que en realidad no estén en riesgo). Por ejemplo, las preguntas sobre "pensamientos de muerte" generan estimaciones de prevalencia más altas para RS que las preguntas sobre "considerar seriamente el suicidio"^{1,35}.

- En tercer lugar, muchos factores que posiblemente contribuyen al RS fueron excluidos del modelo al no ser evaluados en nuestro estudio.
- En cuarto lugar, es un estudio transversal que no puede establecer relaciones causales entre las exposiciones y los resultados.
- En quinto lugar, nuestro estudio presenta los datos actuales de prevalencia de RS, no siendo comparables nuestros resultados con los datos de estudios previos que han mostrado resultados de prevalencia vital o anual para diferentes comportamientos suicidas.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

La principal fortaleza del estudio es que se realizó en una muestra amplia. La tasa de respuesta global de los sujetos a los que finalmente se pudo abordar fue bastante elevada, del 83,7%, lo que aumenta la representatividad de la muestra²⁸.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO

Según nuestro conocimiento, es la primera vez que se obtiene información sobre las tasas reales de suicidio en Andalucía, calculadas después de una encuesta válida en una muestra representativa. Estos datos pueden ser una herramienta valiosa para la planificación y reestructuración de recursos de prevención e intervención en nuestra comunidad.

La detección de los posibles factores de riesgo asociados con RS estimados a partir de este estudio puede ayudar a identificar los objetivos en distintos niveles de prevención, con fin de aplicarse a la comunidad general y a la población clínica en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. DOI: 10.1093/epirev/mxn002.
2. Hardt J, Bernet S, Matschinger J, Angermeier MC, Vilagut G, Bruffaerts R, et al. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMe D study. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:168-74.
3. Nock MK. Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*. 2009; 18(2) 78-83.
4. Hawton K, Casañas C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28.
5. Holm AL, Lyberg A, Berggren I, Åström S, Severinsson E. Going around in a Circle: A Norwegian Study of Suicidal Experiences in Old Age. *Nurs Res Pract*. Hindawi; 2014 Dec 9;2014:734635.
6. Miret M, Caballero FF, Huerta-Martínez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord*. 2014 Jul;163:1-9.
7. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Aug;59(8):741-9.
8. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet (London, England)*. Elsevier; 2009 Apr 18; 373(9672):1372-81.
9. Kaess M, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Brunner R, Resch F. Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*. 2011 Jul 28;11:597.
10. Kessler RC, Borges G, Sampson N, Miller M, Nock MK. The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Mol Psychiatry*. 2009 Dec;14(12):1132-42.
11. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Aug;45(8):795-800.
12. Yip PS, Yousuf S, Chan CH, Yung T, Wu KC. The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2015 Mar;128:87-94.
13. Stickley A, Razvodovsky Y. Alcohol Poisoning in Belarus: A Comparison of Urban-Rural Trends, 1990-2005. *Alcohol Alcohol*. Oxford University Press; 2009 Feb 23;44(3):326-31.
14. Kessler RC, Berglund PA, Borges G, Castilla-Puentes RC, Glantz MD, Jaeger SA, et al. Smoking and suicidal behaviors in the National Comorbidity Survey: Replication. *J Nerv Ment Dis*. NIH Public Access; 2007 May;195(5):369-77.
15. Bernal M, Haro JM, Bernet S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):27-34.
16. Sheehan D V, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33-57.
17. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985 Feb;15(1):189-94.
18. Motrico E, Moreno-Küstner B, de Dios Luna J, Torres-González F, King M, Nazareth I, et al. Psychometric properties of the List of Threatening Experiences-LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to the different scores. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):931-40.
19. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(9):1329-35.
20. Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. *BMC Public Health*. BioMed Central; 2008 Dec 25;8(1):256.
21. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. Blackwell Publishing Ltd; 2000 Apr 1;101(4):323-9.

22. García-Portilla MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bascarán MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2011; 4(1): 9-18.
23. Blaxter, M. (1990) *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
24. Zuckerman, M. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPO): an alternative five factorial model. *Big five assessment*. 377-396.
25. Qureshi N, Bethea J, Modell B, Brennan P, Papageorgiou A, Raeburn S, et al. Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. *Fam Pract*. Oxford University Press; 2005 Dec 1;22(6):663-9.
26. Ewing JA. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*. 1984 Oct 12;252(14):1905-7.
27. 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 Sep;86(9):1119-27.
28. Cervilla JA, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Rivera M, Ibáñez-Casas I, Molina E, et al. Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de la salud mental en Andalucía: PISMA-ep. *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. Elsevier Doyma; 2016 Oct 1;9(4):185-94.
29. Nuhu FT, Lasisi MD, Yusuf AJ, Aremu SB. Suicide risk among adults with epilepsy in Kaduna, Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*. Elsevier; 2013 Sep 1;35(5):517-20.
30. Guimaraes PM, Passos SP, Calvet GA, Hokerberg YH, Lessa JL, De Andrade CA. Suicide risk and alcohol and drug abuse in outpatients with HIV infection and Chagas disease. *Rev Bras Psiquiatr*. Revista Brasileira de Psiquiatria; 2014;36(2):131-7.
31. Klug SM, Dias L, Coiro B. (2015). *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. *AIDS Care*, 26 (11), 1379-1382.
32. Jeon HJ, Lee C, Fava M, Mischoulon D, Shim E-J, Heo J-Y, et al. Childhood Trauma, Parental Death, and Their Co-occurrence in Relation to Current Suicidality Risk in Adults. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Dec;202(12):870-6.
33. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003 Oct;4 Suppl 3:S31-8.
34. Turner CF, Ku L. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science*. 1998; 280:867-873.
35. Scocco P, De Leo D. One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:842-846.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES QUE REALIZAN TENTATIVA AUTOLÍTICA Y SUICIDIO CONSUMADO EN LA MISMA ÁREA GEOGRÁFICA Y SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE PACIENTES QUE REALIZAN TENTATIVA AUTOLÍTICA

INTRODUCCIÓN

A menudo se asume que las tentativas de suicidio y los suicidios consumados representan el mismo grupo de individuos, pero evaluados en diferentes momentos de la "carrera" suicida¹. Sin embargo, existen indicios de que, en realidad, se trata de dos poblaciones diferenciadas que comparten algunas características pero que también se diferencian en muchos aspectos. Así se ha propuesto que la edad, el género, el método utilizado y antecedente de tentativa autolítica servirían para distinguir las dos poblaciones². Otros autores proponen el alcohol y los problemas laborales y económicos³, y otros añaden los problemas de salud física y el trastorno de personalidad narcisista, como factores diferenciales entre ambas poblaciones⁴.

Esto implica que las estrategias preventivas centradas en pacientes con antecedente de intentos de suicidio, podrían no ser suficientes para prevenir el suicidio consumado. Por lo tanto, una mejor caracterización de las distintas subpoblaciones suicidas permitiría establecer líneas de prevención específicamente diseñadas para cada subtipo de conducta suicida¹.

Los factores de riesgo de suicidio se dividen en aquellos que son clínicamente modificables (trastorno mental) y aquellos que no lo son (como factores genéticos, género o edad)⁵.

Entre los modificables, se encuentra la presencia de un trastorno mental. Así, se estima que aproximadamente el 90% de las personas que fallecen por suicidio tienen un trastorno mental subyacente⁶⁻⁸. Sin embargo, la mayoría de personas con trastorno mental nunca realizan conductas autolíticas.

Por otro lado, sabemos que el presentar un intento de suicidio es el factor predictivo de suicidio consumado más importante que existe^{9,10}. Sin embargo, solo una proporción pequeña de las personas que presentan tentativas acabarán consumando el suicidio.

Neeleman *et al.* (2001)¹¹ en una revisión sistemática de 14 cohortes con un total de 21 385 sujetos, estimaron que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen casi 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general.

Owens *et al.* (2002)¹² en una revisión de 90 estudios observacionales y experimentales estimaron que la proporción media de repetición de las tentativas autolíticas sin un desencadenante fatal era del 16% a 1 año y del 23% en estudios de más de 4 años, mientras que de suicidio consumado era inferior al 2% a 1 año, pero 4 veces superior (7%) en estudios de más de 9 años. Basándonos en estudios prospectivos, podemos afirmar que entre un 1 y un 6% de los pacientes que ingresan por un intento de autolisis fallecen por suicidio en el año posterior, siendo este riesgo más elevado en pacientes de mayor edad o con tentativas de repetición¹³⁻¹⁶.

Intentar predecir la evolución que seguirán las personas que presentan tentativas podría ser de utilidad para dirigir las medidas preventivas a aquellos casos que más lo requieren.

OBJETIVOS

Se planteó un estudio en nuestra área, para conocer las características de nuestra población y aportar datos que permitan optimizar y aumentar la efectividad de las medidas preventivas para evitar el suicidio.

El estudio se realizó en dos fases, con dos objetivos diferenciados:

Primero, comparar las características sociodemográficas y clínicas entre una población de intentos de suicidio y otra de suicidios consumados en una misma área geográfica (área de referencia del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell).

En segundo lugar, realizar un seguimiento de las tentativas autolíticas durante un periodo de 5 años para identificar mejor a la población con mayor riesgo de reintentos de suicidio y la que tiene mayor riesgo de muerte por suicidio.

METODOLOGÍA

Para la primera fase se realizó una selección de las tentativas autolíticas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Parc Taulí durante un periodo de un año (desde enero a diciembre de 2008) y de los suicidios consumados que se produjeron durante un periodo de algo más de 3 años (desde enero de 2008 hasta abril de 2011).

Para la segunda fase se realizó una selección de las tentativas autolíticas atendidas en el Servicio de Urgencias y se realizó un seguimiento a 5 años (desde enero 2008 hasta abril 2013), junto con el registro de todos los suicidios consumados detectados en nuestra área de referencia durante el mismo periodo de tiempo. Se seleccionaron las primeras tentativas realizadas, es decir, no se seleccionaron los casos que tenían antecedentes de tentativas previas. Se registraron las entradas en Urgencias y los casos de suicidio consumado reportados por los médicos forenses. Se consideraron reintentos cuando el paciente había sido atendido en nuestro Servicio de Urgencias tras haber realizado una nueva tentativa.

Para evitar sesgos relacionados con cambios de domicilio o fallecimientos no constatados, se realizó la censura de los casos. Para ello, se buscó la confirmación de haber realizado una visita médica en nuestro centro o en el centro de Atención Primaria posteriormente a la fecha de finalización del estudio (abril de 2013). En los casos en los que no se pudo

confirmar esta visita, se realizó una llamada telefónica para confirmar que el paciente se mantenía con vida y no había cambiado de lugar de domicilio.

Selección de la muestra

Se seleccionaron todos los casos de tentativas autolíticas atendidos en la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, durante un periodo algo superior a 5 años (desde el 1 de enero de 2008 al 30 abril de 2013).

El hospital Parc Taulí está situado en la ciudad de Sabadell, en la periferia de Barcelona. Es el hospital de referencia de la comarca del Valles Occidental y atiende a una población de 474 778 habitantes.

Todos los casos de tentativas autolíticas son valorados por médicos psiquiatras de guardia tras la atención médica oportuna. Se entendió por tentativa todo acto autolesivo con finalidad autolítica manifiesta independientemente del grado de letalidad, es decir, se consideró como criterio principal la intencionalidad con la que se realizó la acción, considerando todos los casos en los que la persona atendida refería haber realizado la acción con intención de acabar con su vida. La información se obtuvo de manera retrospectiva, manteniendo el anonimato en todo momento, a partir de la revisión de las historias clínicas hospitalarias de los pacientes, de los informes clínicos realizados por los psiquiatras de Urgencias y de los informes de los Servicios de Atención Primaria.

Además, existe un convenio entre el Hospital y el Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC) desde 2007 para recibir comunicación de todos los casos de suicidios consumados que se producen en el área de referencia de nuestro hospital. Durante los años 2008 y 2009 se realizó la comunicación sobre una población de 300 667 habitantes correspondiente al partido judicial de Sabadell, que fue el partido judicial con el que inicialmente se estableció este convenio, pero a partir de enero de 2010 se incluyó el partido judicial de Cerdañola y se realiza el registro sobre una población total de 474 778 habitantes que se corresponde con el área total de referencia de Urgencias.

De forma protocolaria, tras cualquier muerte que pueda ser sospechosa de suicidio, los forenses realizan una investigación médico-legal mediante necropsia y los exámenes forenses necesarios para determinar que la causa de la muerte es intencionada. Una vez confirmada la causa intencionada de la muerte se comunica el caso a las personas referentes del estudio. En el caso de los suicidios consumados, también se obtuvo la información de manera retrospectiva y anónima, a partir de la revisión de las historias clínicas del hospital, de los informes de Urgencias y Atención Primaria. También se utilizó información facilitada por el forense en relación al método utilizado, al consumo de tóxicos en el momento del suicidio, así como variables sociodemográficas y clínicas aportadas por la familia.

Contexto del estudio: EEAD

En 2004 Cataluña se incorpora al EEAD (Alianza Europea contra la Depresión), participan el Hospital Sant Pau y Hospital Parc Taulí. Esta alianza promueve una estrategia en 4 niveles para reducir la depresión y las conductas suicidas, con un enfoque global y una atención integral.

Dentro de este programa se actúa a diferentes niveles, realizando campañas de formación a profesionales de Atención Primaria, campañas de sensibilización a la sociedad y atendiendo a los colectivos de riesgo, como las personas que realizan tentativas de suicidio.

Uno de los proyectos realizados en el Hospital Universitario Parc Tauli desde 2008, ha sido el seguimiento telefónico de todas las tentativas autolíticas atendidas en Urgencias durante el periodo de 1 año con el propósito de reducir el riesgo de reintentar el acto suicida. Todos los casos de tentativas de suicidio atendidos en Urgencias, posteriormente al alta reciben llamadas por parte de una enfermera con experiencia clínica, a la semana, al mes, a los 3, 6, 9 y 12 meses desde la tentativa. El objetivo de las llamadas es valorar el estado clínico del paciente, asegurar la vinculación a los Servicios de Salud Mental cuando es necesario o bien dar pautas, recomendaciones o derivar a las Unidades de Urgencias cuando se detecta algún riesgo. También se asegura una visita con Psiquiatría, en el centro de Salud Mental del hospital, en un plazo inferior a 10 días desde la tentativa. En esta visita, el psiquiatra responsable valora el riesgo de suicidio existente y las necesidades de atención de la persona, y decide si mantener un seguimiento especializado en los Servicios de Salud Mental o no.

Este programa se puso en marcha con intención de mejorar la atención a una población de riesgo bien conocida, como son las personas que han realizado una tentativa autolítica, con el objetivo de reducir el riesgo de reintentar o consumar el suicidio. Este procedimiento ha demostrado su utilidad en la reducción del número de reintentos y en el aumento del tiempo hasta la siguiente tentativa¹⁷.

RESULTADOS

Fase I: intentos autolíticos vs. suicidios consumados

Durante el periodo de tiempo se registraron 312 tentativas autolíticas y 86 suicidios consumados.

Los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias representaron el 0,2% del total de urgencias atendidas ($n = 155\ 114$) y el 9,4% de las urgencias psiquiátricas ($n = 3305$).

La tasa de suicidio consumado en nuestra área de referencia fue durante estos años de 8,3/100 000 habitantes en 2008; 6,6/100 000 habitantes en 2009, y 7,2/100 000 habitantes en 2010, tasas similares a las del resto de España.

Factores sociodemográficos

Las tentativas autolíticas fueron significativamente más frecuentes en mujeres que en hombres (62,2% vs. 37,8%; $p < 0,001$), mientras que los suicidios consumados fueron más frecuentes en hombres (73,3% vs. 26,7%; $p < 0,001$). La media de edad fue 10 años mayor en el grupo de suicidios consumados que en el grupo de tentativas (51,71 vs. 41,16; $p < 0,001$). En el grupo de pacientes que completaron suicidio encontramos mayor porcentaje de viudos, desempleados, pensionistas o personas que vivían solas, con resultado estadísticamente significativo en comparación con el grupo que realizó intentos autolíticos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las tentativas y los suicidios consumados

	Tentativas (n = 312)		Suicidios consumados (n = 86)		Total (n = 398)		p	O.R.
	n	%	n	%				
Sexo (n = 398)							P<0,001	
Hombre	118	37,8	63	73,3	181	45,5		
Mujer	194	62,2	23	26,7	217	54,5		
Edad (n = 398)								
48 años o menos	224	71,8	40	46,5	264	66,3	P<0,001	2,88 (IC 95%: 4,70-1,77)
49 años o más	88	28,2	46	53,5	134	33,7		
Estado civil (n = 336)								
Soltero	76	25,2	4	11,8	80	23,8	n.s.	
Pareja estable/ Casado/Pareja de hecho	146	48,3	16	47,1	162	48,2	n.s.	
Separado/Divorciado	72	23,8	8	23,5	80	23,8	n.s.	
Viudo	8	2,6	6	17,6	14	4,2	P<0,001	7,87 (IC95%: 24,33-2,55)
Lugar de nacimiento (n = 398)							n.s.	
España	284	91,0	80	93,0	364	91,5		
Sudamérica	19	6,1	3	3,5	22	5,5		
Subsahariano	2	0,6	--	--	2	0,5		
Magrebí	2	0,6	3	3,5	5	1,3		
Otros países europeos	3	1,0	--	--	3	0,8		
Otros	2	0,6	--	--	2	0,5		
Estudios (n = 299)							n.s.	
Analfabeto	6	2,2	2	8	8	2,7		
Primarios (EGB)	199	72,6	17	68	216	72,2		
ESO/FP I	31	11,3	2	8	33	11,0		
ESO2, FP II, BUP	28	10,2	4	16	32	10,7		
Diplomado/técnico	3	1,1	--	--	3	1,0		
Licenciado	7	2,6	--	--	7	2,3		
Situación laboral (n = 320)								
Trabaja	147	52,1	8	21,1	155	48,4	P<0,001	4,08 (IC 95%: 1,81-9,26)
En paro	34	12,1	--		34	10,6	n.s.	
Pensionista	66	23,4	28	73,7	94	29,4	P<0,001	9,16 (IC 95%: 1,38-9,56)
Estudiante	6	2,1	1	2,6	7	2,2	n.s.	
Ama de casa	17	6,0	--	--	17	5,3	n.s.	
No ingresos	12	4,3	1	2,6	13	4,1	n.s.	
Convivencia (n = 312)								
Nadie (0 personas)	33	11,4	7	31,8	40	12,8	P=0,006	3,63 (IC 95%: 1,38-9,56)
1 persona	70	24,1	7	31,8	77	24,7	n.s.	
2 personas	137	47,2	5	22,7	142	45,5	n.s.	
3 personas	38	13,1	3	13,6	41	13,1	n.s.	
4 personas	10	3,4	--	--	10	3,2	n.s.	
5 personas	2	0,7	--	--	2	0,6	n.s.	

Factores clínicos

En cuanto a los factores diagnósticos que se recogen en la clasificación multiaxial DSM-IV, se encontraron diferencias entre ambos grupos que fueron significativas.

En el eje I, el *trastorno depresivo mayor* fue significativamente más frecuente en los suicidios consumados que en el grupo de tentativas (54,7% vs. 27,9%; $p < 0,001$), y viceversa. Los *trastornos adaptativos* fueron significativamente más frecuentes en el grupo de tentativas que en el grupo de suicidios consumados (25,0% vs. 3,1%; $p < 0,001$).

Respecto al eje II, se observó una tendencia a que el grupo de tentativas suicidas fuera más frecuentemente diagnosticado con un trastorno de personalidad que el grupo de los suicidios consumados (46,2% vs. 31,8%; n.s.). Asimismo, el diagnóstico de *trastorno de personalidad del clúster B* fue significativamente más frecuente en el grupo de los intentos de suicidio que en los suicidios consumados (38,1% vs. 18,2%; $p = 0,01$).

Respecto al eje III y IV, la proporción de casos con patología médica en el momento de presentar la conducta suicida fue significativamente superior en el grupo de suicidios consumados que en el grupo de tentativas (71,7% vs. 15,7%; $p < 0,001$), y la proporción de

Tabla 2. Diagnósticos psiquiátricos según la clasificación DSM-IV (ejes I, II, III y IV) en las tentativas y suicidios consumados

	Tentativas (n = 312)		Suicidios consumados (n = 86)		Total (n = 398)		P	O.R.
	n	%	n	%	n	%		
EJE I (T. Psiquiátrico) (Sí)	229	73,4	48	75,0	277	73,7	n.s.	
TIPO DE EJE I								
T. depresivo mayor	87	27,9	35	54,7	122	32,4	$P < 0,001$	3,12 (IC 95%: 5,41-1,8)
T. bipolar	8	2,6	2	3,1	10	2,7	n.s.	
T. psicótico	26	8,3	7	10,9	33	8,8	n.s.	
T. adaptativo	78	25,0	2	3,1	80	21,3	$P < 0,001$	10,33 (IC 95%: 2,46-43,23)
T. ansiedad	25	8,0	2	3,1	27	7,2	n.s.	
T. por abuso o dependencia a tóxicos	67	21,9	18	31,6	85	23,4	n.s.	
Otros	5	1,6	--	--	5	1,3	n.s.	
Sin diagnóstico Eje I	83	26,6	16	25,0	99	26,3	n.s.	
EJE II (T. Personalidad y desarrollo) (Sí)	144	46,2	14	31,8	158	44,4	n.s.	
TIPO DE EJE II								
Clúster A	9	2,9	2	4,5	11	3,1	n.s.	
Clúster B	119	38,1	8	18,2	127	35,7	$P = 0,01$	2,78 (IC 95%: 1,25-6,17)
Clúster C	12	3,8	2	4,5	14	3,9	n.s.	
No especificado	2	0,6	2	4,5	4	1,1	n.s.	
No Eje II	168	53,8	30	68,2	198	55,6	n.s.	
EJE III (Enfermedad médica) (Sí)	49	15,7	38	71,7	87	23,8	$P < 0,001$	13,6 (IC 95%: 6,95-26,59)
EJE IV (Acontecimientos vitales) (Sí)	58	18,6	22	45,8	80	22,2	$P < 0,001$	3,7 (IC 95%: 1,96-6,99)

pacientes con diagnóstico en el eje IV en el grupo de suicidios consumados fue significativamente superior a la del grupo de tentativas (45,8% vs. 18,6%; $p < 0,001$).

Factores relacionados con la conducta autolítica

Antecedente de tentativas autolíticas

El 42,3% de la muestra total tenía antecedentes de conductas suicidas previas, y no había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tentativas y de suicidios consumados respecto a esta variable (42,8% vs. 39,6%; $p = 0,669$). Del 39,6% de suicidios consumados que habían presentado tentativas previas, aproximadamente la mitad (52,4%) las había tenido durante el año previo a la conducta suicida actual. Sin embargo, el 60,4% de los suicidios consumados se hicieron en la primera tentativa (no tenían antecedentes de intentos de suicidio previos), y el 92,3% en la primera o segunda tentativa, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas según el sexo.

Cuando consideramos el 42,3% de la muestra global que sí tenía antecedentes de intentos previos, la media del número de intentos previos fue significativamente superior en el grupo de tentativas (repetidores) que en el grupo de suicidios consumados (3,01 vs. 1,35; $p < 0,001$). Así, en la muestra de tentativas autolíticas, un 63,9% de los que tenían antecedentes de tentativas, habían presentado 2 o más tentativas con anterioridad, y un 12,9% habían realizado 5 o más tentativas, siendo en su mayoría mujeres (72,5%).

Tabla 3. Factores clínicos relacionados con la conducta suicida (presencia de impulsividad en la conducta, método utilizado y consumo de tóxicos en el momento de presentar la conducta)

	Tentativas (n = 312)		Suicidios consumados (n = 86)		Total (n = 398)		P	O.R.
	n	%	n	%	n	%		
Tipo de conducta								
Reflexiva	42	13,5	27	79,4	69	19,9	$P < 0,001$	25 (IC 95%: 5,88-10,2)
Impulsiva	270	86,5	7	20,6	277	80,1		
Método empleado								
Ahorcamiento	--	--	33	38,8	33	8,3	n.s.	
Sobreeingesta medicamentos	266	85,3	6	7,1	272	68,5	$P < 0,001$	76,14 (IC 95%: 31,36-184,86)
Ingesta cáusticos	2	0,6	3	3,5	5	1,3	n.s.	
Venoclisis	16	5,1	1	1,2	17	4,3	n.s.	
Defenestración-precipitación	6	1,9	30	35,3	36	9,1	n.s.	
Arma blanca	6	1,9	3	3,5	9	2,3	n.s.	
Inhalación de gas	7	2,2	2	2,4	9	2,3	n.s.	
Tren, coches	4	1,3	4	4,7	8	2,0	n.s.	
Intento abortado	5	1,6	--	--	5	1,3	n.s.	
Otros	--	--	3	3,5	3	0,8		
Consumo de tóxicos (Sí)	78	24,8	75	38,9	153	25,5	n.s.	
Alcohol	53	17	7	38,9	60	18,2	$P = 0,02$	3,09 (IC 95%: 1,14-8,35)
Cocaína	20	6,4	--	--	20	6,1	n.s.	
Otros	4	1,3	--	--	4	1,2	n.s.	

Antecedentes familiares

Asimismo, los antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio fueron significativamente más frecuentes entre los pacientes con suicidios consumados que entre los pacientes con tentativas (45,5% vs. 3,8%; $p < 0,001$).

Método utilizado

Respecto al método, el grupo de tentativas usó principalmente la sobreingesta medicamentosa (85,3%), mientras que en el grupo de los suicidios consumados se usaron sobre todo el ahorcamiento y la precipitación (38,8% y 35,3%, respectivamente).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol en el grupo de tentativas fue significativamente inferior al de los suicidios consumados (17,0% vs. 38,9%; $p = 0,020$).

Seguimiento médico previo

La proporción de pacientes que estaban en seguimiento por un médico antes del intento actual fue similar entre el grupo de tentativas y el grupo de suicidios consumados (67,9% vs. 64,6%; $p = 0,602$). No obstante, entre los pacientes que estaban en seguimiento médico, la proporción de pacientes controlados por psiquiatras fue mayor en el grupo de tentativas que en el de los suicidios consumados (84,0% vs. 50,0%; $p < 0,001$), mientras que el porcentaje de pacientes controlados por el médico de cabecera o por otros especialistas no psiquiatras fue significativamente mayor en el grupo de suicidios consumados (50,0% vs. 16,0%; $p < 0,001$).

Tabla 4. Seguimiento médico previo

	Tentativas (n = 312)		Suicidios consumados (n = 65)		Total (n = 377)		P	O.R.
	n	%	n	%	n	%		
Seguimiento médico previo (Sí)	212	67,9	42	64,6	254	67,4	n.s.	
Tipo de especialista								
Psiquiatra	178	84	21	50	199	52,8		
Cabecera u otros especialistas	34	16	21	50	55	14,6	$P < 0,001$	5,23 (IC 95%: 2,58-10,62)
Centro donde se hace seguimiento								
Ninguno	100	32,1	23	35,4	123	32,6	n.s.	
Atención Primaria (cabecera)	34	10,9	19	29,2	53	14,1	n.s.	
Centro Salud Mental	124	39,7	13	20,0	137	36,3	n.s.	
Consulta privada Psiquiatra	38	12,2	6	9,2	44	11,7	n.s.	
Centro de Drogodependencias	16	5,1	2	3,1	18	4,8	n.s.	
Otras especialidades	--	--	2	3,1	2	0,5	n.s.	

FASE 2: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE LOS PACIENTES CON INTENTOS AUTOLÍTICOS

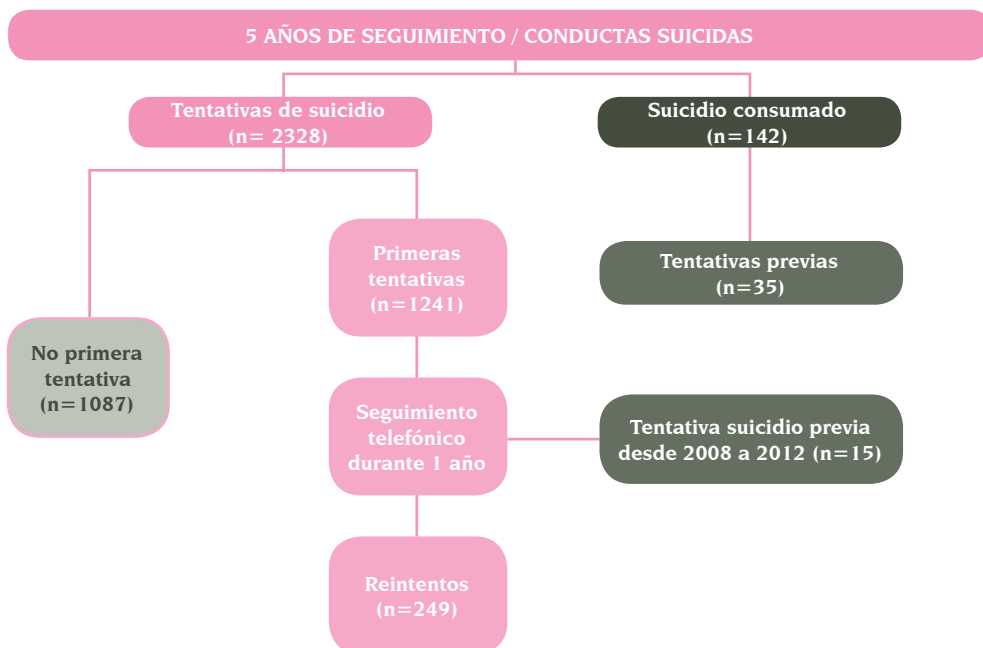
Análisis descriptivo de la muestra

Durante los 5 años de seguimiento, se atendieron 2328 tentativas autolíticas realizadas por 1627 pacientes en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. De todas ellas, solo seleccionamos aquellos casos que correspondían a una primera tentativa (n = 1241).

Un 62,4% fueron mujeres, la edad media fue de 40,8 años, el método más frecuentemente utilizado fue la sobreingesta medicamentosa (70,8%) y 20,5% requirieron un ingreso hospitalario en la Unidad de Patología Psiquiátrica Aguda o en el Hospital de Día posteriormente a la tentativa. El 20,1% (249) repitieron la tentativa durante el periodo de seguimiento y 15 (1,2%) consumaron el suicidio.

Durante este periodo de tiempo, se produjeron 142 suicidios en nuestra área de referencia, pero de estos, solo 15 habían realizado tentativas autolíticas previas durante el periodo del estudio y, por lo tanto, solo estos habían sido incluidos en el programa de atención específica posterior a la tentativa (seguimiento telefónico y programación de visitas en el Centro de Salud Mental).

Figura 1. Evolución de los casos a lo largo del estudio



Resultados: Factores de riesgo de reintentar tentativa

El análisis de supervivencia mostró que el abuso de alcohol y los trastornos del eje II se relacionaban con un riesgo mayor de reintentar el suicidio. Los trastornos de personalidad del clúster B fueron significativamente más frecuentes entre los repetidores que entre aquellos que no repitieron la tentativa durante el periodo de seguimiento de 5 años (36,8% vs. 16,6%; $p < 0,0001$). Los trastornos por abuso o dependencia alcohólica fueron significativamente más frecuentes entre los repetidores (19,8 vs. 13,9; $p = 0,0208$). Además, la edad media fue también menor entre los repetidores ($38,3 \pm 13,5$ vs. $41,4 \pm 16,5$).

Resultados: Factores de riesgo de consumir suicidio tras primera tentativa

Quince personas (1,2%) consumaron el suicidio durante el periodo de seguimiento de 5 años. Diez de ellos (66,7%) fueron mujeres y la edad media fue de $50,9 \pm 11,9$. La tentativa previa había sido, en la mayoría de los casos, en forma de sobreingesta medicamentosa (80%), de gravedad somática leve (73,3%) y no habían requerido ingreso posteriormente a la atención en urgencias (73,3%).

Sin embargo, 86,7% (13:15) de las personas que consumaron el suicidio no habían completado el programa de seguimiento telefónico de un año. Mientras que el 51,6% de los que no consumaron el suicidio durante el periodo de estudio, se mantuvieron vinculados al programa de atención telefónica hasta el final (12 meses). Es decir, el

Figura 2. Curva de supervivencia que muestra el riesgo de reintentar tras una primera tentativa según si existe un trastorno de personalidad

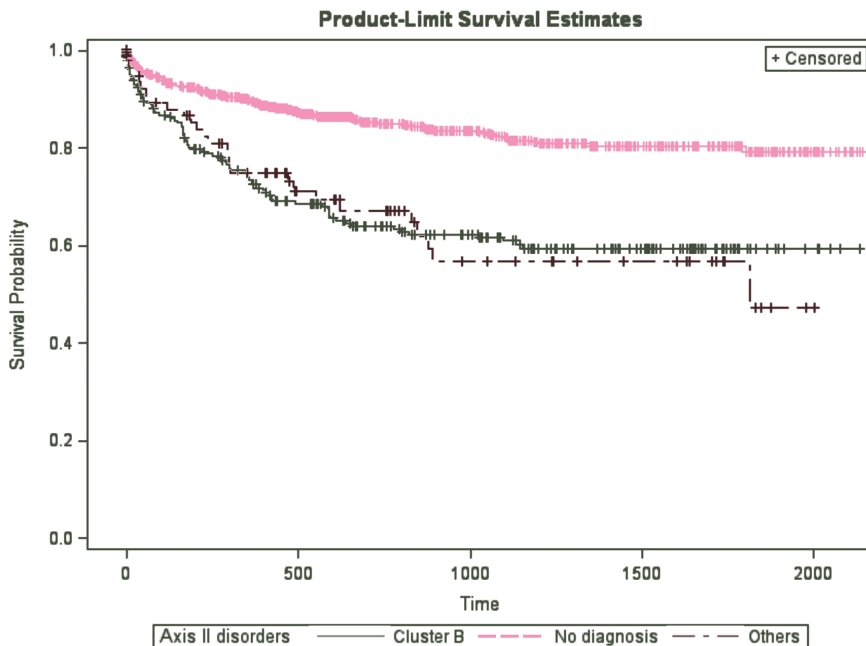
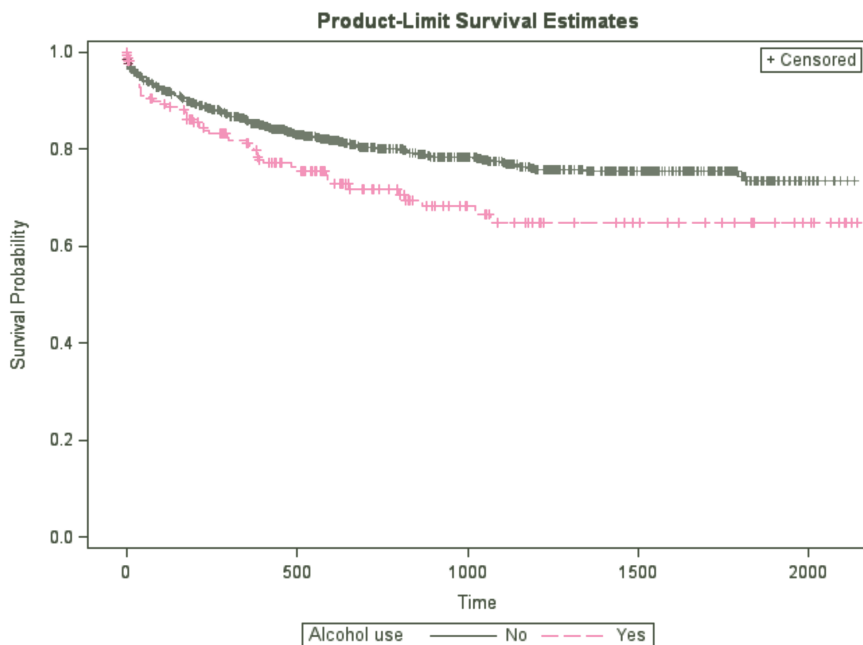


Figura 3. Curva de supervivencia que muestra el riesgo de reintentar tras una primera tentativa según si el sujeto presenta un trastorno por abuso o dependencia al alcohol



tiempo de vinculación se relacionó de manera estadísticamente significativa con el riesgo de suicidio consumado ($p = 0,0032$), a mayor vinculación, menor riesgo de suicidio, actuando así como un factor de protección.

Además, la edad y el tener un diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol se relacionaron, también de manera estadísticamente significativa, con el riesgo de consumir el suicidio. El tener un diagnóstico relacionado con el consumo de alcohol fue más frecuente entre los que consumaron el suicidio que entre los que no (50% vs. 14,8%; $p = 0,0467$). En cuanto a la edad, la media fue superior en el grupo de personas que acabaron consumando el suicidio durante el periodo de seguimiento que en los que no ($50,9 \pm 11,9$ vs. $40,7 \pm 16,0$). De las personas que consumaron el suicidio el 86,7% (13:15) tenían entre 40 y 59 años en el momento de la muerte, considerándose esta la franja de edad de mayor riesgo ($p = 0,014$). Otros factores socio-demográficos no se relacionaron con el riesgo de consumir el suicidio. Sorprendentemente, el número de tentativas previas no fue un predictor del riesgo (73,3% vs. 60,7%). Once de los 15 pacientes que cometieron suicidio no habían presentado otras tentativas tras la primera, es decir, el suicidio consumado se produjo al segundo intento. Además, otros factores como el sexo, la situación laboral, el método utilizado en la tentativa previa, la severidad de la tentativa previa, haber sido hospitalizado tras la primera tentativa o los diagnósticos del eje I y II no pudieron discriminar el riesgo de suicidio consumado.

DISCUSIÓN

En línea con la literatura existente, el estudio presente sugiere que los sujetos que intentan y que consuman el suicidio presentan características comunes, pero también algunas diferencias³. Así, los sujetos que consuman el suicidio se caracterizan por ser varones, de mayor edad, presentan una situación sociosanitaria precaria (p. ej., viven solos, son pensionistas, tienen problemas de salud y están deprimidos), una mayor determinación del acto suicida, y usan frecuentemente métodos más letales. Por el contrario, los sujetos que intentan el suicidio se caracterizan por ser mujeres, más jóvenes, y presentar una menor gravedad psicopatológica (p. ej., el diagnóstico más frecuente en este grupo es el trastorno adaptativo).

Los resultados sociodemográficos de nuestro estudio van en la línea de lo ya conocido. Tal y como esperábamos, encontramos una relación muy estrecha entre conducta suicida y enfermedad mental, ya que un 93,6% de los sujetos del grupo de las tentativas autolíticas y un 85,9% de los suicidios consumados presentaba diagnósticos psiquiátricos (eje I y/o eje II).

Por otra parte, también encontramos que los diagnósticos del eje III (enfermedades médicas actuales) son un factor de riesgo importante del suicidio consumado, en línea con lo señalado por otros autores¹⁸. Asimismo, la presencia de diagnósticos del eje IV (problemas psicosociales o ambientales) también parece ser un factor de riesgo para la consumación suicida, sobre todo, los problemas del grupo primario de apoyo. De hecho, los factores estresantes recientes o la falta de apoyo social han sido descritos como un factor de riesgo de suicidio consumado¹⁹.

Respecto a las características de la conducta suicida, nuestros resultados sugieren que, aunque el antecedente de tentativas autolíticas es el principal factor de riesgo para un futuro suicidio consumado¹⁰, los intentos de suicidio repetitivos se concentraban en los sujetos que realizan tentativas sin final fatal, mientras que la mayoría de los pacientes que consuman el suicidio lo hacen en el primer o segundo intento^{3,20}. Este hallazgo es de vital importancia, ya que indica que la historia previa de intentos de suicidio es un factor de riesgo de limitada sensibilidad, y que los programas preventivos hoy existentes, centrados en la prevención de la repetición de los intentos de suicidio, debieran ser modificados para incluir los últimos hallazgos provenientes de estudios realizados con suicidios consumados. Asimismo, los antecedentes familiares de conducta suicida también parecen ser un factor de riesgo para el suicidio consumado, en línea con lo señalado por otros autores²¹.

Respecto al método utilizado, como era esperable, encontramos que los sujetos que intentaron el suicidio usaron métodos de baja letalidad (sobreingesta medicamentosa), mientras que los sujetos que consumaron el suicidio usaron métodos de elevada letalidad (ahorcamiento, precipitación). Esto es compatible con la literatura existente en nuestro medio²².

También encontramos que una elevada proporción de personas habían consumido algún tipo de tóxico en el momento de presentar la conducta suicida. El consumo de tóxicos es un reconocido factor de riesgo de la conducta suicida²³. Es importante remarcar que la única sustancia que era un factor de riesgo para el suicidio consumado en nuestro estudio fue el consumo de alcohol durante la conducta suicida, que se encontraba presente en casi el 40% de los suicidios consumados. El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios²⁴.

Uno de los resultados más sorprendentes de nuestro estudio fue la baja proporción de suicidios consumados que habían estado en contacto con los Servicios de Salud Mental, y la elevada proporción que habían tenido contacto con el médico de cabecera en los meses previos a su suicidio. Y viceversa, los sujetos que intentaban el suicidio estaban siendo seguidos principalmente por los Servicios de Salud Mental. Este hecho no deja de resultar paradójico, ya que precisamente los sujetos con mayor gravedad psicopatológica y mayor riesgo de suicidio consumado eran precisamente los que eran menos frecuentemente seguidos por los Servicios de Salud Mental. Diversos estudios han mostrado que una elevada proporción de pacientes que cometen suicidio habían tenido contacto con el médico de cabecera en los meses previos²⁵. Nuestros hallazgos también podrían ser explicados por la mayor presencia de enfermedades somáticas en el grupo de los suicidios consumados. No obstante, tanto la depresión como otros trastornos psiquiátricos son frecuentemente infradiagnosticados e infratratados a nivel de Atención Primaria²⁶. Por lo tanto, un mejor conocimiento del tratamiento de la depresión y una adecuada evaluación del riesgo de suicidio por parte de los profesionales de Atención Primaria, son factores claves que han demostrado eficacia a la hora de reducir el suicidio²⁷.

En cuanto al estudio de seguimiento de las tentativas, de acuerdo con la literatura previa, nuestro estudio muestra que una menor edad, la presencia de trastornos de la personalidad del clúster B y los trastornos por abuso de alcohol son factores de riesgo para reintentar la tentativa²⁸. Además, el abuso de alcohol y una mayor edad se relacionaron con un mayor riesgo de consumir el suicidio. Por otro lado, el presente estudio amplía los resultados de un estudio previo que mostraba que el programa de seguimiento telefónico reducía el riesgo de reintentar la tentativa¹⁷. Los resultados muestran que el tiempo de vinculación al programa reducía el riesgo de consumir el suicidio tras una primera tentativa. En un metaanálisis reciente²⁹ también se concluye que este tipo de programas de intervención breve y de contacto, basadas en las recomendaciones de la OMS, pueden prevenir la muerte por suicidio. Sin embargo, resulta desalentador descubrir que la mayoría de suicidios tuvieron lugar en personas que no fueron atendidas en los Servicios de Urgencias durante el periodo de estudio. Esto puede ser explicado probablemente, por el hecho de que el 60% de los suicidios que se cometieron en nuestra área fueron al primer intento³⁰. Además, la mayoría de personas que mueren por suicidio no estaban siendo atendidas en los Servicios de Salud Mental sino en los centros de Atención Primaria³¹, haciendo de esta manera difícil la identificación de los individuos de mayor riesgo.

El 1,2% de las tentativas de suicidio acabaron consumado el suicidio durante el periodo de seguimiento. Este resultado es inferior al mostrado en otros estudios³².

Los factores de riesgo de consumir el suicidio tras una primera tentativa fueron una mayor edad, el abuso de alcohol y no haber completado el seguimiento telefónico a los 9 o 12 meses. Sin embargo, estos resultados no pueden ser generalizados debido a que la mayoría de personas que murieron por suicidio no habían realizado tentativas con anterioridad (n = 127) y, por lo tanto, no pudieron ser incluidas en el programa telefónico, no siendo representativas del total de suicidios consumados.

CONCLUSIONES

Los suicidios consumados y los intentos de suicidio parecen corresponderse con dos grupos de población diferentes. Los factores de riesgo para el suicidio consumado fueron el sexo masculino, una mayor edad, la inactividad laboral, estar viudo y vivir solo, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y el consumo de alcohol durante la conducta suicida.

A pesar de presentar un perfil de mayor gravedad social y clínica, los sujetos que consuman el suicidio, en comparación con los que intentan el suicidio, no reciben en la mayoría de los casos seguimiento especializado por los Servicios de Salud Mental. Es necesario identificar precozmente a estos sujetos para derivarlos a los mismos. Esto podría reducir la incidencia y prevalencia de suicidio en nuestro medio.

Una menor edad, el diagnóstico de trastorno de personalidad y de trastornos por abuso o dependencia al alcohol son factores de riesgo para repetir la tentativa de suicidio. Los problemas de alcohol y una mayor edad son factores de riesgo para acabar consumando el suicidio tras una primera tentativa. Además, el programa de seguimiento telefónico a las personas que realizan una tentativa autolítica fue útil para reducir el riesgo de reintentar el suicidio y el riesgo de consumir el suicidio. Sin embargo, nuestros resultados deben ser interpretados con cautela, ya que la mayoría de suicidios no formaron parte del programa de atención telefónica. Es decir, la mayoría de los suicidios consumados se produjeron al primer intento, limitando así la función preventiva del programa. Hasta que no seamos capaces de detectar las personas de mayor riesgo, quizás la intervención más apropiada para reducir el suicidio es la prevención de la depresión en la población general y, especialmente, la que recibe asistencia en Atención Primaria, actuando sobre diferentes niveles del Sistema de Salud y Social, tal y como ha sido recomendado por la Alianza Europea contra la Depresión^{33,34}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., López-Castroman, J., 2010. Preventing the predictable. In: *Proceedings of the 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Rome.*
2. Fushimi, M., Sugawara, J., Saito, S., 2006. Comparison of completed and attempted suicide in Akita, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60, 289–295.
3. De Jong, T.M., Overholser, J.C., Stockmeier, C.A., 2010. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders* 124, 90–97.
4. Giner L. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, et al. (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of Affective Disorders* 151: 474–483.
5. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J. et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(1):8-23.
6. Oldham, J.M., Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(1): p. 20-6.
7. Osborn, D., et al., Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophr Res*, 2008. 99(1-3): p. 134-8.
8. Hawgood, J. and D. De Leo, Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. *Curr Opin Psychiatry*, 2008. 21(1): p. 51-64.
9. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., Appleby, L., 2005. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry* 162, 297–303.
10. Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R., 2003. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry* 182, 537–542.
11. Neeleman, J., 2001. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 30, 154-162.
12. Owens, D., Horrocks, J., House, A., 2002. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181, 193-199.
13. Suokas, J., Lonnqvist, J., 1991. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 84, 545-549.
14. Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., Lonnqvist, J., 2001. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide—findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 104, 117-121.
15. Chung, C.H., Lai, C.H., Chu, C.M., Pai, L., Kao, S., Chien, W.C., 2012. A nationwide, population-based, long-term follow-up study of repeated self-harm in Taiwan. *BMC Public Health* 12, 744.
16. Zhang, J., Xiao, S., Zhou, L., 2010. Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 773–781.
17. Cebria, A.I., Parra, I., Pamias, M., Escayola, A., Garcia-Pares, G., Punti, J., Laredo, A., Valles, V., Cavero, M., Oliva, J.C., Hegerl, U., Perez-Sola, V., Palao, D.J., 2013. 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* 147, 269-276.
18. Harris, E.C., Barraclough, B.M., 1994. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73, 281–296.
19. Overholser, J.C., Braden, A., Dieter, L., 2012. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 349–361.
20. Isometsa, E.T., 2001. Psychological autopsy studies—a review. *European Psychiatry* 16, 379–385.
21. Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A.D., Turecki, G., 2005. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry* 162, 1017–1019.
22. Jimenez-Trevino, L., Saiz, P.A., Corcoran, P., Garcia-Portilla, M.P., Buron, P., Garrido, M., Diaz-Mesa, E., Al-Halabi, S., Bobes, J., 2012. The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. *Crisis* 33, 46–53.
23. Powell, K.E., Kresnow, M.J., Mercy, J.A., Potter, L.B., Swann, A.C., Frankowski, R.F., Lee, R.K., Bayer, T.L., 2001. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32, 30–41.
24. Conner, K.R., Duberstein, P.R., 2004. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28, 6S–17S.

25. Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L., 2002. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 159, 909–916.
26. Fernandez, A., Pinto-Meza, A., Bellon, J.A., Roura-Poch, P., Haro, J.M., Autonell, J., Palao, D.J., Penarrubia, M.T., Fernandez, R., Blanco, E., Luciano, J.V., 2010. Serrano-Blanco, A., Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, vol. 32, pp. 201–209.
27. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H., 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 294, 2064–2074.
28. Christiansen, E., Jensen, B.F., 2007. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 41, 257–265.
29. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2017 Jun;210(6):396-402
30. I. Parra Uribe, H. Blasco-Fontecilla, G. García-Parés, M. Giró Batalla, M. Llorens Capdevila, A. Cebrià Meca, V. de Leon-Martinez, V. Pérez-Solà, D.J. Palao Vidal. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders* 150 (2013) 840–846.
31. Paula Artieda-Urrutia, Isabel Parra Uribe, Gema Garcia-Pares, Diego Palao, Jose de Leon and Hilario Blasco-Fontecilla. Management of suicidal behaviour: Is the World upside down? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014, Vol. 48(5) 399–401.
32. Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., Kapur, N., 2015. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *J Affect Disord* 175, 147–151.
33. Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., Althaus, D., 2010. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260, 401–406.
34. Hampton, T., 2010. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *JAMA* 303, 1903–1905.

La respuesta electrodermal en la prevención del suicidio

5

I. Menéndez-Miranda, A. Diego Fernández-Peláez, Á. Velasco, P. Burón,
L. García-Álvarez, J. Rodríguez-Revuelta, MP. García-Portilla, PA. Saiz, J. Bobes

INTRODUCCIÓN

Por actividad electrodérmica se entienden los cambios tónicos o fásicos en las propiedades eléctricas de la piel, resultado de la actividad de las glándulas sudoríparas ecquinas, invadidas por el sistema nervioso simpático. La piel actúa como un conductor, oponiendo resistencia al paso de la electricidad. Los cambios en la resistencia eléctrica se miden generalmente haciendo pasar por un circuito una diferencia de potencial conocida. En el caso de la piel, fue Féré, en 1888 quien mediante dos electrodos sobre el antebrazo, conectados en serie con una débil fuente de corriente eléctrica y un galvanómetro, descubrió que cuando el sujeto recibía estímulos a través de diferentes sistemas sensoriales podían observarse oscilaciones rápidas en dicho galvanómetro. Inicialmente se ignoró la importancia de las glándulas sudoríparas, considerándose la electricidad estática producida al friccionar la piel seca como la responsable del fenómeno, subsanando el error de Arsonval (discípulo de Féré) al resaltar el papel de la secreción sudorípara. No obstante, este fenómeno es hoy día conocido como el "efecto Féré"¹. Dos años más tarde, Tarchanoff descubrió que no era necesario aplicar ninguna fuente externa de corriente eléctrica y que bastaba con que a un sujeto se le presentara un estímulo para que un galvanómetro conectado a dos regiones de la piel indicara una diferencia de potencial. Fue pues, entre 1888 y 1890 cuando se llevó a cabo la identificación de dos propiedades eléctricas de la piel: en primer lugar, que era capaz de conducir la corriente eléctrica, y en segundo lugar que en ella se generaba una corriente capaz de desplazar la aguja del galvanómetro².

TEST DE REACTIVIDAD ELECTRODÉRMICA (ELECTRODERMAL ORIENTING REACTIVITY TEST, EDOR)

Fue desarrollado por Lars H. Thorell a principios de los años 80. Para emplear el dispositivo solo se requiere de un breve entrenamiento y cualquier miembro formado del personal puede hacerlo. En esencia, consta de una caja (caja EDOR) conectada por *bluetooth* a un ordenador, y de una pantalla en la que aparecen las señales de conductancia de la piel y del volumen sanguíneo. En la parte de arriba de la caja EDOR se disponen dos electrodos de oro donde han de situarse dos dedos de la mano no dominante. Mediante los auriculares, al sujeto le llega un tono moderadamente fuerte al inicio y durante el test. Los sensores localizados en los electrodos detectan la respuesta electrodérmica a los tonos midiendo la conductancia de la piel y la variación en el volumen sanguíneo. La persona que administra el test puede reseñar hitos que puedan distorsionar el resultado (estornudos, movimientos corporales, etc). Los

datos del test se envían de forma anonimizada al centro sueco que fabrica los dispositivos (EMOTRA), que a su vez remite un informe adscribiendo al sujeto en una de cuatro categorías: hiporreactividad, en el límite de la hiporreactividad, reactividad e hiperreactividad.

LA REACTIVIDAD ELECTRODÉRMICA COMO BIOMARCADOR DE SUICIDIO

Un biomarcador es una característica medible y evaluable objetivamente (gen, parámetro bioquímico, neuroimagen, psicológico) capaz de detectar el riesgo/predisposición (marcador de rasgo) o la presencia/progresión de una enfermedad (marcador de estado) y ha de ser fácilmente medible. Para que un marcador sea clínicamente útil deberá tener una elevada sensibilidad y especificidad (mayor del 90%), un elevado factor predictivo eliminando falsos positivos y un área bajo la curva ROC mayor de 0,75, además de tener un coste asequible para el sistema de salud³.

En un paciente con reactividad electrodérmica normal, cuando se produce un estímulo se produce subsiguientemente la habituación a dicho estímulo a medida que se repite este, es decir, es como si el sujeto se acostumbrara a lo frecuente (la habituación es reversible, siendo posible una deshabituación). Distinta es la respuesta en un sujeto hiporreactivo, en el que se produce una deshabituación rápida, y el sujeto deja de responder tras el primer estímulo (**Figura 1**).

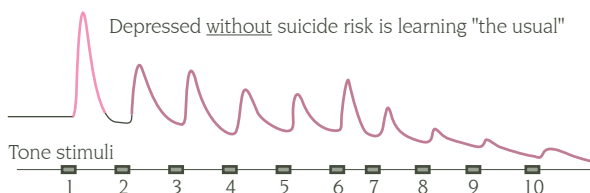
HALLAZGOS DESTACADOS SOBRE REACTIVIDAD ELECTRODÉRMICA

Thörell y colaboradores publicaron en 2013⁵ un estudio en 783 pacientes depresivos (126 pacientes con depresión bipolar y 539 pacientes con depresión unipolar; intervalo de edad entre 18 y 66 años). La muestra se recogió entre 1985 y 2002 en el sur de Alemania (Weissenau). La sensibilidad y la especificidad cruda para suicidio consumado e intento violento de suicidio fueron elevadas, siendo los pacientes con depresión bipolar los que tenían mayores prevalencias de hiporreactividad (alrededor de un 80% versus 67% en pacientes con depresión unipolar). Esto es consistente con las observaciones que aseveran que los pacientes con trastorno bipolar tienen el mayor riesgo de suicidio entre todos los

Figura 1. Test de reactividad electrodérmica

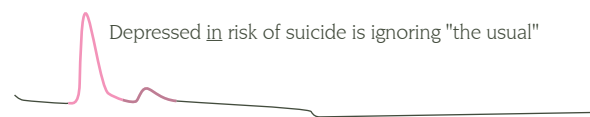
Class: Reactivity

Learning "the usual" in details



Class: HypoReactivity

Learning "the usual" is terminated already at 3rd stimulus



Tomado de Thörell, 2016⁴

pacientes con un trastorno del humor⁶, si bien es cierto que una prevalencia tan alta no puede extrapolarse a todos los pacientes con un trastorno bipolar, puesto que esta muestra comprendía a pacientes que en parte estaban hospitalizados por riesgo de suicidio. Otros hallazgos de este estudio son que la hiporreactividad electrodérmica es independiente de la gravedad de la depresión, la ansiedad-rasgo, el sexo y la edad.

En la muestra se incluyeron también 26 pacientes con trastorno depresivo recurrente que fueron evaluados en dos momentos temporales para ver la estabilidad de la hiporreactividad. De entre estos, 20 de ellos fueron catalogados como hiporreactivos en un primer episodio, permaneciendo el 90% (18 pacientes) hiporreactivos en el siguiente. De los 6 pacientes inicialmente reactivos, el 100% pasó a hiporreactivo en el siguiente episodio. Concluía Thörell que la hiporreactividad electrodérmica es un marcador de rasgo de una enfermedad (en este caso propensión al suicidio) ya que es una medida objetiva que muestra alta sensibilidad y especificidad cruda para la enfermedad a lo largo del tiempo.

Cabe aclarar que Thörell considera que la especificidad cruda (*raw specificity*) es mejor índice de validez que la especificidad. En el caso de la reactividad electrodérmica sería el porcentaje de reactivos que no tiene un comportamiento suicida, lo cual equivaldría al concepto de Valor Predictivo Negativo del test, que es la capacidad de dar un resultado negativo a las personas que realmente no presentaron conducta suicida, evitando así la inclusión de falsos negativos, o lo que es lo mismo, la estimación de la probabilidad de ausencia de conducta suicida cuando el test es negativo.

Hiporreactividad y comportamiento suicida

La hiporreactividad es más frecuente en pacientes depresivos hospitalizados (56-80%) frente a pacientes ambulatorios (13-23%) según Thörell, 2009⁷. Además, es un buen marcador de riesgo suicida en pacientes depresivos^{6,7}, independientemente de la gravedad de la depresión, ansiedad-rasgo, sexo y edad⁵. Como vimos, en pacientes con trastorno bipolar es un predictor de suicidio y tentativa suicida violenta⁵.

Además, parece ser un marcador de rasgo, por cuanto se llega a ella a través de la repetición de episodios depresivos⁹, está presente durante el episodio⁵, y parece ser independiente de la efectividad del tratamiento antidepresivo utilizado^{10,11,12}; si bien esta aseveración es aún controvertida¹³.

Cabe señalar que la hiporreactividad electrodérmica también se detecta en otros grupos diagnósticos como en el 50% de los pacientes con esquizofrenia¹⁴ pero, hasta la fecha, no hay hallazgos descritos de asociación entre comportamiento suicida e hiporreactividad en pacientes con esquizofrenia u otros diagnósticos como trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada.

Hiporreactividad y psicopatología en depresión

La hiporreactividad es independiente de la gravedad de la depresión evaluada mediante las escalas *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), *Beck-Depression Inventory* (BDI)^{5,7}, e independiente de cada uno de los ítems de la MADRS salvo "inhibición psicomotriz"⁷. Es además independiente del curso evolutivo de la depresión y de la existencia de autoagresiones previas^{5,7,15}.

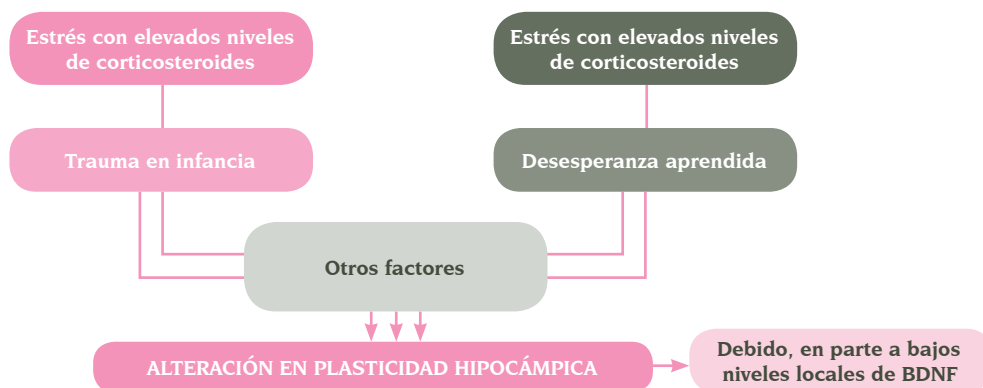
En lo que respecta al curso evolutivo, parece ser un buen indicador de estabilidad tras uno^{11,15} y dos años de remisión^{17,18}. Además es independiente del tratamiento antidepresivo y sus resultados^{19,20,21,22} y parece existir una tendencia a la hiporreactividad con la repetición de episodios^{5,23}.

Por último, y según la literatura, la concordancia en la actividad electrodérmica en gemelos dicigóticos es la mitad que en gemelos monocigóticos sanos²⁴.

FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPORREACTIVIDAD ELECTRODÉRMICA Y SUICIDIO

Para Thörell la respuesta de hiporreactividad podría estar relacionada con una alteración en la plasticidad del hipocampo (si bien es cierto que otras teorías alternativas ponen el foco en lesiones neuroanatómicas a nivel del córtex prefrontal), que a su vez, podría estar en relación con diversos factores tales como estrés y elevados niveles de corticosteroides, procesos inflamatorios a nivel cerebral, desesperanza aprendida u otros factores, que a su vez tendrían como consecuencia una hipofuncionalidad del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) a dicho nivel²⁵ (**Figura 2**).

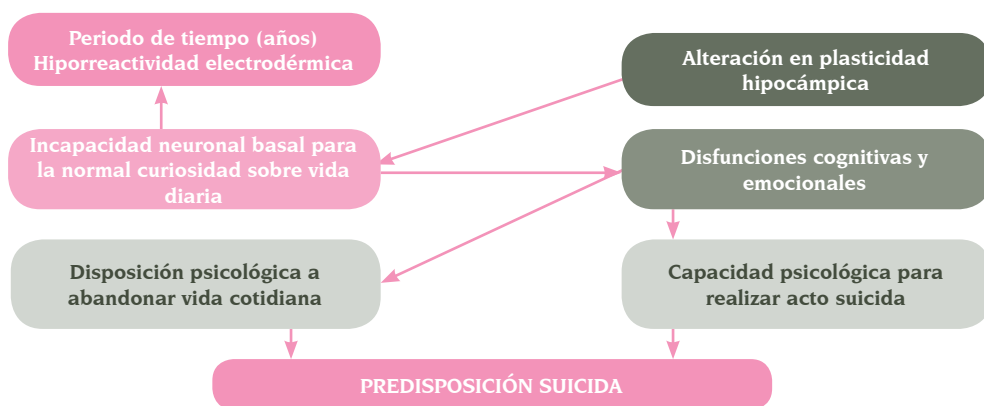
Figura 2. Modelo explicativo de alteración de plasticidad hipocámpica



La alteración de la funcionalidad del hipocampo traería consigo diferentes consecuencias entre las que cabe señalar alteraciones perceptivas, cognitivas y emocionales, que a su vez pueden contribuir a la aparición de ideación suicida. Concretamente, la afectación de las neuronas CA3 hipocámpicas (relacionadas con el aprendizaje) se acompaña de un inadecuado reconocimiento de estímulos neutros, así como de la presencia de situaciones de daño inminente²⁶ (**Figura 3**).

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. A pesar de que existen algunos factores de riesgo ya identificados, las bases neurobiológicas del suicidio no están en absoluto bien esclarecidas, si bien, se han enfocado particularmente hacia la disfunción del sistema

Figura 3. Modelo explicativo de predisposición a comportamientos suicidas



serotoninérgico. Los primeros estudios indicaban que, en sujetos con intentos suicidas, se encuentran niveles reducidos del ácido 5-hidroxiindol- acético, principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico previo. Más adelante, algunos estudios post-mortem han identificado alteraciones en los receptores presinápticos (5-HT1A) y postsinápticos (5-HT2A, 5-HT1A) de la corteza prefrontal ventromedial. Esta disfunción, al parecer, se asocia con alteraciones en los genes que codifican la expresión de enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de la serotonina, aunada a una alteración en la expresión genética de factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales intervienen en la regulación funcional de las neuronas serotoninérgicas²³.

En conjunto, estas alteraciones se han relacionado con la vulnerabilidad o la diátesis para el comportamiento suicida en individuos con predisposición a la conducta violenta e impulsiva o autoagresiva. Además, confluye una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, confirmada por un incremento de la hormona adrenocorticotrófica y una reducción del número de receptores para esta hormona en la corteza prefrontal de suicidas. La corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se la ha implicado tanto en la fisiopatología de los trastornos afectivos como en el suicidio. Por medio de estudios con tomografía por emisión de positrones, se determinó que en los sujetos con intento de suicidio existe una hipofuncionalidad de la corteza prefrontal ventromedial, que se ha asociado con la impulsividad y la planificación de suicidio. También juegan un papel los factores de transcripción CREB (proteína ligada al AMP cíclico), que parecen estar disminuidos en la corteza prefrontal, hipocampo y amígdala de suicidas^{27,28}.

Jandl y sus colaboradores⁸, encontraron que había una habituación más rápida tanto en el AED como en el *Event Related Potential Novelty* (P3) en pacientes con trastorno depresivo mayor con una historia de intento de suicidio grave en comparación con aquellos que no habían tenido un intento.

ESTUDIO EUDOR-A

Se trata de un estudio europeo multicéntrico prospectivo longitudinal en el que participan 16 centros en Europa, entre otros dos de nuestro país: el Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid) y la Universidad de Oviedo (Asturias).

El estudio tiene como objetivos estudiar la efectividad y utilidad de la hiporreactividad electrodérmica medida por el test EDOR en la valoración del riesgo de suicidio en pacientes con trastorno depresivo primario y determinar la asociación entre hiporreactividad y autoagresiones intencionadas (como suicidio o intento de suicidio), con y sin intencionalidad de muerte/método violento²⁹.

Además, pretende conocer la influencia de la edad, sexo, comorbilidad médica y psiquiátrica y de la medicación concomitante en esta asociación.

Son criterios de inclusión en el estudio: ser mayor de 18 años, cumplir criterios diagnósticos de depresión mayor uni o bipolar (CIE-10), aceptar participar en el estudio y firmar el pertinente consentimiento informado por escrito. Son criterios de exclusión aparte de no cumplir los anteriores: tener una incapacidad para comprender el significado o consecuencias del acto realizado, tener problemas auditivos (por la dificultad en la realización del test EDOR) y tener un trastorno por uso de sustancias.

En lo concerniente a aspectos éticos cumple la Declaración de Helsinki, el Convenio del Consejo de Europa Derechos Humanos y Biomedicina, la ley de protección de datos de carácter personal y la bioética, la ley 14/2007 de Investigación Biomédica y tuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica del Principado de Asturias en lo que respecta a nuestro centro.

Protocolo de evaluación y análisis estadístico

Incluye un protocolo de evaluación de comportamientos suicidas, y las siguientes herramientas psicométricas³⁰: Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS), Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia – Forma breve (CTQ-SF), Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE), Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). De igual modo, todos los pacientes incluidos en el estudio son evaluados mediante el test EDOR.

En primer lugar se realiza un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, clínicos y psicopatológicos de los pacientes incluidos en el estudio para posteriormente, detectar la existencia de posibles diferencias estadísticamente significativas en función de si tenían historia personal de tentativa suicida (TS) previa o no, a un nivel α del 5%, mediante los estadísticos de χ^2 para las variables categóricas y la *t* de Student, para aquellas variables continuas.

Seguidamente, se realizó un análisis de regresión logística, con el método hacia delante (RV), de las posibles variables con capacidad predictiva sobre la existencia de tentativas suicidas previas a la evaluación basal. Para ello, se realizaron primeramente análisis bivariados (χ^2 y *t* de Student) para determinar qué variables eran susceptibles de ser incluidas en el modelo, a las que se añadieron aquellas determinadas como posibles factores significativos por la literatura ya publicada³¹.

Resultados

En la **Tabla 1** se describen las principales características sociodemográficas de la muestra total. La muestra estaba mayoritariamente compuesta por mujeres [106 (65,8%)], con una edad media (SD)=54,13 (9,94) años, el estado civil más prevalente era casado/pareja [n=100 (62,1%)], la mayoría tenían hijos [n=125 (79,1%)], convivían con familia propia [n=114 (70,8%)], tenían un nivel de estudios primarios [n=83 (51,5%)], estaban laboralmente inactivos [n=12 (69,6%)], eran heterosexuales [n=159 (98,8%)] y creyentes [n=119 (73,9%)].

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Total n=161	Tentativa Suicida n=56	No Tentativa Suicida n=105	X ² (gl) / t Student*	p
Sexo [n (%)]					
Hombres	55 (34,2%)	15 (26,8%)	40 (38,1%)	1,605 (1)	0,205
Mujeres	106 (65,8%)	41 (73,2%)	65 (61,9%)		
Edad [Media SD]					
	54,13 (9,94)	52,36 (10,75)	55,90 (9,14)	2,198 (159)*	0,029
Estado civil [n (%)]					
Solteros	17 (10,6%)	6 (10,7%)	11 (10,5%)	0,635 (3)	0,888
Casados / Pareja	100 (62,1%)	33 (58,9%)	67 (63,8%)		
Separado / Divorciado	32 (19,9%)	13 (23,2%)	19 (18,1%)		
Viudo	12 (7,4%)	4 (7,1%)	8 (7,6%)		
Hijos [n (%)]					
Sí	125 (79,1%)	40 (71,4%)	85 (83,3%)	2,422 (1)	0,120
No	33 (20,9%)	16 (28,6%)	17 (16,7%)		
Convivencia [n (%)]					
Padres	16 (9,9%)	5 (8,9%)	11 (10,5%)	4,088 (4)	0,394
Hijos	59 (36,6%)	18 (32,1%)	41 (39%)		
Pareja	55 (34,2%)	21 (37,5%)	34 (32,4%)		
Solo	27 (16,8%)	12 (21,4%)	15 (14,3%)		
Otros	4 (2,5%)	0 (0,0%)	4 (3,8%)		
Nivel de estudios [n (%)]					
Primarios	83 (51,5%)	28 (50,0%)	55 (52,4%)	1,467 (2)	0,480
Secundarios / Bachiller	55 (34,1%)	22 (39,3%)	33 (31,4%)		
Universitarios	23 (14,3%)	6 (10,7%)	17 (16,2%)		
Situación laboral [n (%)]					
Trabajan	31 (19,3%)	9 (16,1%)	22 (21%)	0,629 (2)	0,730
No trabajan	112 (69,6%)	40 (71,4%)	72 (68,6%)		
Estudiantes / Amas de casa	18 (11,2%)	7 (12,5%)	11 (10,5%)		
Orientación sexual [n (%)]					
Heterosexual	159 (98,8%)	55 (98,2%)	104 (99%)	0,000 (1)	1,000
Otros	2 (1,2%)	1 (1,8%)	1 (1%)		
Religiosidad [n (%)]					
Creyente	119 (73,9%)	32 (57,1%)	87 (82,9%)	11,226 (1)	0,001
No creyente	42 (26,1%)	24 (42,9%)	18 (17,1%)		

SD = Desviación estándar

En la **Tabla 2** se describen las características clínicas de la muestra. Desde un punto de vista clínico, la mayoría tenían alguna enfermedad somática en el momento de la evaluación [n=114 (70,8%)]. En cuanto al consumo de drogas, lo más frecuente era el no consumo de tabaco [n=98 (60,9%)] ni de alcohol [n=115 (71,4%)], siendo inexistente el consumo de drogas ilegales. El 34,7% de la muestra (n=56) tenían antecedentes personales de TS previas y la mayoría [n=132 (82%)] no tenían antecedentes familiares de TS, ni de suicidio consumado [n=131 (81,4%)].

En relación a su diagnóstico, la mayoría NO habían tenido episodios depresivos previos al que motivó su inclusión en el estudio [n=86 (53,4%)], con una puntuación media (SD) en la escala HDRS de 18,29 (6,03). La mayor parte de los pacientes fueron reactivos al test EDOR [n=118 (73,3%)]. Las puntuaciones medias (SD) en las diferentes escalas utilizadas fueron las siguientes: ideación suicida C-SSRS=3,52 (1,39), CTQ-Total=45,72 (14,83), LTE-Brugha=2,81 (0,92) y BIS Total=63,91 (11,89).

Los pacientes con TS: tienen una edad significativamente más joven ($p=0,029$), son más frecuentemente no creyentes ($p=0,001$), consumen con más frecuencia tabaco ($p=0,026$), presentan mayor gravedad de la ideación suicida según la C-SSRS ($p=0,000$), mayor puntuación en la CTQ-negligencia emocional ($p=0,039$), BIS-planificación ($p=0,003$) y PLE ($p=0,026$) y son más frecuentemente hiporreactivos con el test EDOR ($p=0,005$).

Para la realización del análisis de regresión logística hacia delante se tuvieron presentes la edad y el sexo, así como el resto de variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariado añadiéndose otras variables consideradas como posibles factores significativos de riesgo en la literatura³¹. Se añadieron, por tanto, las variables Religiosidad, Consumo de Tabaco, Test EDOR, puntuación en la Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (CTQ) y sus diversas subescalas, puntuación en la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) y sus diversas subescalas, Escala de Acontecimientos Vitales Brugha, Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PLE) y Suicidio Consumado en el Medio) y se retiró la Escala Columbia por considerarse redundante. En la **Tabla 3** se muestran las variables predictoras de antecedentes personales de tentativa suicida.

Según el modelo utilizado, las únicas variables con una capacidad predictiva significativa para los antecedentes personales de tentativas previas fueron la Religiosidad (no creyente) (OR=2,347; $p=0,054$; IC 95%: 0,987-5,586), el consumo de tabaco (OR=2,272; $p=0,043$; IC 95%: 1,024-5,050), hiporreactividad según el test EDOR (OR=2,959; $p=0,011$; IC 95%: 1,277-6,849), Escala de Impulsividad de Barratt subescala Impulsividad (OR=1,142; $p=0,002$; IC 95%: 1,048-1,243) y subescala Cognitiva (OR=0,891; $p=0,033$; IC 95%: 0,800-0,991). Estos valores indican que un incremento de un punto en el resultado de la Escala de Impulsividad de Barratt subescala Impulsividad se relaciona con un incremento del riesgo de tentativa suicida de 1,142 veces, mientras que ese mismo incremento en la subescala Cognitiva se relaciona con una disminución del riesgo de 0,891, siendo reseñable precisar que el predictor más potente de dicho modelo fue la hiporreactividad EDOR, que fue la variable predictora que obtuvo el mayor OR.

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

	Total n = 161	Tentativa Suicida n = 56	No Tentativa Suicida n = 105	X ² (gl) / t Student*	p
Enfermedad Somática [n (%)]					
Sí	114 (70,8%)	38 (67,9%)	76 (72,4%)	0,176 (1)	0,675
No	47 (29,2%)	18 (32,1%)	29 (27,6%)		
Consumo drogas [n (%)]					
Tabaco					
Sí	63 (39,1%)	29 (51,8%)	34 (32,4%)	4,988 (1)	0,026
No	98 (60,9%)	27 (48,2%)	71 (67,6%)		
Alcohol					
Sí	46 (28,6%)	12 (21,4%)	34 (32,4%)	1,644 (1)	0,200
No	115 (71,4%)	44 (78,6%)	71 (67,6%)		
AF Tentativa Suicidio [n (%)]					
Sí	29 (18%)	11 (19,6%)	18 (17,1%)	0,032 (1)	0,859
No	132 (82%)	45 (80,4%)	87 (82,9%)		
AF Suicidio consumado [n (%)]					
Sí	30 (18,6%)	11 (19,6%)	19 (18,1%)	0,001 (1)	0,978
No	131 (81,4%)	45 (80,4%)	86 (81,9%)		
AP Suicidio Medio					
Sí	10 (6,2%)	7 (12,5%)	3 (2,9%)	4,292 (1)	0,038
No	151 (93,8%)	49 (87,5%)	102 (97,1%)		
Episodio depresivo único [n (%)]					
Sí	75 (46,6%)	19 (33,9%)	49 (46,7%)	1,935 (1)	0,119
No	86 (53,4%)	37 (66,1%)	56 (53,3%)		
Test EDOR [n (%)]					
Reactivos	118 (73,3%)	33 (58,9%)	85 (81%)	7,960 (1)	0,005
Hiporreactivos	43 (26,7%)	23 (41,1%)	20 (19%)		
HDRS [Media (SD)]	18,29 (6,03)	18,93 (5,55)	17,63 (6,53)	-1,237(159)*	0,218
HDRS [n (%)]					
0-14	37 (23,0%)	8 (14,3%)	29 (27,6%)	2,954(1)	0,086
≥ 15	124 (77,0%)	48 (85,7%)	76 (72,4%)		
Ideación suicida C-SSRS [Media (SD)]	3,52 (1,39)	4,7 (0,99)	2,34 (1,79)	-10,739 (159)*	0,000
CTQ Total [Media (SD)]	45,72 (14,83)	47,82 (15,72)	43,63 (13,94)	-1,730 (157)*	0,086
CTQ-Emocional	7,61 (3,91)	7,88 (3,92)	7,36 (3,91)	-0,794 (157)*	0,428
CTQ-Físico	9,45 (2,08)	9,70 (2,23)	9,21 (1,93)	-1,424 (157)*	0,157
CTQ-Sexual	5,58 (2,28)	5,77 (3,06)	5,39 (1,51)	-1,047 (157)*	0,297
CTQ-Negligencia emocional	10,25 (4,98)	11,11 (5,13)	9,40 (4,83)	-2,084 (157)*	0,039
CTQ-Negligencia física	10,05 (2,15)	9,82 (1,85)	10,28 (2,46)	1,222 (157)*	0,223
LTE Brughla [Media (SD)]	2,81 (0,92)	2,91 (0,94)	2,72 (0,90)	-1,254 (158)*	0,212
BIS-11 Total [Media (SD)]	63,91 (11,89)	65,56 (12,51)	62,26 (11,28)	-1,669 (154)*	0,097
BIS-11-Cognitiva	18,07 (4,23)	18,00 (4,34)	18,14 (4,13)	0,194 (154)*	0,846
BIS-11-Motora	21,95 (5,46)	22,30 (5,39)	21,61 (5,53)	-0,746 (154)*	0,457
BIS-11-Planificación	23,89 (5,45)	25,26 (5,92)	22,52 (4,99)	-3,055 (154)*	0,003
PLE [Media (SD)]	2,10(1,64)	2,43(2,83)	1,78(0,45)	-2,244 (150)	0,026

AP Suicidio Medio: que conozcan a alguien en su medio, con quien no tengan lazos cosanguíneos, que se haya suicidado BIS-11: Escala de impulsividad de Barrat; C-SSRS: Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio; CTQ: Cuestionario de acontecimientos traumáticos en la infancia; EDOR: Reactividad electrodérmica; HDRS: Escala de depresión de Halmilton; LTE: Escala de acontecimientos vitales estresantes; SD: Desviación estándar.

Tabla 3. Variables predictoras de antecedentes personales de tentativa suicida

	B	SE	Wald	df	p	OR	IC 95%
Religiosidad (no creyente)	-0,853	0,442	3,725	1	0,054	2,347	0,987 – 5,586
Consumo de Tabaco	-0,821	0,407	4,076	1	0,043	2,272	1,024 – 5,050
Hiporreactividad EDOR	-1,083	0,428	6,415	1	0,011	2,959	1,277 – 6,849
BIS-Impulsividad	0,133	0,044	9,265	1	0,002	1,142	1,048 – 1,243
BIS-Cognición	-0,116	0,055	4,522	1	0,033	0,891	0,800 - 0,991
Constante	0,141	1,136	0,015	1	0,901	1,151	

En cuanto a los índices de validez del modelo, la sensibilidad fue del 41,2%, la especificidad del 87,8%, el valor predictivo positivo (VPP) del 63,64% y el valor predictivo negativo (VPN) del 74,14%.

CONCLUSIONES

Los estudios científicos sobre el valor predictivo de diferentes métodos de evaluación del riesgo de suicidio tienen muchas limitaciones (p. ej. diferentes variables de medida, enfocados a la prevención a largo plazo en lugar de en el riesgo a corto plazo). Hasta la fecha, los modelos y las escalas propuestas para valorar riesgo de suicidio demuestran una fiabilidad y validez insuficiente y fallan claramente a la hora de predecir el nivel de riesgo de suicidio individual. Los biomarcadores y las medidas neuropsicológicas arrojan resultados prometedores, que podrían incluso soslayar alguna de las limitaciones de los métodos de autoinformación. Si bien, en el momento actual, la combinación de mediciones de múltiples dominios sigue siendo la aproximación más efectiva en la valoración del riesgo de suicidio. En este sentido, los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren que la hiporreactividad electrodérmica podría ser un buen biomarcador de riesgo de TS en pacientes con trastornos depresivos. No obstante, para poder confirmar dicha aseveración son necesarios estudios que repliquen estos hallazgos y sobre todo estudios de seguimiento que pongan de manifiesto su utilidad en la predicción de eventos futuros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woodworth R, Schlosberg H. *Psicología Experimental*. Buenos Aires: Eudeba; 1971.
2. Martínez Selva J M. *Inhibición latente y decremento de la respuesta incondicionada en el condicionamiento electrodérmico*. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1981;36:795-801.
3. Biomarkers Definitions Working Group. *Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework*. *Clin Pharmacol Ther*. 2001;69(3):89-95.
4. Thörell LH. *Theoretic framework around electrodermal hyporeactivity and vulnerability to suicide*. En: *Ponencia presentada en el 16th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB16)*; Oviedo; 2016.
5. Thörell LH, Wolfersdorf M, Straub R, Steyer J, Hodgkinson S, Kaschka WP, et al. *Electrodermal hyporeactivity as a trait marker for suicidal propensity in uni- and bipolar depression*. *J Psychiatr Res* 2013;47(12):1925-1931.
6. Bernstein AS, Frith CD, Gruzelier JH, Patterson T, Straube E, Venables PH, et al. *An analysis of the skin conductance orienting response in samples of American, British, and German schizophrenics*. *Biological Psychology* 1982;14:155-211.
7. Thörell LH. *Valid electrodermal hyporeactivity for depressive suicidal propensity offers links to cognitive theory*. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(5):338-349.
8. Jandl M, Steyer J, Kaschka WP. *Suicide risk markers in major depressive disorder: a study of electrodermal activity and event-related potentials*. *J Affect Disord* 2010;123(1-3):138-149.
9. Sheline YI. *3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity*. *Biol Psychiatry* 2000;48(8):791-800.
10. Toone BK, Cooke E, Lader MH. *Electrodermal activity in the affective disorders and schizophrenia*. *Psychol Med* 1981;11(3):497-508.
11. Storrie MC, Doerr HO, Johnson MH. *Skin conductance characteristics of depressed subjects before and after therapeutic intervention*. *J Nerv Ment Dis* 1981;169(3):176-179.
12. Janes CL. *Electrodermal recovery and stimulus significance*. *Psychophysiology* 1982;19(2):129-135.
13. Hellewell JS, Guimaraes FS, Wang M, Deakin JF. *Comparison of buspirone with diazepam and fluvoxamine on aversive classical conditioning in humans*. *Journal of Psychopharmacology* 1999;13(2):122-127.
14. Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
15. Edman G, Asberg M, Levander S, Schalling D. *Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in suicidal patients*. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(6):586-592.
16. Iacono WG, Lykken DT, Haroian KP, Pelloquin LJ, Valentine RH, Tuason VB. *Electrodermal activity in euthymic patients with affective disorders: one-year retest stability and the effects of stimulus intensity and significance*. *J Abnorm Psychol* 1984;93(3):304-311.
17. Thörell LH, Kjellman BF, d'Elia G, Kågedal B. *Electrodermal activity in relation to cortisol dysregulation in depressive patients*. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78(6):743-753.
18. Thörell LH, d'Elia G. *Electrodermal activity in depressive patients in remission and in matched healthy subjects*. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78(2):247-53.
19. Noble P, Lader M. *The symptomatic correlates of the skin conductance changes in depression*. *J Psychiatr Res* 1971;9(1):61-69.
20. Thörell LH, D'elia G. *Electrodermal responsivity and suicide risk*. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(12):1112.
21. Thörell LH, Kjellman BF, d'Elia G. *Electrodermal activity in relation to diagnostic subgroups and symptoms of depressive patients*. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(6):693-701.
22. Thörell LH, Kjellman BF, d'Elia G. *Electrodermal activity in antidepressant medicated and unmedicated depressive patients and in matched healthy subjects*. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(6):684-92.
23. Thörell LH. *Electrodermal activity in suicidal and nonsuicidal depressive patients and in matched healthy subjects*. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(4):420-430.
24. Lykken DT, Iacono WG, Haroian K, McGue M, Bouchard TJ Jr. *Habituation of the skin conductance response to strong stimuli: a twin study*. *Psychophysiology* 1988;25(1):4-15.
25. Dwivedi Y. *Brain-Derived Neurotrophic Factor in Suicide Pathophysiology*. En: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012.

26. Mangina CA, Sokolov EN. *Neuronal plasticity in memory and learning abilities: theoretical position and selective review*. *Int J Psychophysiol* 2006;60(3):203-214.
27. Sudol K, Mann JJ. *Biomarkers of suicide attempt behavior: towards a biological model of risk*. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(6):31.
28. Gutiérrez-García AG, Contreras CM. *El suicidio y alguno de sus correlatos neurobiológicos, primera parte*. *Salud Mental* 2008;31:321-330.
29. Sarchiapone M, Iosue M, Carli V, Amore M, Baca-García E, Batra A, et al. *EUDOR-A multi-centre research program: A naturalistic, European Multi-centre Clinical study of EDOR Test in adult patients with primary depression*. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):108-117.
30. García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Saiz Martínez PA, Parellada Redondo M, Bousoño García M, Bobes García J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 7ª Ed*. Madrid: Cyesan; 2015.
31. Burón P, Jiménez-Treviño L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. *Reasons for attempted suicide in Europe: prevalence, associated factors, and risk of repetition*. *Arch Suicide Res* 2016;20(1):45-58.

Intervenciones clínicas sobre las conductas autolíticas: de la guía al protocolo de actuación

6

F. Gotor Sánchez-Luengo, S. Leopoldo Romero Guillena, BO. Plasencia García de Diego

INTRODUCCIÓN

La magnitud global del problema viene reflejada en unas cifras de aproximadamente 800.000 muertes por suicidio consumado al año. Con una tasa anual global de 10,7 por 100.000, constituyó la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años en 2015^{1,2}. En España las muertes en 2015 por esta causa fueron de 3.062 (3.910 en 2014) constituyendo la primera causa de muerte no natural en nuestro país³.

Entre el 15 y 25% de los pacientes que han presentado conductas autolíticas las repetirán al año, estimándose que por cada suicidio existen aproximadamente 50 intentos de suicidio. La conducta autolítica constituye el principal factor de riesgo para un suicidio consumado en la población general¹. Sin embargo, una conducta autolítica de repetición conlleva igualmente importantes repercusiones a nivel de deterioro de la calidad de vida, funcionamiento social y costes socio-sanitarios^{1,4}.

El suicidio sigue constituyendo uno de los principales desafíos no solo de la psiquiatría, sino de la política sanitaria en general. La necesidad de dar una respuesta a un problema de tan creciente complejidad ha dado lugar a la aparición de una ingente cantidad de guías clínicas, todas ellas con un enfoque multidisciplinar, pero cuya homogeneización es aún mejorable. Bernert et al.⁵ realizaron en 2014 una revisión sistemática de la literatura en la que analizaron 10 guías de práctica clínica, así como otras 12 fuentes documentales (protocolos, recomendaciones, etc.) sobre prevención de suicidio y manejo de las conductas autolíticas. Encontraron que en la mayoría se ofrecían unas adecuadas recomendaciones sobre la identificación de factores de riesgo y protección, así como de intervenciones en conductas autolíticas. Sin embargo, existían importantes discrepancias y falta de consenso en elementos tan importantes como una adecuada estratificación del riesgo, consideraciones ético-legales, prácticas de posvención y asesoramiento para la formación de los clínicos en dichas guías.

Centrándonos en las intervenciones sobre las conductas autolíticas, las recomendaciones de las diferentes guías clínicas a lo largo de los últimos años han sido variadas, aunque han evolucionado de una forma más o menos homogénea paralelamente con las evidencias acumuladas.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

En este punto, los grados de recomendación así como los diferentes niveles de evidencia no han sufrido grandes modificaciones a lo largo de los años.

En la primera guía publicada por el *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* en 2004⁶ no se establecen recomendaciones farmacológicas específicas para estos pacientes, a pesar de que un ensayo clínico de flupentixol versus placebo arrojase resultados positivos en la disminución de la repetición de las conductas autolíticas⁷. La recomendación del uso de flupentixol no llegó a materializarse dado el alto número de repeticiones registradas en dicho estudio en el grupo control (75%) que sugieren la posibilidad de la existencia de un error tipo alfa, así como por la ausencia de trabajos posteriores que hayan podido replicar estos resultados.

Se hace mención al papel del posible efecto del litio a la hora de reducir el riesgo de suicidio, pero de acuerdo con una revisión Cochrane de 2001⁸ de 9 ensayos clínicos con litio como tratamiento de mantenimiento en diferentes trastornos afectivos, no se encontró suficiente evidencia sobre el efecto "antisuicida" de dicho agente, ni de su ventaja con respecto a otros eutimizantes en este aspecto.

La reedición de dicha guía en 2016⁹ no arroja muchas novedades, no encontrando pruebas sólidas de que ningún abordaje psicofarmacológico reduzca la repetición de las conductas autolíticas. Se recomienda el uso de antidepresivos, flupentixol o litio, solo cuando estén indicados y no para reducir única y específicamente el riesgo de autolisis. Otras guías clínicas como la del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) de 2011¹⁰ o la del Ministerio de Sanidad de 2012¹¹ no se apartan de dichas recomendaciones. Hay que señalar que, a diferencia de las anteriores, esta última guía recoge la recomendación del uso de clozapina en población esquizofrénica y esquizoafectiva para disminuir el riesgo de suicidio, a pesar de que, hasta la fecha, es el único antipsicótico con tal indicación reconocida por la FDA¹².

En la misma línea, las diferentes revisiones Cochrane realizadas hasta la fecha^{13,14} sostienen que no existen pruebas sólidas que aconsejen una intervención psicofarmacológica específica para reducir las conductas autolíticas.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES

Volviendo a escoger los mismos ejemplos de guías clínicas paradigmáticas basadas en la evidencia, podemos ver que en la guía publicada por el *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* en 2004⁶ las recomendaciones en este área se basan en la premisa de que ninguna intervención psicoterapéutica ha probado ser efectiva para todos los pacientes como grupo en la reducción de la repetición de las conductas autolíticas. Aun así, se señala la efectividad de la terapia dialéctico-conductual en mujeres con trastorno límite de personalidad, así como los programas de hospitalización parcial de orientación psicoanalítica para pacientes con este trastorno. Sin embargo, en la reedición de la misma guía en 2016⁹ se adopta una actitud diferente, pues la premisa básica es que, en conjunto, todas las intervenciones psicoterapéuticas y/o psicosociales pueden ser efectivas en la reducción de las conductas autolíticas en poblaciones no específicas, a pesar de que no hay pruebas de

calidad que señalen la efectividad de muchas de estas técnicas. Esto no es óbice para que en dicha guía se hagan recomendaciones específicas para poblaciones especiales, donde la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctico-conductual y la terapia basada en la mentalización son las más reseñadas.

La guía de la NICE de 2011¹⁰, en cambio, basa sus recomendaciones, más que en la orientación de las mismas, en aspectos más técnicos como el número de sesiones (de 3 a 12), el diseño individualizado de cada caso, la formación (y supervisión) específica que en este área ha de tener el terapeuta. También señala que en la terapia se podrían recoger elementos cognitivo-conductuales, psicodinámicos o de la terapia de resolución de problemas.

No existen tampoco grandes novedades en la guía del Ministerio de Sanidad de 2012¹¹, en donde las recomendaciones, eso sí, se centran más en terapias de orientación cognitivo-conductual, pero incluyendo aspectos concretos del espectro suicida. Se vuelve a señalar la terapia dialéctico-conductual para pacientes con trastorno límite de personalidad y, de manera específica en esta guía, la terapia interpersonal para población geriátrica con depresión mayor.

Las revisiones Cochrane en este área^{12,15} arrojan resultados muy similares, en donde existiría alguna evidencia, aunque pobre, de que la terapia cognitivo-conductual (y no ya la terapia de resolución de problemas, como se especificaba en la primera revisión de 1999¹²) podría reducir la repetición de conductas autolíticas en población no seleccionada. La terapia dialéctico-conductual no sería efectiva para reducir la proporción de pacientes que presentan conductas autolíticas de repetición, pero sí disminuiría la frecuencia de las mismas.

El mismo grupo que realizó ambas revisiones Cochrane explica en un reciente metaanálisis¹⁶ la dificultad para ofrecer recomendaciones claras y específicas dada la heterogeneidad de los estudios publicados (entornos asistenciales, poblaciones e intervenciones muy diferentes). Recalcan la escasez de ensayos clínicos y señalan un posible sesgo de publicación a favor de la terapia cognitivo-conductual. También hay que tener en cuenta que la escasa potencia de algunos resultados se puede deber a que muchos "*treatment as usual*" utilizados como comparadores pueden ser, y de hecho son, intervenciones relativamente bien estructuradas e intensivas, sobre todo en países desarrollados.

Dada la escasez y heterogeneidad de los ensayos clínicos, y las relativas contradicciones a la hora de recomendar unas intervenciones sobre otras, es necesario acudir a metarregresiones para determinar la capacidad de cada tipo de intervención para modificar los resultados finales que arrojan los metaanálisis. Hetrick et al.¹⁷ realizaron recientemente esta tarea. En primer lugar, llevaron a cabo un metaanálisis, que indicó que cualquier intervención psicológica y/o psicosocial tiene un efecto positivo no solo en disminuir la repetición de las conductas autolíticas, sino reduciendo la gravedad de los síntomas depresivos, la desesperanza, así como la ideación autolítica. Aunque los tamaños de los efectos son pequeños, estos son clínicamente relevantes, pues reducir la elevada tasa de repetición de conducta autolítica del 15-25% al año, aunque poco, ya es muy importante. Hay que destacar que el NNT en este estudio es de 33; otras recomendaciones firmemente asentadas como el uso de ácido acetil salicílico para prevenir eventos cardíacos es de 284¹⁸. En segundo lugar, realizaron una metarregresión, que no encontró evidencia de que el tipo de intervención modificase la magnitud de este efecto.

Una reflexión aparte merece la consideración que los BCIs (*Brief Contact Interventions*) han tenido en las diferentes guías y recomendaciones sobre el abordaje del suicidio y las conductas autolíticas. Se trata de intervenciones no intrusivas y de baja intensidad, que buscan mantener un contacto prolongado con el paciente. Normalmente se inician tras un primer contacto en el área de urgencias, con pacientes que han presentado conductas autolíticas. Suelen consistir en llamadas telefónicas, cartas, postales, SMS o "cartas verdes o de crisis" de emergencias. Aunque varias guías^{9,10} han valorado positivamente el potencial de estas intervenciones, dado su bajo coste y su fácil aplicabilidad y protocolización, otras revisiones^{12,14,15} no han encontrado que sean efectivas en la disminución de las conductas autolíticas.

Milner et al.¹⁹ en un metaanálisis realizado en 2015, observaron una reducción en las conductas autolíticas, pero dichos resultados no fueron significativos. Esto pudo deberse al número limitado de estudios incluidos (12, solo uno con un diseño aleatorizado doble ciego) a la heterogeneidad de las intervenciones, poblaciones, tiempos de seguimiento, etc. Es importante recalcar que no se encontró un aumento en las conductas autolíticas precipitadas por tales intervenciones, como los primeros estudios parecían indicar y como la primera guía de *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* en 2004⁶ señalaba.

Milner et al. vuelven a profundizar más en este aspecto, realizando posteriormente una revisión sistemática²⁰, en donde analizan los mecanismos subyacentes en estos BCIs. Este tema es importante para poder profundizar en los resultados positivos, aunque no significativos, de estas intervenciones. En líneas generales, los autores encontraron que se podían identificar tres grandes grupos de mecanismos: aquellos basados en un soporte social, otros en la psicoeducación para la prevención del suicidio y, por último, los que se basan más en un aprendizaje de conductas alternativas. La principal puerta abierta que deja este estudio sería la de investigar si son mecanismos independientes y, si lo son, cuál sería el que tendría más impacto en la reducción de las conductas autolíticas. Esto permitiría diseñar BCIs más homogéneos y efectivos.

MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS

En este apartado tratamos de valorar algunos de los aspectos que aún no han tenido cabida en las guías clínicas y que pueden constituir áreas para futuras investigaciones.

A nivel farmacológico, un ejemplo paradigmático de ello ha sido el papel de ketamina en la reducción de la ideación suicida. Se trata de un antagonista del receptor NMDA de glutamato, utilizado inicialmente como agente anestésico, en el que, por serendipia, se objetivó un rápido, potente, pero transitorio efecto antidepresivo a dosis "subanestésicas". Su utilidad, tanto en depresión unipolar como bipolar, ha sido reconocida²¹. Igualmente, también ha sido objetivado un rápido efecto sobre la ideación suicida²².

Bartoli et al. en un reciente metaanálisis²³ sobre el papel de ketamina en la reducción de la ideación suicida, encontraron un efecto positivo significativo a corto plazo, no detectando diferencias entre su administración en bolo o en infusión continua. Aunque, y no es menos importante, no encontraron datos de efectividad ni seguridad a largo plazo. Dado que ketamina tiene un potencial riesgo de abuso y dependencia, parece estar justificada su

ausencia actual en las recomendaciones de las guías clínicas. Sin embargo, ketamina podría tener un papel como abordaje de urgencia en la ideación o conductas autolíticas graves. Igualmente, es posible que también tenga un papel en la investigación de la neurobiología de la conducta autolítica.

Precisamente los mecanismos neurobiológicos subyacentes en las conductas autolíticas es otro área importante de reflexión. Las conductas autolíticas representan un fenómeno complejo, independiente del diagnóstico psiquiátrico, aunque influenciado por él²⁴. En los estudios de neuroimagen, se han podido objetivar reducciones en la sustancia gris de la corteza orbitofrontal, corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingulada anterior, ínsula, giro temporal superior y ganglios basales; así como un aumento en el volumen de la amígdala²⁵. Estos hallazgos son coherentes con los encontrados en los estudios neurofuncionales, en donde se han descrito alteraciones en la activación de la corteza cingulada anterior, que interviene en la toma de decisiones, así como una disfunción entre las conexiones de este área con la amígdala, mecanismo subyacente a la alteración en el procesamiento emocional observado en estos pacientes.

A la luz de estos hallazgos, Van Heeringen et al.²⁶ han expuesto una hipótesis sobre la neurocognición básica de los pacientes que presentan conductas autolíticas de repetición, en donde una corteza prefrontal hipoactiva no podría responder adecuadamente a los estímulos no emocionales e, igualmente, tendría dificultades para inhibir una hiperactivación límbica ante estímulos emocionales. El fenómeno de las conductas autolíticas de repetición podría ser así entendido como un síndrome de "desinhibición en escalada"²³.

Las implicaciones terapéuticas que una adecuada integración entre neurobiología, neuroimagen y neuroestimulación podrían acarrear son amplias y esperanzadoras. George et al.²⁷ realizaron un ensayo en el que aplicaron estimulación magnética transcraneal repetida sobre el córtex prefrontal dorsolateral de pacientes con ideación suicida, mejorando la misma tras tres días, administrando tres sesiones diarias. Es posible que la activación del córtex prefrontal dorsolateral incida en una activación de la corteza orbitofrontal, permitiendo una adecuada inhibición de la corteza cingulada anterior, lo que redundaría en una toma de decisiones más ajustada²³.

En este sentido, también sería necesario que las intervenciones psicoterapéuticas se diseñaran de acuerdo a las características cognitivas subyacentes que más pueden influir en el fenómeno de la conducta autolítica de cada caso particular.

En estas jornadas hemos presentado un trabajo que podría ejemplificar esta necesidad²⁸. En él estudiamos el papel que los déficits en Teoría de la Mente (ToM) pueden tener en la repetición de las conductas autolíticas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). La ToM es un importante dominio de la cognición social, que se define como la habilidad para atribuir estados mentales a nosotros mismos y los demás, y de este modo poder entender y predecir los comportamientos. Déficit en ToM han sido relacionados con las dificultades interpersonales y las conductas disruptivas en el TLP²⁹. Por ello, exploramos la posible correlación entre la ToM y el número de intentos de suicidio en los dos últimos años. Igualmente, tratamos de determinar si la impulsividad y la despersonalización son potenciales factores de confusión en esta posible correlación.

Reclutamos una muestra de 22 pacientes entre 18 y 65 años, con diagnóstico DSM-5 de TLP. Para valorar la capacidad para discriminar estados mentales se empleó el *Reading the Mind in the Eyes Test* (REMET) en su versión revisada. Este test comprende habilidades de la ToM, en la medida en que el sujeto tiene que reconocer estados mentales complejos y asociarlos con la expresión transmitida por la mirada de una imagen. Se evaluó la impulsividad de estos pacientes mediante la puntuación total de la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS) y los niveles de despersonalización mediante la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS).

La edad media de la muestra fue de 25,91 años ($\pm 7,20$). La media en el número de intentos de suicidios en los últimos dos años era de 3,09 ($\pm 2,30$).

Encontramos en nuestro estudio una fuerte correlación ($r = -0,701$; $p < 0,001$) entre el número de intentos de suicidio y la REMET. Ambas variables estaban relacionadas linealmente y esa relación era indirecta. No encontramos correlación entre el número de intentos y la BIS ($r = 0,273$). Igualmente, no hallamos correlación entre el número de intentos y la CDS ($r = 0,170$). Al realizar el análisis multivariante, se confirmó la correlación con la REMET y el número de conductas autolíticas ($\beta_1 = -0,632$; IC = $-0,88$; $-0,37$). Así pues pudimos observar que en nuestro trabajo existía una fuerte asociación entre un peor rendimiento en ToM y un mayor número de intentos de suicidio, no encontrando que la impulsividad ni los síntomas de despersonalización pueden ser potenciales factores de confusión.

Los déficits en ToM pueden ser un factor a tener en cuenta en el abordaje de las conductas autolíticas de pacientes con TLP. Creemos que una correcta evaluación de la cognición social ayudaría, no solo a identificar a un grupo de especial riesgo, sino a diseñar estrategias terapéuticas basadas en mejorar la ToM. En estos pacientes podría ser de especial interés diseñar estrategias en donde la intervención sobre los aspectos más emocionales de la ToM fuese lo nuclear.

CONCLUSIONES

En líneas generales, cualquier abordaje terapéutico dirigido al manejo de las conductas autolíticas puede ser valioso, teniendo en cuenta la creciente magnitud del problema.

Es necesario protocolizar aquellas medidas más realistas, de acuerdo a nuestro contexto asistencial más inmediato.

En casos complicados sería aconsejable diseñar estrategias más sofisticadas que, en un futuro, posiblemente vendrán derivadas de una buena integración entre neurocognición, neuroimagen y neuroestimulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turecki G, Brent CA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
2. World Health Organization. Mental health: suicide prevention. 2016. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/ (accedido el 6 de marzo de 2017).
3. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>. (accedido 6 de marzo de 2017).
4. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2014;9:e89944.
5. Bernert RA, Hom MA, Roberts LW. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management. *Acad Psychiatry* 2014;38:582-92.
6. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(11-12):868-84.
7. Montgomery SA, Montgomery DB, Jayanthi-Rani S, et al. Maintenance therapy in repeat suicidal behavior: a placebo controlled trial. *Procedente del 10th international congress for suicide prevention and crisis intervention* 1979;227-9.
8. Burgess SSA, Geddes J, Hawton KKE, et al. Lithium for maintenance treatment of mood disorders. *Cochrane Database of Syst Rev* 2001;(3): CD003013.
9. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(10):939-1000.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Self-harm: longer treatment management. NICE clinical guideline 133, 2011 (issued November 2011). Disponible en <http://www.nice.org.uk/cg133>.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
12. Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, Erbuto D, Serafini G, Fiorillo A, et al. Do Atypical Antipsychotics Have Antisuicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. *Int J Mol Sci*. 2016;17(10). pii: E1700.
13. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001764.
14. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD011777.
15. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD012189.
16. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:740-50.
17. Hetrick SE, Robinson J, Spittal MJ, Carter G. Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011024.
18. Xie M, Shan Z, Zhang Y, Chen S, Yang W, Bao W, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events: meta-analysis of randomized controlled trials and subgroup analysis by sex and diabetes status. *PLoS One*. 2014;9(10):e90286.
19. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015;206(3):184-90.
20. Milner AJ, Spittal MJ, Kapur N, Witt K, Pirkis J, Carter G. Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16:194.
21. Lee EE, Della Selva MP, Liu A, Himelhoch S. Ketamine as a novel treatment for major depressive disorder and bipolar depression: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(2):178-84.
22. Mallick F, McCullumsmith CB. Ketamine for Treatment of Suicidal Ideation and Reduction of Risk for Suicidal Behavior. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(6):61.

23. Bartoli F, Riboldi I, Crocamo C, Di Brita C, Clerici M, Carrà G. Ketamine as a rapid-acting agent for suicidal ideation: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;77:232-236.
24. De Cates AN, Broome MR. Can We Use Neurocognition to Predict Repetition of Self-Harm, and Why Might This Be Clinically Useful? A Perspective. *Front Psychiatry* 2016;7:7.
25. Cox Lippard ET, Johnston JA, Blumberg HP. Neurobiological risk factors for suicide: insights from brain imaging. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):S152-62.
26. van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaeke M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:824.
27. George MS, Raman R, Benedek DM, Pelic CG, Grammer GG, Stokes KT, et al. A two-site pilot randomized 3 day trial of high dose left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for suicidal inpatients. *Brain Stimul*. 2014;7(3):421-31.
28. Gotor Sánchez-Luengo F, Romero Guillena SL, Plasencia García de Diego BO. Importancia de la teoría de la mente en las conductas autolíticas de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Presentado en los VII Encuentros en Psiquiatría. *Conducta Suicida* 2017. PO-2053.
29. Baez S, Marengo J, Perez A, Huepe D, Font FG, Rial V, et al. Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *J Neuropsychol*. 2015;9(2):203-18.

**LIMITACIONES
EN EL ABORDAJE DE
LA CONDUCTA SUICIDA**

IV

¿Se benefician los pacientes de la investigación en suicidio?



E. Baca García, ML. Barrigón Estévez

INTRODUCCIÓN

En 2014, Silverman *et al.*¹ publicaron a partir de unas reuniones de consenso una lista de doce prioridades en la prevención del suicidio en Estados Unidos. Estos doce puntos están ligados a la idea de estratificar riesgos, determinar el tiempo de riesgo (el espacio temporal en el que hay más riesgo) e intervenir sobre las personas que están en riesgo de conducta suicida. Sobre esta estrategia, que se ha seguido en los últimos 50 años, se discutirá a lo largo de este capítulo en cuanto a los resultados obtenidos, las limitaciones, la situación actual y las posibilidades futuras en relación a la práctica clínica y teniendo en mente su impacto sobre los pacientes.

Las cifras mundiales de muerte por suicidio son cercanas al millón de personas². A nivel mundial el grupo más afectado son los jóvenes entre 16 y 25 años, siendo la tercera causa de muerte. Sin embargo, la distribución por edades es muy diferente según se trate de países en desarrollo o países desarrollados, lo que refleja a su vez la distinta estructura poblacional. Independientemente del nivel de desarrollo del país, la mortalidad por sui-

Tabla 1. Recomendaciones para la investigación en predicción de la conducta suicida

# GOAL	ASPIRATIONAL GOAL TOPIC
1	Know what leads to, or protects against, suicidal behavior, and learn how to change those things to prevent suicide.
2	Determine the degree of suicide risk (e.g., imminent, near-term, long-term) among individuals in diverse populations and in diverse settings through feasible and effective screening and assessment approaches.
3	Find ways to assess who is at risk for attempting suicide in the immediate future.
4	Ensure that people who are thinking about suicide but have not yet attempted receive interventions to prevent suicidal behavior.
5	Find new biological treatments and better ways to use existing treatments to prevent suicidal behavior.
6	Ensure that people who have attempted suicide can get effective interventions to prevent further attempts.
7	Ensure that healthcare providers and others in the community are well trained in how to find and treat those at risk.
8	Ensure that people at risk for suicidal behavior can access affordable care that works, no matter where they are.
9	Ensure that people getting care for suicidal thoughts and behaviors are followed throughout their treatment so they do not fall through the cracks.
10	Increase help-seeking and referrals for at-risk individuals by decreasing stigma.
11	Prevent the emergence of suicidal behavior by developing and delivering the most effective prevention programs to build resilience and reduce risk in broad-based populations.
12	Reduce access to lethal means that people use to attempt suicide.

cidio es una de las causas más frecuentes de muerte en jóvenes, en el caso de los países desarrollados porque afortunadamente el resto de causas potenciales como enfermedades infecciosas, congénitas y perinatales están controladas. En los países desarrollados, la mayoría de los suicidios se producen a partir de los 65 años, lo que se relaciona en este caso también con una mayor esperanza de vida en estos países.

Figura 1. Muertes por suicidio en el mundo anualmente

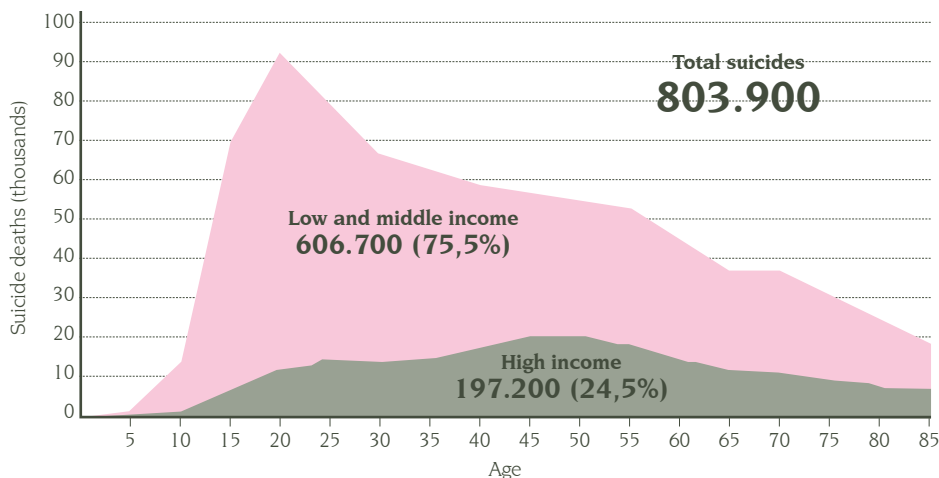
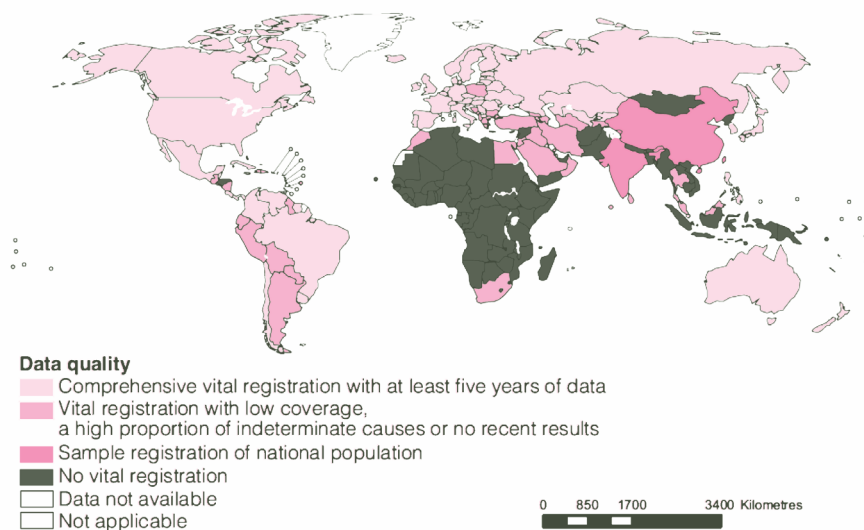


Figura 2. Sistemas de notificación de mortalidad en el mundo



La primera limitación en la investigación en conducta suicida es la falta de datos fiables en buena parte del planeta. Posiblemente lo descrito en el párrafo anterior sea una infravaloración de la realidad, ya que los sistemas de vigilancia epidemiológica son muy deficientes en muchos países, sobre todo en África y gran parte de Asia. Así, es probable que la realidad del suicidio en jóvenes sea muchísimo mayor².

Un indicador de la falta de repercusión de la investigación en los pacientes es la estabilidad en las tasas de suicidio. Cuando se observan las tasas de suicidio en los últimos 50 años se aprecia un patrón con ligeras variaciones, pero muy estable. Las variaciones pueden deberse a cambios en la metodología de notificación, registro y análisis de las tasas de suicidio; también puede haber cierto efecto estacional e incluso, como se ha sugerido, efectos socioeconómicos (crisis económicas, desempleo...). Lo que no hay en ningún caso es un descenso brusco y mantenido que se pueda relacionar con ninguna medida preventiva concreta.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La producción científica en suicidio ha crecido de una forma lineal desde 1950, suponiendo cerca del 0,3% del total de las publicaciones biomédicas. Comparado con lo publicado en psiquiatría, podemos constatar que ha disminuido su aportación a la especialidad, sobre todo en los últimos 15 años. Esto se debe, posiblemente, al aumento de las otras disciplinas de la psiquiatría. De hecho, el porcentaje de publicación en revistas biomédicas ha pasado de 1% en 2001 al 4% de todas las publicaciones en la actualidad.

Figura 3. Tasas de suicidio en diversos países entre 1950 y 2005

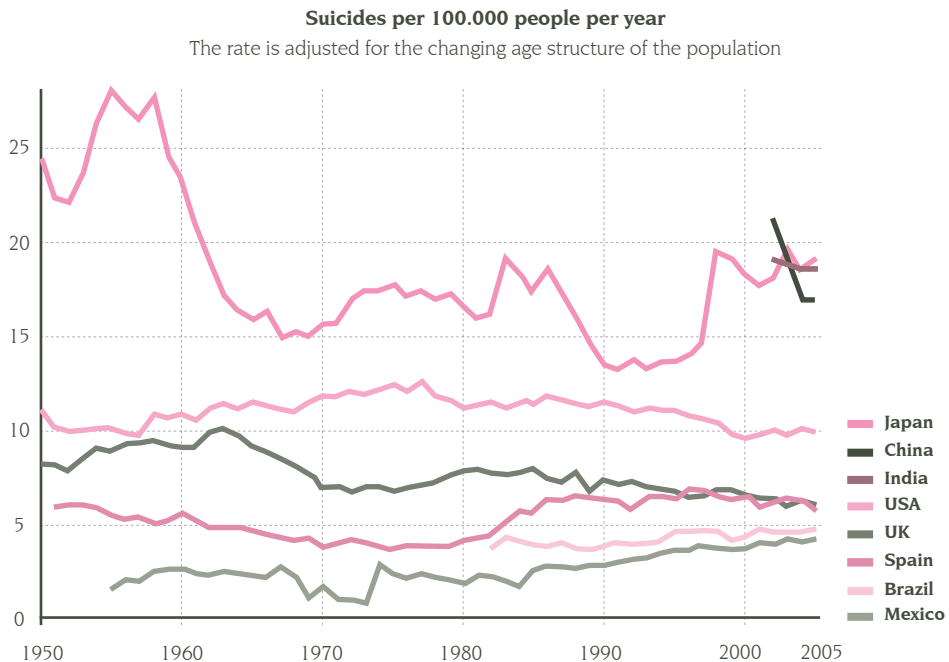
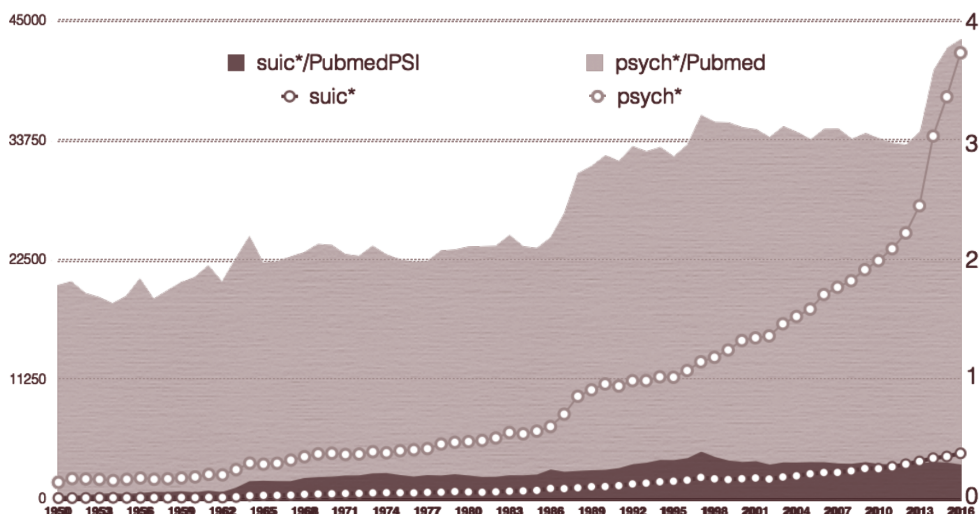


Figura 4. Número de publicaciones sobre psiquiatría y suicidio. En el eje derecho se representa el porcentaje respecto al total de la literatura biomédica



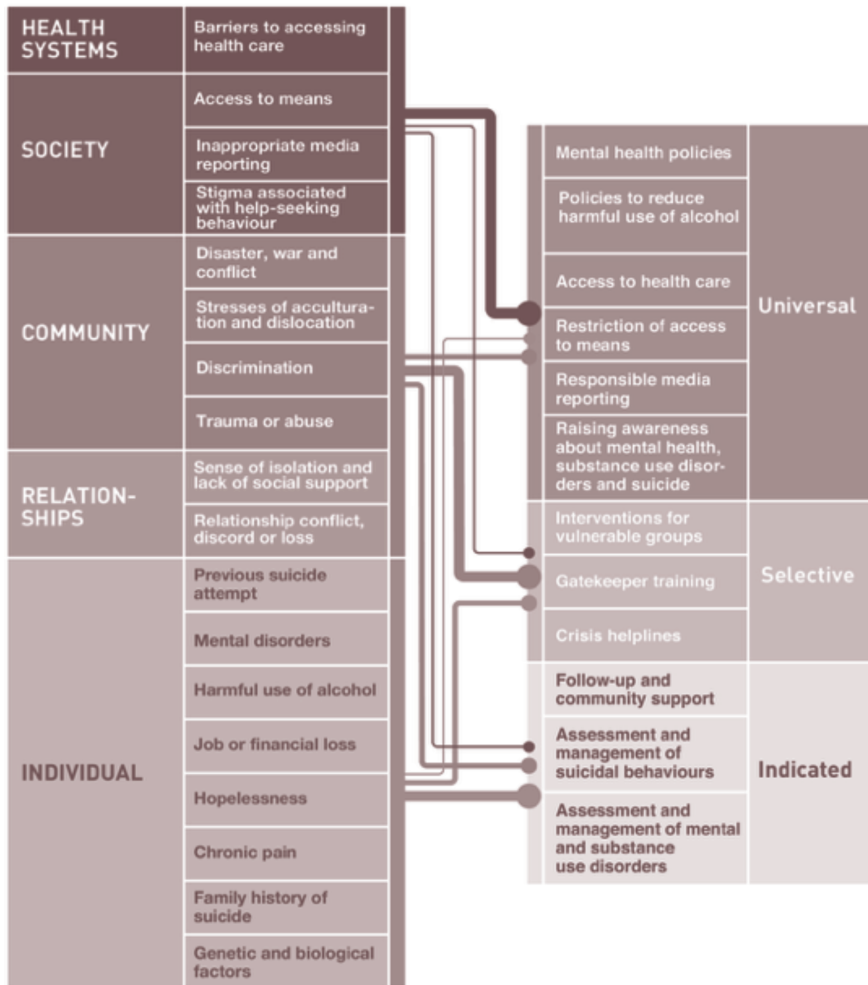
Otro tema de interés es observar la relación entre el número de publicaciones y las tasas locales de suicidio en el área donde se produce la investigación. Mientras que no sorprende que los mayores productores de literatura científica en suicidio sean países occidentales, lo que sí resulta sorprendente es que tengan tasas de suicidio relativamente bajas. El primer hecho a constatar es que el suicidio es un fenómeno con distribución geográfica, el segundo es que no se está estudiando el suicidio en los lugares donde su prevalencia es más elevada. Cabe cuestionarse, por tanto, la validez y universalización de los resultados que se obtienen en estos estudios. Al mismo tiempo, es una oportunidad y un desafío para la disciplina extender los estudios a áreas de alta prevalencia y bajo nivel de publicación, para replicar resultados y comprobar la validez de los modelos de conducta suicida que disponemos. Podríamos encontrarnos que las medidas de detección, de tratamiento y preventivas que sugiere la investigación en países occidentales no solo no resulte extrapolable, sino que pueda tener efectos opuestos³.

ESTRATEGIAS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Existe un importante cuerpo de literatura sobre los factores de riesgo de suicidio. Tal es así que la OMS en su documentación sobre la prevención del suicidio² establece una relación entre factores de riesgo y medidas preventivas de la conducta suicida.

Desde un punto de vista clínico, hay numerosos esquemas que relacionan los factores de riesgo y de protección, teniendo en cuenta su relación temporal (predisponentes, precipitantes) y su volatilidad (permanentes, dinámicos). A partir de ellos hipotetizan que se puede hacer una formulación del riesgo teniendo en cuenta el riesgo personal, el riesgo en relación al resto de la población y los recursos personales y sociales de que dispone el paciente⁴.

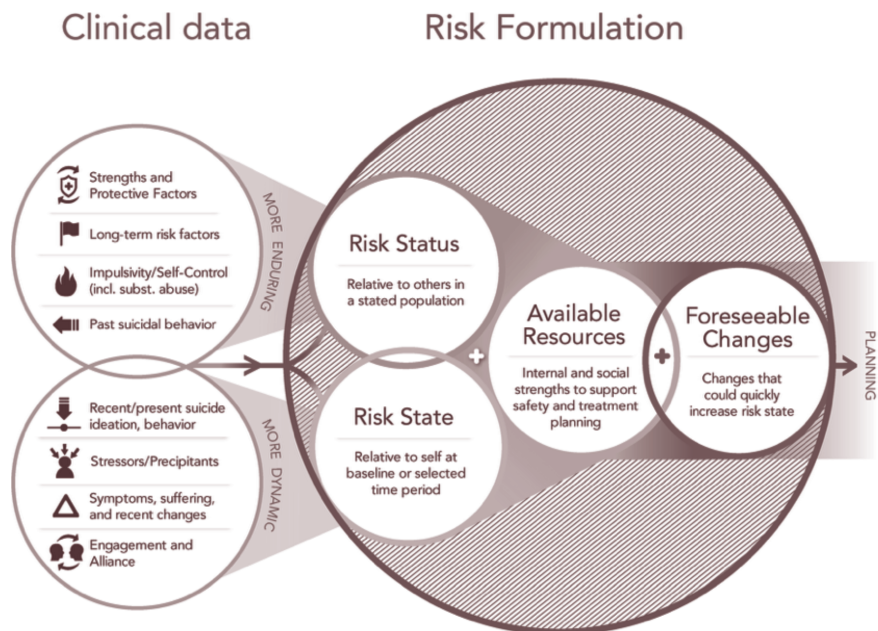
Figura 5. Relación entre factores de riesgo para la conducta suicida y medidas preventivas



La investigación en estos años ha mostrado que se dispone de intervenciones psicosociales que parecen ser eficaces sobre la ideación suicida a corto plazo⁵. También se dispone de intervenciones en la comunidad a través de facilitadores comunitarios que parecen prometedoras⁶. Por otro lado, se empiezan a acumular pruebas de la eficacia de fármacos para reducir de forma aguda la ideación suicida, lo que abre unas interesantes posibilidades terapéuticas y podría cambiar el modelo de intervención en crisis de la conducta suicida⁷.

Recientemente se han incorporado propuestas de modelos animales para la investigación en suicidio. Esto vendría a ampliar la potencia de la investigación en suicidio y acortaría los ciclos de producción científica testando hipótesis que ahora son muy difíciles de comprobar⁸.

Figura 6. Formulación de riesgo



De los doce objetivos señalados por Silverman¹ y recogidos en la introducción, el programa actual en investigación en suicidio los desarrolla prácticamente todos. Sin embargo, si observamos la traslación que tiene esta dedicación de esfuerzos a las tasas de suicidio, el resultado es un tanto desalentador. En las áreas geográficas de Europa y Estados Unidos en las que se está desarrollando esta investigación las tasas de suicidio no solo no han disminuido, sino que han aumentado o como mucho se han estabilizado⁹.

Figura 7. Evolución reciente de las tasas de suicidio



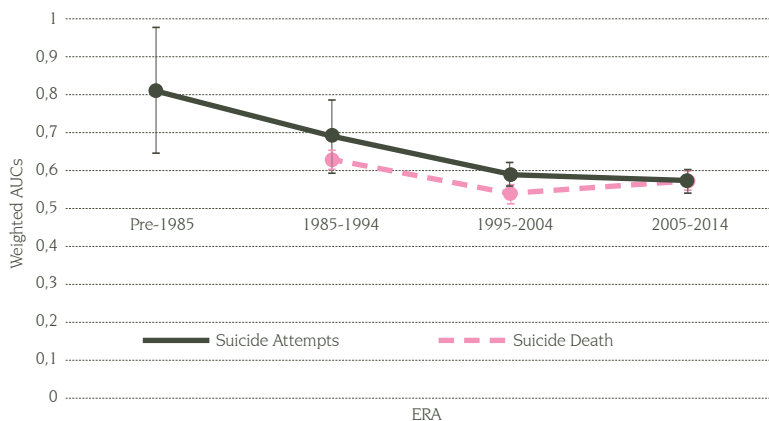
¿EXISTEN HERRAMIENTAS PARA PREDECIR EL RIESGO DE SUICIDIO?

Recientemente se han publicado una serie de trabajos demoledores, que cuestionan tanto los procedimientos de valoración de la conducta suicida como la utilidad clínica de las escalas^{1,10}. En estos artículos se combinan estudios prospectivos, meta-análisis y revisiones y alcanzan unas conclusiones consistentes que han dado lugar a un editorial de Mulder *et al.*¹¹ que directamente recomienda que se abandonen los procedimientos actuales. De especial interés resulta el trabajo de Tran *et al.*¹² sobre 7399 pacientes con riesgo suicida seguidos durante 180 días que demostró que sistemas automáticos de clasificación basados en datos administrativos y clínicos son muy superiores a la decisión de los clínicos. En este estudio, lo más sorprendente es que la previsión de los clínicos es ligeramente superior al azar.

Una vez establecido que no disponemos de sistemas de evaluación sistemáticos que nos ayuden a establecer el riesgo, el siguiente problema es comprobar si las estrategias de estratificación del riesgo pueden clasificar correctamente a los pacientes. Un meta-análisis de Chan y cols.¹³ revela que los factores de riesgo para los intentos de suicidio son muy comunes en los pacientes con trastornos mentales y, por tanto, muy poco útiles en la práctica clínica. Tampoco las noticias son buenas con los marcadores biológicos; el meta-análisis de Chang *et al.*¹⁴ muestra que los factores biológicos ligados al intento de suicidio y al suicidio consumado (consumo de aceite de pescado y citocinas), de tener algún efecto de cara a ser utilizados como marcadores de evolución es muy pequeño, nuevamente no relevante clínicamente.

Quizás el estudio más demoledor es un meta-análisis de la investigación en los últimos 50 años en factores clínicos de riesgo¹⁵. Este estudio revela cómo la capacidad de clasificación (area bajo la curva, AUC) de los factores de riesgo tanto para repetición de intentos de suicidio como de suicidio consumado en estudios de seguimiento ha disminuido en los últimos 50 años. Se recuerda al lector que el area bajo la curva es una medida de la capacidad de clasificación, un 0,5 equivale al azar (tirar una moneda al aire), se considera una buena capacidad clasificadora a partir de 0,8 y perfecta si alcanza el 1. Como vemos en la **Figura 8**, el área bajo la curva de la capacidad clasificadora de los factores de riesgo es ligeramente superior a tirar una moneda al aire.

Figura 8. Meta-análisis de los estudios de seguimiento para predecir reintentos y suicidios consumados utilizando factores clínicos de riesgo de la conducta suicida



Por último, en la línea de explicar por qué las tasas de suicidio no han bajado a pesar de las intervenciones e investigación, un meta-análisis de Riblet *et al.*¹⁶ muestra cómo en 72 ensayos clínicos, salvo una intervención de la OMS, "Brief intervention and contact" (BIC), distintas intervenciones no logran disminuir las muertes por suicidio.

Con todo ello, el editorial de Mulder *et al.*¹¹, previamente comentado, nos hace reflexionar sobre la validez clínica y preventiva del modelo basado en estratificación de riesgo. Este cuestionamiento tiene un importante matiz de responsabilidad profesional ante la sociedad, ya que, en opinión del autor, la psiquiatría asume una responsabilidad que no puede cumplir adecuadamente.

CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO DEL RIESGO

Quizás conviene una pequeña discusión sobre la naturaleza de los riesgos y las formas de enfrentarse a ellos. En un excelente tratado, Renn y Klinke¹⁷, han descrito las características de conocimiento del riesgo: complejidad, incertidumbre científica y ambigüedad política. Resumimos brevemente los conceptos que estos autores plantean y que son plenamente aplicables al suicidio.

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. 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 conocer 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, que 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, se encuentra 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 sino 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, ya que, 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 ambigüeda-

des 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 preguntas (Haines, 2016):

- ¿Qué puede ir mal?
- ¿Cuál es la probabilidad?
- ¿Consecuencias? ¿En qué tiempo?
- ¿Qué se puede hacer y cuáles son las opciones?
- ¿Costes, beneficios, riesgos?
- ¿Impacto de las decisiones actuales en las opciones de futuro?

Todas estas preguntas exigen respuesta a diario por parte de clínicos en distintos ámbitos de asistencia, y posiblemente, como hemos visto antes, con los datos disponibles no puedan responderlas. De ahí, que quizás el tema de la investigación en suicidio requiera un enfoque diferente.

En la **Tabla 2**, se resume la situación de la investigación en suicidiología. Es este un ámbito de conocimiento con una producción científica mantenida en los últimos 60 años con varias áreas del saber implicadas (sociología, psiquiatría, psicología, epidemiología, etc.), con importantes aportes metodológicos e incluso con modelos y teorías explicativas.

Tabla 2. Matriz DAFO

	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	Fortalezas: <ul style="list-style-type: none"> • Tradición • Instituciones • Multidisciplinar • Instrumentos • Modelos 	Debilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Métodos: definición • Resultados • <i>Right population</i>
EXTERNO	Oportunidades: <ul style="list-style-type: none"> • e-Health • P4 <i>systems medicine</i> '14 • PCT 	Amenazas: <ul style="list-style-type: none"> • "Muerte digna" • Estigma • Financiación • Dificultades CT • Acceso tratamiento

El suicidio sigue siendo una entidad difícil de encajar en las nosologías, con una definición cuestionable. Por otro lado, disponemos de datos parciales, extraídos de poblaciones con prevalencias moderadas, e incluso bajas, de suicidio. Además, el volumen de conocimiento generado apenas tienen una traslación clara en la clínica.

El panorama biomédico con las tecnologías de monitorización y la medicina de precisión (P4) puede ayudar a refinar la metodología para establecer realmente épocas de riesgo con-

cretas para pacientes concretos al tiempo que encontramos el tratamiento correcto para la persona correcta.

En cuanto a las amenazas de la suicidiología, está el estigma, la consideración social del suicidio, el planteamiento del suicidio racional e incluso los extremos de las posturas a favor de la eutanasia. Todo ello puede influir en la financiación necesaria para mantener los programas de investigación y alejar a pacientes que precisen tratamiento de él.

CONCLUSIONES

El impacto de la conducta suicida en el mundo y en nuestra sociedad se mantiene inalterable a pesar de los esfuerzos realizados en investigación, con unos resultados cuestionables en cuanto a su aplicación clínica.

La investigación en conducta suicida tiene que hacer frente a limitaciones relacionadas con la calidad de los datos, la distribución geográfica y la consideración social del suicidio.

El hecho de lo limitado de los resultados debe servir de estímulo para modificar y mejorar los diseños de investigación y aprovechar la tradición científica, académica e institucional que tiene la disciplina. La envergadura del problema y el sufrimiento que ocasiona a pacientes y familiares hacen que merezca la pena el esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverman MM, Pirkis JE, Pearson JL, Sherrill JT. Reflections on expert recommendations for U.S. research priorities in suicide prevention. *Am J Prev Med.* 2014;47(3 Suppl 2):S97-101.
2. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores. *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.
3. Lopez-Castroman J, Blasco-Fontecilla H, Courtet P, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Are we studying the right populations to understand suicide? *World Psychiatry.* 2015;14(3):368-9.
4. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Acad Psychiatry.* 2016;40(4):623-9.
5. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(6):544-54.
6. Arensman E, Coffey C, Griffin E, Van Audenhove C, Scheerder G, Gusmao R, et al. Effectiveness of Depression–Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(7):651-60.
7. Burger J, Capobianco M, Lovern R, Boche B, Ross E, Darracq MA, et al. A Double-Blinded, Randomized, Placebo-Controlled Sub-Dissociative Dose Ketamine Pilot Study in the Treatment of Acute Depression and Suicidality in a Military Emergency Department Setting. *Mil Med.* 2016;181(10):1195-9.
8. Gould TD, Georgiou P, Brenner LA, Brundin L, Can A, Courtet P, et al. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. *Transl Psychiatry.* 2017;7(4):e1092.
9. Products - Data Briefs - Number 241 - April 2016. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm> [accedido el 14 de diciembre de 2017].
10. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. 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(2):e009297.
11. Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatry.* 2016;209(4):271-2.
12. Tran T, Luo W, Phung D, Harvey R, Berk M, Kennedy RL, et al. Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments. *BMC Psychiatry.* 2014;14:76.
13. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2016;209(4):277-83.
14. Chang BP, Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, et al. Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2016;6(9):e887.
15. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
16. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017;210(6):396-402.
17. Renn O, Klinke A. Risk Governance and Resilience: New Approaches to Cope with Uncertainty and Ambiguity. En: *Risk Governance.* Springer, Dordrecht; 2015 [p. 19-41]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-9328-5_2 (accedido 14 de diciembre de 2017).

Actuación ante la precariedad de los programas de prevención de suicidios

8

J. Jiménez Pietropaolo

LOS ORÍGENES DE AIPIS

1. AIPIS parte en su origen del Grupo de Estudio e Investigación de la Conducta Suicida, perteneciente al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Creado en el año 2008.
2. Se crea en el año 2009 y hasta el año 2015 fue exclusivamente una Asociación de Profesionales (en su mayoría psicólogos/as), abierto a otros profesionales y estudiantes universitarios del ámbito biopsicosocial.
3. En el año 2015, se crea FAeDS (Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio), "Supervivientes" como un grupo dentro de AIPIS.
4. Somos aproximadamente 15 profesionales y 15 supervivientes.
5. Miembros activos 5 profesionales y 6 supervivientes. Todos voluntarios.

CARACTERÍSTICAS DE AIPIS

1. Sin ánimo de lucro.
2. Aconfesional y apolítica.
3. Declarada de Utilidad Pública por el Ayuntamiento de Madrid.
4. De ámbito nacional (Registro Nacional de Asociaciones Nº 593130).

Nuestro objetivo es contribuir al estudio e investigación científica de la conducta suicida, crear y promover planes de prevención e intervención en distintos ámbitos, ofrecer apoyo profesional a personas en situación de riesgo, así como a familiares, amigos y grupos sociales afectados.

PARTE DE NUESTRO TRABAJO...

1. Guía para Familiares Detección y Prevención de la Conducta Suicida. CAM. (20.000 Guías). 2011.
2. Guía de Autoayuda. Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer? (15.000 Guías). 2014.
3. Guía para la Detección y Prevención de la Conducta Suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales.
4. Guía para la Prevención de la Conducta Suicida. Dirigida a docentes. 20.000 Guías para 308 Institutos. 2016.

5. Revisores de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
6. Etc, etc.

¿DÓNDE ENCONTRARNOS?

www.redaipis.org

Si haces click en "me gusta" en nuestro facebook, te llegará información de todo lo que colguemos.

<https://www.facebook.com/Prevencion.Suicidio.AIPIS>

Y el de nuestro Grupo de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio

<https://www.facebook.com/pages/Grupo-de-Familiares-y-Allegados-en-Duelo-por-Suicidio-Red-Aipis/344830672382296?fref=ts>

Blog

<http://aipis.blogspot.com.es/>

Twitter

<https://twitter.com/RedAipis>

Cursos, conferencias, congresos

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Colegio Estatal de Psicólogos FOCAD.

SAMUR.

Servicio de Psicología Aplicada de la UNED.

Universidad Pontificia de Comillas

Escuela de Medicina Legal y Forense de Madrid.

Protección Civil.

Teléfono de la Esperanza.

Fundación Humanizar.

Universidad Autónoma.

Universidad Complutense.

Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).

Etc, etc.

Memoria 2015

- 70 personas o instituciones nos han escrito interesándose por nuestra labor, solicitando nuestra colaboración o asesoramiento o queriendo participar en nuestras actividades.
- 50 medios de comunicación se han dirigido a nosotros para realizar algún artículo, programa de radio o televisión.

- 62 familiares o personas que se han intentado suicidar nos han pedido apoyo u orientación.
- El 90% de los casos les hemos atendido orientándoles de manera telefónica.
- 94 supervivientes se han dirigido a nosotros solicitando apoyo, material, orientación o simplemente para contarnos lo que están sufriendo.
- El tiempo máximo de atención de una llamada fue de 4 horas 30 minutos.
- 296 atenciones en total.

Ayudas económicas

Públicas : 0

Privadas: 0

¿SABEMOS CUÁNTOS SUICIDIOS SE PRODUCEN EN ESPAÑA?

¿Cuál es la importancia de conocer los datos reales de suicidio?

Si no sabemos la tasa real no podremos valorar el lugar en el que nos encontramos. Si infravaloramos la tasa de suicidios, no le daremos la importancia que tiene.

No podemos compararnos con otros países que registran con mayor rigor los datos epidemiológicos. Si no sabemos la realidad hay menos probabilidad de inversión real para paliar este grave problema de salud mental (siempre nos situamos a la cola de Europa).

En España (INE 2015) 3602 suicidios consumados.

2680 hombres (74,40%).

922 mujeres (25,59%).

7,75 tasa en España por cada 100.000

9,86 suicidios al día. 1880 fallecidos por accidente de tráfico (en el año 2001 fueron unos 6000 fallecidos), 2783 fallecidos por precipitación, 2672 ahogados, 679 envenenamiento accidental.

Particularidades de España

- Primera causa de muerte no natural desde el año 2007.
- En 2014 se registra la cifra más alta de suicidios en los últimos 25 años.
- Más del doble que los fallecidos en accidente de tráfico (1873).
- 12 veces más que los homicidios (302).
- 60 veces más que la violencia de género (60).

Variables que aporta el INE sobre la conducta suicida

Edad, sexo, metodología, mes, comunidad autónoma (de residencia y de defunción), provincia, nacionalidad.

¿SABEMOS CUÁNTOS INTENTOS DE SUICIDIO SE PRODUCEN EN ESPAÑA?

Según un estudio de la Comunidad de Madrid, entre el 09/11/07 y el 08/03/08, llevado a cabo en 4 grandes hospitales (Gregorio Marañón, Doce de Octubre, Ramón y Cajal, Hospital Clínico) se produjeron:

1009 intentos de suicidio recogidos en 4 meses en 4 áreas sanitarias

102,07 personas que intentan suicidarse por 100.000 habitantes/año

Solo acudían a Salud Mental aproximadamente un 20% de estos pacientes que habían intentado suicidarse.

Si realizáramos unos cálculos predictivos (sin validez metodológica) de los intentos de suicidio, teniendo en cuenta que la CAM siempre es una de la Comunidades Autónomas que menor tasa nacional de suicidios presenta, se podrían mostrar los siguientes datos:

4036 intentos de suicidio recogidos en 1 año en las 4 áreas sanitarias del estudio de los anteriores hospitales, los cuales dan una cobertura aproximada a 1.946.880 madrileños. Teniendo en cuenta que la población en Madrid era de 6.466.996. en 2016, realizando una regla de tres básica, saldrían unos 13.000 intentos de suicidio en un año en la CAM.

Si realizamos la misma operación en la población española, que es de 46.468.108 habitantes, y volviéramos a aplicar la misma regla, saldrían 96.331 intentos de suicidio en un año en España.

La tasa de intentos sería de 50 a 90 por 100.000, es decir entre 20.000 y 40.000 intentos.

¡Y cómo tener en cuenta todos los que no llegan a los Centros de Salud!

PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SUICIDIOS EN ESPAÑA A NIVEL NACIONAL

No existe ninguno.

PROPOSICIONES NO DE LEY, ¿QUÉ SON Y PARA QUÉ SIRVEN?

Se trata de propuestas no vinculantes (al no tener carácter de ley) sobre todo tipo de temas que presentan los grupos parlamentarios.

En el primer año de legislatura se han presentado 1.600 PNL, desde temas económicos, sanitarios o educativos hasta el IVA de la entrega de plantas vivas, atascos o bombillas.

¿Y PARA CUÁNDO UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS A NIVEL NACIONAL? ALGUNOS DATOS DE INTERÉS

11 de diciembre de 2012: en un acto insólito en el Congreso de los Diputados, se aprueba, con 319 votos a favor y 1 abstención, una **Proposición No de Ley**, promovida por UPyD y relativa a "la promoción dentro de la estrategia de salud mental de acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio".

10 de septiembre de 2014 y 14 de enero de 2015: UPyD vuelve a preguntar cuándo estará disponible la nueva Estrategia en Salud Mental del SNS y qué medidas se van a tomar para prevenir el suicidio.

13 de abril de 2016: el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha rechazado la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, presentada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Unión del Pueblo Navarro (UPN) registra una nueva proposición no de ley el 30 de marzo de 2017.

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancias del diputado Ínigo Allí, ha registrado una Proposición No de Ley a la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en la que se insta al Gobierno Central para que desarrolle, en el plazo de seis meses, un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio con medidas, políticas y programas concretos actualmente inexistentes en España.

¿Qué dice la Propuesta de UPN?

Se trata de un grave problema con especial incidencia entre la población adolescente, la población anciana y entre quienes presentan un trastorno mental.

Se hace urgente proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familiares, agentes sociales cuidadores y profesionales sanitarios. Así como difundir una información veraz y científica respecto al suicidio que contribuya a eliminar el estigma que este dramático hecho puede llevar asociado.

Programas preventivos de suicidios

Para que sean efectivos habría que dotarlos de medios económicos y humanos. Si no es así, serán "papel mojado". También sería necesario mantenerlos en el tiempo gobierne quien gobierne

Programas piloto de la Comunidad de Madrid

1. Código 100
SAMUR recoge a personas que se han intentado suicidar en la demarcación del Hospital Jiménez Díaz y se les hace un seguimiento especial a estos pacientes.
193 pacientes en 10 meses.
Tras la primera evaluación, 87 deciden no continuar.
2. Programa 12 de Octubre
Siguiendo el modelo multinivel EAAD, seguimiento activo a las personas del ámbito de actuación del hospital que han intentado suicidarse. Les llama una enfermera e intenta convencerlos para que acudan a terapia.
3. ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida)
La Comunidad de Madrid impone la obligatoriedad a todos sus hospitales de dar una cita preferente (entre 3 y 7 días) tras el alta médica, de las personas que han realizado una conducta suicida.

4. El programa PRISURE del Centro de Salud Mental de Retiro del Hospital Gregorio Marañón se basa en una intervención: ambulatoria inmediata, intensiva, integral y multidisciplinar para pacientes con riesgo moderado-alto de suicidio y que son derivados bien desde las urgencias o bien desde el Centro.

Otros programas piloto: Cantabria, Barcelona, Orense, País Vasco, Navarra, Sabadell, Baleares, Murcia, País Vasco, Canarias, etc, etc.

ENSEÑANZA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL GRADO DE PSICOLOGÍA O DE MEDICINA

Prácticamente en ninguna facultad de psicología o medicina te enseñan cómo detectar e intervenir sobre la conducta suicida y tampoco a intervenir en el duelo por suicidio

Se debería impartir una enseñanza de la conducta suicida a: personal socio-sanitario (enfermería, trabajadores sociales, auxiliares) a Fuerzas y Cuerpos Seguridad, a Bomberos, a *Gatekeepers*. Es decir, a profesionales que regularmente entran en contacto con personas o familias con problemas, como personas que prestan primeros auxilios, profesores, farmacéuticos, policías y el clero. Ellos están en situación de advertir problemas de salud mental. En el caso del ámbito escolar son profesores, jefes de estudio, orientadores, personal de administración y servicio, etc.

Pero, ¿y si no hay una buena base que sustente a las personas que se deriven?

¿POR QUÉ HAY QUE DISEÑAR Y PONER EN PRÁCTICA PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SUICIDIOS?

1.- Porque se evita el sufrimiento de todo el grupo de seres queridos de la persona que se ha suicidado.

2.- Porque es un modelo muy eficiente, ya que hay estudios que refieren que por cada euro que se invierte en prevención se ahorran 44 euros en paliar las consecuencias.

¿POR QUÉ NO SE INVIERTE EN PREVENCIÓN ENTONCES?

Porque los muertos por suicidio, solo preocupan a sus familiares y seres queridos.

Porque la sociedad ni los medios de comunicación están concienciados de este grave problema de salud.

Porque los efectos son visibles a largo plazo y las autoridades político-sanitarias están interesadas en resultados a corto plazo.

¿Cuántas Asociaciones de Prevención de Suicidio hay en España? Solo la nuestra.

¿QUÉ DICEN LA ONU Y LA OMS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS?

En 1996 la ONU, y posteriormente la OMS, recomendaron que cada país en forma individual debería desarrollar planes y políticas de prevención de suicidio, relacionados, en

lo posible, con otros programas de salud pública, y establecer comités coordinados para controlar y evaluar su implementación.

En respuesta a este consejo, muchos países han desarrollado un plan nacional de prevención de suicidio.

Estas estrategias nacionales son importantes ya que obligan a los gobiernos a:

Reconocer el grave problema del suicidio.

Aumentar la preocupación a nivel nacional acerca del suicidio.

Ejercer la capacidad de promulgar leyes para la prevención del suicidio (por ejemplo, el control de armas de fuego).

Estas acciones políticas son efectivas y vitales para mantener al gobierno focalizado en la prevención del suicidio.

Plan de Acción de Salud Mental para Europa. Entre 5 y 10 años para su ejecución.

El Plan se divide en varios apartados de los cuales el nº 5 dice:

- Prevenir los problemas de salud mental y el suicidio
- Crear Grupos de Autoayuda, líneas de teléfono y páginas Web para reducir el suicidio.

Los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS intentarán hacer frente a los Desafíos entre el 2005 y el 2010 basándose en los siguientes pilares: incluir la prevención de problemas de salud mental y suicidio en políticas nacionales.

EAAD. ALIANZA EUROPEA CONTRA LA DEPRESIÓN

Se necesitan programas de intervención nacionales para mejorar el tratamiento de la depresión. El proyecto EAAD (Alianza Europea Contra la Depresión) pretende mejorar los déficits en el diagnóstico y en el tratamiento de la depresión mediante un "programa de intervención constituido por 4 niveles distintos de actuación" y que se llevará a cabo en varias regiones europeas.

El concepto básico principal de los 4 niveles de intervención está basado en la experiencia de: "*Nuremberg Alliance Against Depression*", un proyecto recientemente realizado en el marco de la "*German Research Network on Depression and Suicidality*".

Cooperación con los médicos de familia

Los médicos de familia (MF) tendrán la opción de participar en sesiones de formación, se les facilitará material informativo específico sobre la depresión dirigido a los pacientes y se les ofrecerá la opción de consultar a un especialista con relación al tratamiento de casos particulares de depresión que tengan en la consulta.

Campaña Informativa

La campaña informativa va dirigida a la población. Los ciudadanos recibirán información mediante pósters, banderolas, spots de TV, folletos informativos, comunicaciones de prensa y una página de internet (<http://www.eaad.net/>). El objetivo es facilitar el conocimiento de la existencia de tratamientos adecuados y redefinir el concepto popular de "depresión".

Cooperación con los centros sociales de la comunidad

Otros grupos sociales de la comunidad como agrupaciones culturales, maestros o profesionales de la geriatría recibirán información sobre depresión mediante charlas y conferencias.

Servicios para personas afectadas y para sus familiares

El último nivel de actuación trabaja la ayuda a pacientes de alto riesgo, principalmente, grupos de autoayuda especialmente indicados para pacientes con antecedentes de intentos de suicidio.

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (IASP)

Los planes de prevención nacional de suicidio incluyen estrategias, con esfuerzos que tienden a:

- Controlar el acceso a los métodos de suicidio.
- Realizar entrenamiento, reconocimiento, asesoramiento, tratamiento y manejo de la depresión por médicos, especialmente en atención primaria.
- Aumentar la conciencia a nivel público de la depresión por medio de programas públicos.
- Aumentar el asesoramiento, tratamiento, y seguimiento de personas con intentos de autoeliminación que son atendidas Urgencias.
- Realizar el acceso a sistemas de salud mental para mejorar el cuidado de personas con problemas mentales serios.
- Proporcionar programas de prevención orientados a identificar la población con alto riesgo suicida.
- Incentivar la presentación de informes responsables por parte de los medios y la imagen del suicidio.
- Controlar el consumo de alcohol.
- Proporcionar centros de atención y asesoramiento en crisis.
- Fomentar programas en colegios basados en habilidades y competencias para personas jóvenes.
- Proporcionar apoyo a familias y personas afectadas por el suicidio
- Incentivar la investigación.
- Aproximarse a la evidencia para programar, desarrollar y evaluar una estrategia a nivel nacional.
- Hacer estadísticas exactas en tiempo y forma del suicidio y de los intentos de autoeliminación.

FINLANDIA: LA EXCEPCIÓN A LOS PLANES DE PREVENCIÓN

La OMS y Naciones Unidas consideran que un factor importante para avanzar en un plan a nivel nacional es la formación de un comité experto para supervisar, implementar, evaluar

y revisar estos planes. Sin embargo, no todos los países han establecido comités, y sobre todo, la evaluación de estrategias nacionales tiende a ser pobre e infrecuente.

Finlandia es la excepción. La estrategia de prevención consistió en un marco nacional aplicado a nivel local. La estrategia nacional fue evaluada, y la posterior caída en las tasas de suicidio puede ser atribuida a esta estrategia.

El programa preventivo en Finlandia fue el único evaluado externamente con resultados positivos. Implicó a muchos profesionales de distintos ámbitos. En una década, 1987-1996, bajó la tasa de suicidios en un 8,7 %.

Ejemplo: un médico en España ve a un paciente que realizó un intento de suicidio en un 25% de las veces y en Finlandia en un 88%.

Claves del éxito finlandés

Se llevó a cabo en todo el país, con modalidades de aplicación local, regional y nacional.

La estrategia estaba dirigida al sistema educativo público y trató de mejorar el acceso a servicios de salud mental.

Aplicar la intervención en crisis.

Reducir el acceso a los medios de suicidio.

La formación de profesionales de la salud.

Crear conciencia de los factores de comorbilidad.

Supervisar los casos de intento de suicidio.

Registro de las personas en situación de riesgo, la intervención preventiva.

Las intervenciones de programas incorporados de los profesionales, los servicios sociales y organismos oficiales, y no específicamente de las personas afectadas por el suicidio.

La puesta en práctica llevó a la creación de más de 40 subprogramas y otros trabajos innovadores de desarrollo sobre el suicidio de varios campos de estudio.

La aplicación se evaluó a través de un proceso interno y una encuesta a nivel nacional.

El proceso de evaluación llegó a la conclusión de que este programa fue un éxito.

OTRO EJEMPLO DE ÉXITO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En 1983 y 1984, el Comité Sueco para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (PTD), organizó un programa de formación de postgrado en el diagnóstico y tratamiento de la depresión a todos los médicos en Gotland, Suecia. En los años siguientes, la frecuencia del suicidio y la atención hospitalaria para la depresión disminuyó significativamente, así como la frecuencia de baja por enfermedad durante la depresión.

Los resultados del estudio han proporcionado evidencia de la opinión de que el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado de la depresión son un método esencial de la prevención del suicidio (aproximadamente un 7%).

Coste económico en 3 años 62.000 dólares, ahorro 26 millones de dólares.

Los abordajes farmacológicos insuficientes

9

P.A. Saiz, J. Rodríguez-Revuelta, A. Velasco, I. Abad, L. González Blanco, L. de la Fuente, L. García Álvarez, I. Menéndez-Miranda, P. García-Portilla González, J. Bobes García

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial¹. 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 2015, año del que se disponen los últimos datos oficiales².

El comportamiento suicida es un fenómeno muy complejo, lo cual dificulta la existencia de un tratamiento específico para el mismo. Así, cuando se consulta cuál es el abordaje terapéutico más adecuado para población de riesgo, suele hacerse referencia al hecho de que, aproximadamente, en el 90% de los casos de suicidio existe un trastorno psiquiátrico subyacente siendo, por tanto, lo más adecuado un tratamiento psicofarmacológico de la patología de base. Más aún, hasta la fecha solo existe un fármaco cuyo potencial antisuicida ha sido reconocido por alguna agencia sanitaria, en este caso la FDA y se trata de clozapina³, estando refiriéndonos a un fármaco de segunda línea terapéutica. Por otra parte, el potencial antisuicida del litio ha sido demostrado en estudios meta-analíticos tanto en depresión unipolar como en depresión bipolar⁴, pero de nuevo estamos ante un fármaco que por efectos secundarios/tolerabilidad no puede ser utilizado de modo indiscriminado en todos los pacientes con riesgo suicida.

En el caso de los antidepresivos la situación ha llegado a ser incluso más controvertida, con limitación, por parte de las agencias sanitarias (FDA y EMA), de su uso en niños y adolescentes por su posible inducción de riesgo de suicidio, recomendándose el uso de fluoxetina en esos grupos de edad. Existen evidencias de que el posible efecto facilitador del riesgo de suicidio atribuido a los antidepresivos podría ser edad dependiente. Así, en personas de edad inferior a 25 años podrían tener cierto efecto facilitador, un efecto neutro en los grupos de entre 25 y 65 años y un efecto claramente protector en mayores de 65⁵. No obstante, los avales demostrando los efectos beneficiosos de los antidepresivos superan con mucho a su posible potencial inductor de riesgo suicida y, en todo caso, una adecuada monitorización de posibles efectos adversos, asociados a su uso, es necesaria sobre todo en los grupos más jóvenes de edad⁶. No obstante, lo previamente expuesto pone de manifiesto un desconocimiento acerca del potencial antisuicida de la mayoría de los fármacos que habitualmente manejamos, siendo necesaria la realización de ensayos clínicos con un diseño adecuado para testar dicho efecto.

¿EXISTEN NUEVAS PERSPECTIVAS FARMACOLÓGICAS EN EL ABORDAJE DEL RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Durante los últimos años se han iniciado numerosos ensayos clínicos (para más información: clinicaltrials.gov) cuyo fin no es otro que investigar la acción antisuicida de diferentes agentes terapéuticos, basándose en mecanismos de acción específicamente relacionados con el riesgo de suicidio. A continuación, se resumen algunos de los hallazgos más relevantes.

Ketamina / Esketamina

Ketamina es un antagonista del receptor glutamatérgico N-metil-D-aspartato (NMDA), frecuentemente utilizado como anestésico. Dicho fármaco ha demostrado tener un rápido efecto antidepresivo en pacientes con depresión⁷ y depresión resistente, definida como respuesta insuficiente tras al menos dos ensayos con fármacos antidepresivos en tiempo y dosis adecuados^{8,9}. Por otra parte, Diaz Granados *et al.* (2010)¹⁰, ponen de manifiesto la existencia de un descenso significativo en la ideación suicida (medida con la Escala de Ideación Suicida de Beck –SSI, así como con los ítems específicos de suicidio de la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg –MADRS y el Inventario de Depresión de Beck –BDI), en un grupo de 33 pacientes con diagnóstico de depresión mayor tras una única infusión intravenosa de ketamina (0,5 mg/kg). Dicho efecto se hace patente a los 40 minutos de la infusión y permanece estable durante las 4 horas subsiguientes a la misma.

Posteriormente, Price *et al.* (2014)¹¹ llevan a cabo el primer ensayo clínico controlado aleatorizado en el que se compara una dosis única de ketamina (0,5 mg/kg) (n=36) frente a midazolam (0,045 mg/kg) (n=21), ambos en infusión intravenosa, en pacientes con diagnóstico de depresión mayor resistente (respuesta inadecuada a al menos 3 tratamientos antidepresivos previos) y constatan un descenso significativo tanto en una medida explícita de suicidalidad (suma de las puntuaciones z de la escala SSI, y de los síntomas específicos de suicidio de la MADRS y del Inventario Rápido de Síntomas Depresivos –QIDS) como en una medida implícita para la que utilizan dos variantes del Test de Asociación Implícita –IAT. Cabe destacar que el 53% de los pacientes tratados con ketamina puntúan cero en las medidas explícitas de suicidalidad 24 horas postinfusión frente a 24% en el grupo de midazolam (p=0,03), siendo el descenso más llamativo en aquellos con puntuaciones más elevadas en el momento basal. Por otra parte, la mejoría en las medidas implícitas también fue más elevada en el grupo tratado con ketamina.

En un intento de prolongar la acción antidepresiva de ketamina (estimada en aproximadamente 1 semana)⁸, se llevó a cabo un ensayo clínico doble ciego y controlado con placebo de 4 semanas de duración en el que se compara, en pacientes con depresión mayor resistente (definida como falta de adecuada respuesta a al menos 2 antidepresivos) y puntuación MADRS ≥ 22, la infusión intravenosa de ketamina (0,5 mg/kg) administrada basalmente con la posterior adición de riluzol (100 mg/día, como dosis inicial, con posibles escaladas semanales de 50 mg/día, hasta un máximo de 200 mg/día) (n=21) o placebo (n=21)¹². Riluzol es un modulador glutamatérgico (inhibe la liberación de glutamato y tiene propiedades neuroprotectoras y anticonvulsivantes) pero sin propiedades psicotomiméticas, siendo el racional de su uso en el estudio la potenciación del efecto antidepresivo de ketamina y la minimización de sus efectos secundarios. El 27% de los pacientes que res-

pondieron a ketamina no recayeron a lo largo de las 4 semanas de duración del estudio. El tiempo medio de recaída fue de 13,2 (2,2) días. No obstante, no se detectaron diferencias en la evolución del grupo tratado con riluzol frente al tratado con placebo.

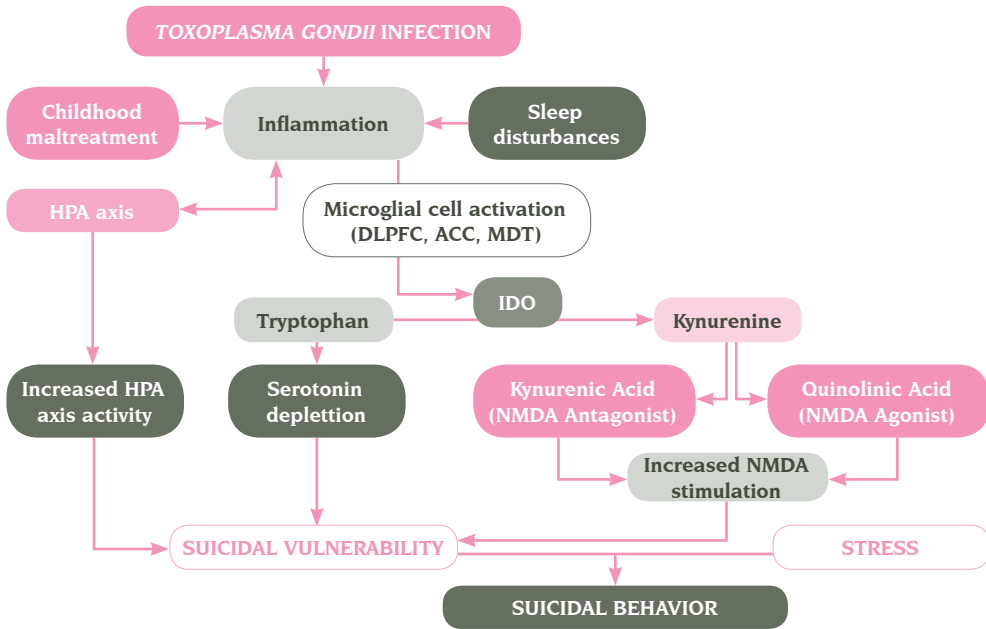
A pesar de los efectos psicotomiméticos y disociativos de ketamina y de su posible toxicidad con dosis mayores de 1 gramo por vía oral, los prometedores resultados con el uso de infusión intravenosa de ketamina han llevado a plantear la posibilidad de uso del enantiómero (S) de ketamina, que facilitaría un uso intranasal y una administración repetida de la misma, motivo por el que dicho fármaco se encuentra en el momento actual en ensayo clínico fase III, tanto para depresión resistente como para ideación suicida.

Hasta la fecha, solo existe un estudio doble ciego controlado con placebo¹³, que explora la eficacia y seguridad de esketamina en infusión intravenosa en pacientes con depresión mayor recurrente sin síntomas psicóticos con respuesta inadecuada al menos a un antidepresivo en el episodio actual y a otro, bien en el episodio actual o en episodios previos, y puntuación ≥ 34 en el Inventario de Sintomatología Depresiva-Registrado por Clínico (IDS-C). En el día 1, los pacientes recibieron de modo aleatorio, infusión de esketamina iv [0,20 mg/kg (n=9) o 0,40 mg/kg (n=11)] o placebo (n=10). Se definió como respuesta tras la administración iv realizada el día 1 una disminución en la MADRS >50% en los días 2, 3 y 4. En el día 4 los respondedores recibieron el mismo tratamiento y dosis que en el día 1 y los no respondedores, si pertenecían al grupo placebo, fueron asignados de modo aleatorizado, en proporción 1:1, a esketamina iv (0,20 mg/kg o 0,40 mg/kg), mientras que los pacientes que habían recibido esketamina fueron asignados a 0,40 mg/kg de la misma, independientemente de la dosis previa. Posteriormente, los pacientes pasaron a una fase de estudio abierta con administración de un máximo de 0,40 mg/kg de esketamina los días 7, 10, 14 y 17. Esketamina se asoció a un efecto antidepresivo rápido (dentro de las 2 horas) y mantenido a lo largo de los 30 días de duración del estudio. Los efectos adversos asociados a su administración fueron dosis dependientes y los más frecuentes fueron cefaleas, náuseas y efectos disociativos transitorios (no persistieron más allá de 4 horas después de la infusión de esketamina).

Cabe señalar que hasta la fecha no existen datos publicados sobre la potencial eficacia del uso de esketamina para la reducción del riesgo de suicidio. Pero cabe cuestionarse cuál podría ser el racional que explicase su utilidad más allá de la simple reducción de la sintomatología depresiva.

En la **Figura 1** se muestra un modelo de cómo la inflamación podría contribuir a la patofisiología del comportamiento suicida¹⁴.

Según dicho modelo determinadas circunstancias como el maltrato en edades tempranas de la vida, la infección por *Toxoplasma gondii* o alteraciones del sueño, podrían llevar a un estado inflamatorio sistémico que generaría una disregulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA). Este estado inflamatorio crónico podría incrementarse cuando esas personas se viesen expuestas a situaciones estresantes. De igual modo, podría dar lugar a una activación de la indoleamina-2,3-dioxigenasa (IDO), enzima responsable de la síntesis de quineurina a partir del triptófano. Consecuencia de ello sería una activación de la microglia en determinadas áreas cerebrales como la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), el

Figura 1. Inflamación patofisiológica en el comportamiento suicida (Tomado de Courtet et al. 2015)¹⁴

cortex cingulado anterior (ACC) o el tálamo mediodorsal (MDT) que llevaría, a su vez a un incremento de la producción de ácido quinolínico (un antagonista de los receptores NMDA) y a un descenso de la de ácido quinurénico (un agonista de receptores NMDA). Produciéndose, por tanto, una estimulación de los receptores NMDA. Por otra parte, el incremento del metabolismo de triptófano hacia quinurenina generaría un descenso de los niveles de serotonina, neurotransmisor implicado en dimensiones de la personalidad estrechamente relacionadas con el comportamiento suicida, tales como la agresividad impulsiva o el pesimismo. Además, los agentes estresores (como, por ejemplo, los trastornos mentales o situaciones de aislamiento y rechazo social) también actúan favoreciendo la vulnerabilidad hacia el comportamiento suicida¹⁴. Cabe señalar que el efecto antagonista NMDA exhibido por ketamina (y su enantiómero esketamina) podría revertir, al menos en parte, la situación descrita previamente, contribuyendo a la disminución del riesgo de suicidio.

Cabe señalar que la hipótesis de que el antagonismo NMDA sería el responsable de la acción antidepressiva de ketamina, haría pensar que (S)-ketamina, es un antagonista NMDA 3-4 veces más potente que (R)-ketamina. Sin embargo, existen datos^{15,16}, que ponen de manifiesto una mayor potencia como antidepressivo de (R)-ketamina. Más concretamente, Zanos *et al.*¹⁶, demuestran, en ratones, que para la aparición del efecto antidepressivo es esencial la metabolización de los enantiómeros R y S a (2S, 6S; 2R, 6R)-hidroxinorketamina (HNK). Dicho de otro modo, la acción antidepressiva de ketamina sería independiente del antagonismo NMDA y estaría relacionada con la activación temprana y sostenida de los receptores del ácido α -amino-3-hidroxi-5-metilo-4-isoxazolpropiónico (AMPA), recepto-

res inotrópicos transmembrana que median la transmisión rápida en el sistema nervioso central. Concretamente, sería (2R, 6R)-HNK la que tiene un mayor efecto antidepressivo y, además, parece poseer un perfil de efectos secundarios mucho más inocuo que ketamina.

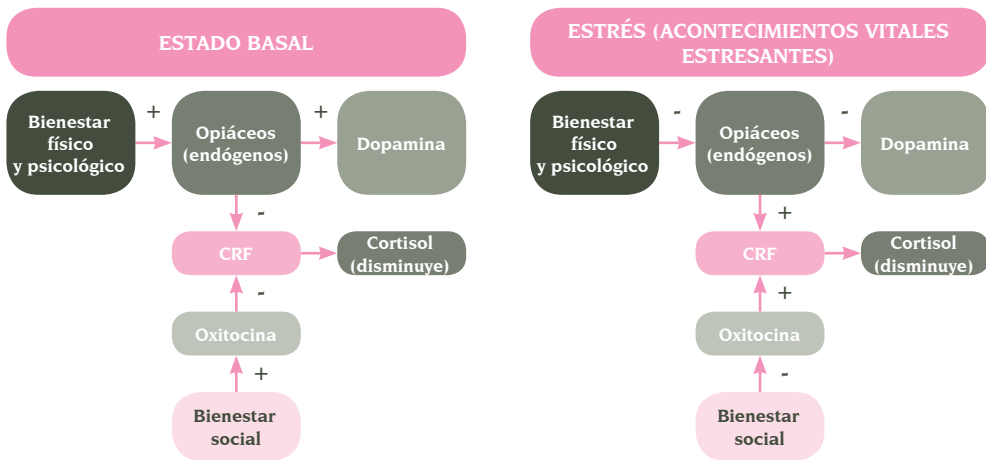
El prometedor efecto antidepressivo y antisuicida de esketamina intranasal ha sido responsable de que la FDA la haya designado como terapia innovadora para el tratamiento de la depresión mayor resistente, de la depresión mayor con riesgo inminente de suicidio, facilitando su uso en investigación al acelerar el proceso de regulación.

Buprenorfina

La modulación del sistema opioide mediante la administración de una combinación de buprenorfina (agonista parcial μ y κ) y samidorfano (antagonista μ), conocida como ALKS 5641, ha demostrado ser útil como tratamiento coadyuvante de la depresión mayor. Recientemente se ha demostrado, en un ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo, que en pacientes con depresión mayor y respuesta insuficiente a antidepressivos convencionales (ISRS, ISRN), existe una disminución de la sintomatología depresiva (medida a través de puntuaciones en la Escala de Hamilton para la Depresión -HDRS y MADRS) clínicamente significativa tras 4 semanas de tratamiento, especialmente en aquellos pacientes que recibieron una combinación de dosis de 2mg/2mg (en relación al grupo placebo). El grupo que recibió una dosis de 8mg/8mg, también experimentó mejoría sintomatológica, si bien esta no fue clínicamente significativa. Cabe destacar que la combinación buprenorfina/samidorfano fue bien tolerada y que los pacientes no experimentaron síndrome de abstinencia a opiáceos tras su retirada¹⁷.

Por otra parte, el uso de dosis ultra-bajas de buprenorfina sublingual (dosis inicial 0,1 mg; dosis media final= 0,44 mg), como tratamiento coadyuvante del tratamiento estándar, ha demostrado ser eficaz en la reducción de la ideación suicida en pacientes con ideación suicida grave (puntuación en la SSI ≥ 11), en otro estudio aleatorizado y controlado con placebo de 4 semanas de duración¹⁸. Concretamente, los pacientes que recibieron buprenorfina experimentaron (frente a los del grupo placebo) una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones en la escala de ideación suicida tanto a las 2 como a las 4 semanas. Observándose esta misma respuesta en el subgrupo de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. De nuevo se apreció una buena tolerancia al fármaco y la no existencia de síndrome de abstinencia tras su retirada.

Una posible explicación del mecanismo por el cual los fármacos moduladores del sistema opioide podrían ser de utilidad en la reducción de la ideación suicida, podría radicar en el hecho de que el sistema opioide endógeno actuaría en situaciones de bienestar físico y psicológico favoreciendo la síntesis de dopamina y reduciendo la de factor liberador de corticotropina (CRF) y, por tanto, de cortisol (**Figura 2**). Por el contrario, en situaciones de estrés habría una disminución de los opioides endógenos que a su vez favorecería entre otros la activación del eje HPA, que como ya se ha comentado previamente es uno de los mecanismos implicados en la vulnerabilidad hacia el suicidio. De igual modo, la implicación del receptor opioide μ en la sensibilidad al dolor social¹⁹, sería otro mecanismo que contribuiría a dar explicación acerca del por qué la modulación opioide tiene un efecto positivo en la reducción de la ideación suicida.

Figura 2. Sistema opioide endógeno y vulnerabilidad suicida (Tomado de Blasco Fontecilla, 2015)²⁰

Otras alternativas farmacológicas

La revisión realizada por Eisenberger²¹ pone de manifiesto que el dolor social y el componente afectivo del dolor físico están regulados por circuitos neuronales yuxtapuestos (básicamente la porción dorsal del córtex cingulado anterior y la ínsula frontal), de modo que aquellos individuos que son más sensibles a un tipo de dolor lo son también al otro y aquellos factores que aumentan o disminuyen una de las dos clases de dolor afectan al otro de modo similar.

En ese sentido cabe señalar que Dewall *et al.*²², ponen de manifiesto que la administración de 1.000 mg/día de acetaminofén durante 3 semanas resulta efectiva a la hora de disminuir la activación de las áreas cerebrales asociadas con dolor social y con el componente afectivo de dolor físico (porción dorsal del córtex cingulado anterior e ínsula frontal), cuando voluntarios sanos participaban en un juego de exclusión social, mientras que en el grupo tratado con placebo apreciaron un incremento de activación en ambas áreas cerebrales.

CONCLUSIONES

Lo expuesto previamente, pone de manifiesto que los estados crónicos de inflamación y el dolor (físico y/o social) son mecanismos relacionados con el comportamiento suicida y que el estudio de fármacos que actúan sobre esas dianas puede ofrecer interesantes resultados que faciliten el tratamiento del paciente en situación de crisis suicida en un futuro próximo. No obstante, tal y como señalan Courtet *et al.*²³, aún existen múltiples preguntas a las que dar respuesta antes de su utilización en la práctica clínica cotidiana, que básicamente se resumen a continuación: dosis, frecuencia y vía de administración óptimas, duración del tratamiento para conseguir una respuesta mantenida, efecto antisuicida en función de las categorías diagnósticas y efecto real sobre la morbimortalidad por suicidio.

Mientras se aclaran estas respuestas, señalar que el adecuado abordaje terapéutico de los pacientes con riesgo de suicidio es, sin duda, necesario y una obligación desde el punto de vista clínico, pero es, sin duda, insuficiente con los medios disponibles en el momento actual. Por tanto, todo esfuerzo dirigido a la búsqueda de fármacos con efecto específico sobre la suicidalidad supone un avance que puede modificar de modo sustancial el pronóstico y las expectativas vitales de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide. A framework.* World Health Organization, Geneva. 2012.
2. Instituto Nacional de Estadística Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3656&capsel=3657>. (accedido 26 septiembre 2017).
3. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:82-91.
4. 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.
5. 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;339:62880.
6. 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;3:646-59.
7. Berman RM, Narasimhan M, Sanacora G, Miano AP, Hoffman RE, Hu XS, et al. A randomized clinical trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depression. *Biol Psychiatry.* 2000;47:332-7.
8. 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. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:856-64.
9. Murrrough JW, Iosifescu DV, Chang LC, Al Jurdi RK, Green CE, Perez AM, et al. Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2013;170:1134-42.
10. Diaz Granados 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;71:1605-11.
11. 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. *Depress Anxiety.* 2014;31:335-43.
12. Ibrahim L, Diaz Granados N, Franco-Chaves J, Brutsche N, Henter ID, Kronstein P, et al. Course of improvement in depressive symptoms to a single intravenous infusion of ketamine vs add-on riluzole: results from a 4-week, double-blind, placebo-controlled study. *Neuropsychopharmacology.* 2012;37:1526-33.
13. Singh JB, Fedgchin M, Daly E, Xi L, Melman C, De Bruecker G, et al. Intravenous Esketamine in Adult Treatment-Resistant Depression: A Double-Blind, Double-Randomization, Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry.* 2016;80:424-31.
14. Courtet P, Giner L, Seneque M, Guillaume S, Olie E, Ducasse D. Neuroinflammation in suicide: Toward a comprehensive model. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17:564-86.
15. Yang C, Shirayama Y, Zhang JC, Ren Q, Yao W, Ma M, et al. R-ketamine: a rapid-onset and sustained antidepressant without psychotomimetic side effects. *Transl Psychiatry.* 2015;5:e632.
16. Zanos P, Moaddel R, Morris PJ, Georgiou P, Fischell J, Elmer GI, et al. NMDAR inhibition-independent antidepressant actions of ketamine metabolites. *Nature.* 2016;533:481-6.
17. Fava M, Memisoglu A, Thase ME, Bodkin JA, Trivedi MH, de Somer M, et al. Opioid Modulation With Buprenorphine/Samidorphane as Adjunctive Treatment for Inadequate Response to Antidepressants: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2016;173:499-508.
18. 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. *Am J Psychiatry.* 2016;173:491-8.
19. Way BM, Taylor SE, Eisenberger NI. Variation in the mu-opioid receptor gene (OPRM1) is associated with dispositional and neural sensitivity to social rejection. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2009;106:15079-84.
20. Blasco-Fontecilla H. El suicidio como conducta adictiva. En: Giner J, Medina A, Giner L (eds.). *Encuentros en Psiquiatría. Repercusiones clínicas y sociales de la conducta suicida.* Madrid: Enfoque Editorial, SC. 2015. pp. 49-59.
21. Eisenberger NI. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. *Psychosom Med.* 2012;74:126-35.
22. Dewall CN, Macdonald G, Webster GD, Masten CL, Baumeister RF, Powell C, et al. Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence. *Psychol Sci.* 2010;21:931-7.
23. Courtet P, De la Vega D, Giner L. El tratamiento agudo de la crisis suicida. En: Giner J, Medina A, Giner L (eds.). *Encuentros en Psiquiatría. Intervenciones terapéuticas del riesgo suicida.* Madrid: Enfoque Editorial, SC. 2017. pp. 83-91.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES DERIVADAS DE LA DISCUSIÓN GENERAL Y DE LAS PONENCIAS

10

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

CULTURA Y SUICIDIO

El concepto de enfermedad mental y, dentro del conglomerado de estas, la del suicidio, contemplada en la diacronía histórica se conforma con indudables aditamentos culturales que por estar impregnados de ideología son referentes de cada éxtasis temporal, aunque también conforman su concepción e incluso su manejo terapéutico y su resonancia social.

Son muchos los autores que han intentado, desde un punto de vista psicológico, explicar el suicidio, puesto que las teorías psicológicas del suicidio siguen los mismos avatares que la evolución histórica de la psicología y se van desarrollando en aquellos países en los que tienen sus orígenes.

A finales del siglo XIX comienzos del XX, dos grandes sistemas psicológicos: el Psicoanálisis procedente de la Vieja Europa y por otro lado el Conductismo Radical desarrollado en Estados Unidos son los primeros en ocuparse en dar alguna explicación al fenómeno que nos ocupa.

Posteriormente, la reformulación del modelo de Seligman permitió la incorporación de formas nuevas de pensamiento sobre la conducta suicida. Como señala Seoane (1982), la aparición de la Psicología Cognitiva, no en su vertiente de procesamiento de información sino en su versión más *light*, más cercana a lo que el autor denomina *Psicología del Conocimiento*, permite reincorporar a la investigación psicológica el concepto de mente, que había sido desterrado de la misma por los afanes del conductismo de centrarse en los hechos directamente observables. O'Connor, desde el punto de vista de la Cognición Social, propone lo que denomina un Modelo Integrado Motivacional/Volitivo del Suicidio. Este, se basa en la Teoría de la Conducta Planificada y plantea que para que el sujeto llegue a cometer suicidio es necesario que pase por tres fases: las dos primeras, de tipo intencional e implican la ideación suicida; la segunda, de tipo volitivo, y comprende la acción suicida.

Lo que sí parece claro es que en la actualidad asistimos a una contradicción puesto que por un lado hablamos de una auténtica disolución del Yo, mientras que, por otro, se produce una auténtica exaltación de las relaciones interpersonales. No es raro pues que, en la época actual, hayamos elegido para hablar del suicidio aquellos modelos que tratan de la decadencia del *Self*, o bien de la pérdida de las relaciones interpersonales como factores predisponentes a la conducta suicida.

En 1998 D. Lester realiza un trabajo partiendo de la vida de suicidas famosos (Monroe, Hemingway, Cobain, etc.) llegando a establecer cinco grandes *clusters*: uno psicoanalítico, uno cognitivo, uno de aprendizaje, uno de afrontamiento y, por último, uno sobre teorías de la personalidad. En el mismo artículo llega a la conclusión de que todas las teorías pueden explicar el suicidio en distintas proporciones, siendo las teorías psicoanalíticas y cognitivas las que explican una mayor proporción. En definitiva, como señalábamos antes, el suicidio es un acto realizado por una persona *única*, y en este sentido tenemos que recordar uno de los principios fundamentales de la fenomenología: *podemos llegar a entenderlo pero nunca a explicarlo*.

AMBIENTE LABORAL Y SUICIDIO

No es en absoluto nuevo el debate que está planteado entre los que opinan que se debe trabajar más y disponer de menos tiempo para el ocio y aquellos que defienden que el tiempo para el ocio debe ser mayor que el dedicado a las tareas laborales. En este sentido, se ha podido comprobar que el exceso de trabajo —más de cincuenta horas semanales— afecta a la salud y el bienestar de las personas.

La situación de paro laboral y los trabajos precarios son factores de riesgo de una mala salud mental y de suicidio.

El ambiente laboral estresante se constituye en un factor de riesgo suicida con independencia de la existencia de cuadros depresivos, del nivel socioeconómico, características de la personalidad y posibles antecedentes psiquiátricos. El estrés laboral puede ser definido como la respuesta psicobiológica que aparece cuando los requisitos de un trabajo no se igualan a las capacidades, los recursos y las necesidades de un trabajador concreto. Entendido de esta manera, el estrés laboral puede estar relacionado con el tipo de trabajo, el contexto organizativo, el ambiente laboral y las dificultades para conciliar la vida familiar y laboral.

En las últimas décadas se han manejado dos modelos para el estudio del estrés laboral:

- El modelo de demandas psicológicas del trabajo y control sobre el trabajo de Karasek. Según este, el grupo de trabajadores con altas demandas psicológicas provocadas por su trabajo y poco nivel de control sobre su actividad laboral serían los que presentan un mayor riesgo de padecer estrés y trastornos psicósomáticos.
- El modelo de esfuerzo – recompensa de Siegrist. En base a este modelo, el mayor riesgo de estrés laboral se produce cuando no existe una proporción adecuada entre trabajo y las recompensas salariales, valoración del trabajador, promoción laboral y seguridad en el puesto de trabajo.

En los escasos trabajos de investigación que relacionan la actividad laboral con el suicidio se puede destacar que: las ideas suicidas se relacionan con estresores laborales, ausencia en los trabajadores de recursos de afrontamiento y técnicas de reducción de estrés, trabajo durante las vacaciones (particularmente en mujeres), problemas con el consumo de alcohol, falta de sueño, red social escasa, no vivir en familia, padecer estrés tanto en el trabajo como en el domicilio y el empleo autoadministrado de psicofármacos (benzodiacepinas) para reducir el estrés, que lejos de lograr su objetivo incrementan el riesgo de suicidio consumado.

El análisis del conocido caso de la empresa France Telecom (FTC) con la incidencia de un alto número de suicidios en un corto periodo de tiempo —dos años—, teniendo lugar muchos de ellos en el propio lugar de trabajo, nos permite concluir que: los suicidios de FTC constituyen un modelo experimental para estudiar el papel del estrés social sobre el proceso suicida, es muy difícil establecer conexiones directas entre los casos de suicidio y la gestión administrativa de la empresa, la tasa de suicidio en la empresa fue de 17,1/100.000 que es comparable a la existente en Francia (19,6/100.000). La empresa se empeñó en destacar que la tasa de suicidios en ella era inferior a la existente en la población general francesa y además recalcaron que la población de FTC no es representativa de la población francesa en su conjunto. La empresa utilizó la denominada «estrategia de la duda» para liberarse de cualquier responsabilidad en relación a los suicidios.

Ante los resultados del estudio realizado sobre France Telecom, debemos plantearnos el cómo salir de la «duda» respecto a las condiciones de trabajo y sus posibles implicaciones en el hecho de los suicidios de sus trabajadores. Para solventar esta cuestión, es necesario plantear la conveniencia de recurrir a otras fuentes de información que nos permitan establecer algunas evidencias en la posible relación entre la organización interna de la empresa y los suicidios. Estas evidencias son entre otras: las alertas que desde diferentes ámbitos de la empresa se habían desatado en relación a una evidente degradación de las condiciones laborales de los trabajadores, la existencia de un plan de despido de empleados que tenía anunciado la dirección y que afectaría aproximadamente al 20% de la plantilla, y las nuevas formas de gestión implantadas por la empresa que impedían la integración de los empleados en su grupo de trabajo, lo cual se traducía en un acusado sentimiento de exclusión experimentado por el trabajador en su propio lugar de trabajo.

Otro tema muy vinculado al ambiente laboral y suicidio, es la relación existente entre el estrés laboral y el *Burnout* en una población especialmente sensible como es la conformada por los médicos. Podemos concluir que: existe una gran cantidad de estudios sobre el tema, la incidencia es alta ya que hasta un 60% de médicos presentan *Burnout*, se hace evidente la necesidad de implementar estrategias de organización laboral y entrenamiento para la gestión del estrés en el ámbito laboral sanitario.

En la actualidad se está profundizando en la investigación sobre respuestas emocionales e inflamatorias al estrés social en pacientes suicidas o con intento de suicidio. No pueden adelantarse aún resultados significativos, pero puede apreciarse que existen personas especialmente sensibles a estresores sociales, lo cual incita a profundizar en esta línea de investigación.

RESULTADO DE INVESTIGACIONES EN CURSO SOBRE CONDUCTAS SUICIDAS

Se parte de la constatación de que el suicidio es un problema de salud pública muy importante, ya que se encuentra entre las diez principales causas de muerte a nivel mundial, siendo la conducta suicida más frecuente que el suicidio consumado.

En relación al riesgo suicida, sabemos que la prevalencia y los factores asociados, se muestran diferentes según las poblaciones específicas analizadas. Concretamente en An-

dalucía no existen estudios epidemiológicos sobre población general, lo que da un especial sentido al estudio que se presenta:

- Las fortalezas del estudio se basan en la amplitud y representatividad de la muestra, la alta tasa de respuesta global de sujetos que finalizaron el estudio (83,7%) y la innovación que supone el análisis de riesgo de suicidio actual.
- Las implicaciones clínicas de la investigación se traducen en que los datos de prevalencia aportados representan una valiosa herramienta para planificar e implementar recursos preventivos, diseñados en función de las necesidades de la población andaluza y que la detección de factores de riesgo asociados al riesgo suicida actual, permiten identificar áreas específicas para su abordaje preventivo.
- Las limitaciones derivadas del estudio parten de no emplear un instrumento específico para valorar el riesgo de suicidio actual, evaluándose mediante entrevista domiciliaria. Los factores que adicionalmente pueden contribuir en el fenómeno suicida fueron excluidos. Por este motivo, no se pueden establecer relaciones de causalidad por tratarse de un estudio transversal y al haber calculado la prevalencia de riesgo de suicidio actual los resultados no pueden compararse con estudios de prevalencia anual.

Hasta ahora se sostenía que aquellos que se suicidaban y los que presentaban tentativas suicidas formaban parte de un mismo grupo de sujetos detectados en momentos diferentes de su transcurrir vital. En la actualidad cada vez son más los autores que contradicen lo anterior, pero señalan que comparten características como la edad, el género, antecedentes de tentativas suicidas, problemas con el alcohol, situación económica, mala salud física y presentar un trastorno narcisista de la personalidad. Todas estas características pueden ser empleadas también para establecer diferencias entre la población de suicidas y la constituida por aquellos que presentan intentos de suicidio.

Por otra parte, se ha constatado que el suicidio tras una tentativa autolítica es infrecuente, de ello se deduce que la tentativa no debería ser considerada ni el único ni el principal factor de riesgo de suicidio.

El estudio que se presenta se centra en el análisis de la población que realiza intentos de suicidio frente a la de suicidios consumados en una misma área geográfica (Sabadell – Hospital Parc Tauli). Junto a lo anterior se efectúa un seguimiento de las tentativas autolíticas durante cinco años, para describir los factores que se asociaban a riesgo de reintento y a suicidio consumado.

Los resultados más relevantes del estudio efectuado son:

- Que aquellos sujetos con tentativas autolíticas se definían por ser mujeres (62%), con una edad media situada en los 40,8 años (± 16), el método más empleado era la sobreingesta medicamentosa (70,8%), algo más del 20% fueron hospitalizados y repitieron la tentativa al menos una vez, con un tiempo medio de repetición de 298 días.
- En lo que se refiere al grupo de suicidios consumados, los métodos empleados fueron precipitación y ahorcamiento, sin detectarse en la mayoría de ellos tentativas suicidas previas.

- Entre los factores que aumentan el riesgo de repetición de la tentativa destacan en la variable diagnóstico los trastornos de personalidad del *cluster B* y el consumo de alcohol; mientras que la variable edad, funciona de tal forma que a mayor edad menor riesgo de repetición.
- Los factores de riesgo para consumir el suicidio en personas con tentativas previas son el trastorno por abuso o dependencia al alcohol y la edad. En este caso, una mayor edad incrementa el riesgo de consumir el suicidio. Debe destacarse también que un porcentaje superior al 80% de los sujetos que consuman el suicidio, no estaban vinculados al programa de seguimiento telefónico tras tentativas anteriores.
- La conclusión más relevante es que las poblaciones de suicidios consumados y la de tentativas suicidas, son claramente diferentes. En las tentativas se trata en su mayoría de mujeres jóvenes que presentan un trastorno adaptativo o un trastorno de personalidad del *cluster B*, que emplean el método de sobreingesta medicamentosa y tienen un número de tentativas autolíticas previas considerablemente alto. La población de suicidio consumado está constituida mayoritariamente por hombres de mayor edad, con predominio de trastorno depresivo mayor y dependencia alcohólica, una peor salud física, una situación socioeconómica precaria, historia familiar de conductas suicidas y el empleo de métodos suicidas mas letales.
- Las medidas preventivas que se derivan de las conclusiones consisten en el planteamiento de mejorar la atención tanto para la depresión como para los problemas derivados del consumo de alcohol. Se considera también muy importante la mejora de la evaluación y manejo del riesgo suicida en atención primaria.
- Entre el 15 y 25% de los pacientes que han presentado conductas autolíticas las repetirán al año, estimándose que por cada suicidio existen aproximadamente 50 intentos de suicidio.
- Las diferentes revisiones Cochrane realizadas hasta la fecha sostienen que no existen pruebas sólidas que aconsejen una intervención psicofarmacológica específica para reducir las conductas autolíticas. Sin embargo, a nivel farmacológico un ejemplo paradigmático de ello ha sido el papel de ketamina en la reducción de la ideación suicida.
- La necesidad de dar una respuesta a un problema de tan creciente complejidad ha dado lugar a la aparición de una ingente cantidad de guías clínicas, todas ellas con un enfoque multidisciplinar, pero cuya homogeneización es aún mejorable.

El estudio de la respuesta electrodermal se ha demostrado útil para la detección de tendencias suicidas. La sensibilidad y la especificidad cruda para suicidio consumado e intento violento de suicidio fueron elevadas, siendo los pacientes con depresión bipolar los que tenían mayores prevalencias de hiporreactividad. Otros hallazgos de este estudio son que la hiporreactividad electrodérmica es independiente de la gravedad de la depresión, la ansiedad-rasgo, el sexo y la edad.

Cabe aclarar que Thörell considera que la especificidad cruda (*raw specificity*) es mejor índice de validez que la especificidad. En el caso de la reactividad electrodérmica sería el porcentaje de reactivos que no tiene un comportamiento suicida, lo cual equivaldría al concepto de Valor Predictivo Negativo del test, que es la capacidad de dar un resultado nega-

tivo a las personas que realmente no presentaron conducta suicida, evitando así la inclusión de falsos negativos, o lo que es lo mismo, la estimación de la probabilidad de ausencia de conducta suicida cuando el test es negativo.

La hiporreactividad es más frecuente en pacientes depresivos hospitalizados (56-80%) frente a pacientes ambulatorios (13-23%), según Thorell. Además, es un buen marcador de riesgo suicida en pacientes depresivos, independientemente de la gravedad de depresión, ansiedad rasgo, sexo y edad.

Para Thörell, la respuesta de hiporreactividad podría estar relacionada con una alteración en la plasticidad del hipocampo -si bien es cierto que otras teorías alternativas ponen el foco en lesiones neuroanatómicas a nivel del córtex prefrontal-, que a su vez, podría estar en relación con diversos factores tales como estrés y elevados niveles de corticosteroides, procesos inflamatorios a nivel cerebral, desesperanza aprendida u otros factores, que a su vez tendrían como consecuencia una hipofuncionalidad del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) a dicho nivel.

Los estudios científicos sobre el valor predictivo de diferentes métodos de evaluación del riesgo de suicidio tienen muchas limitaciones (p. ej. diferentes variables de medida, enfocados a la prevención a largo plazo en lugar de en el riesgo a corto plazo). Hasta la fecha, los modelos y las escalas propuestas para valorar riesgo de suicidio demuestran una fiabilidad y validez insuficiente y fallan claramente a la hora de predecir el nivel de riesgo de suicidio individual. Los biomarcadores y las medidas neuropsicológicas arrojan resultados prometedores, que podrían incluso soslayar alguna de las limitaciones de los métodos de autoinformación. Si bien, en el momento actual, la combinación de mediciones de múltiples dominios sigue siendo la aproximación más efectiva en la valoración del riesgo de suicidio. En este sentido, los resultados obtenidos en nuestro estudio de actividad electrodermal sugieren que la hiporreactividad electrodérmica podría ser un buen biomarcador de riesgo de tentativa suicida en pacientes con trastornos depresivos.

LIMITACIONES EN EL ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

La producción científica sobre suicidios se centra en Estados Unidos, Canadá y países europeos. De entre ellos la producción es muy alta en Estados Unidos, donde paradójicamente las tasas de suicidio son bajas. Por otra parte, es curioso observar que donde más altas son las tasas de suicidio menor es la producción científica sobre este tema, lo cual nos puede llevar a obtener conclusiones sesgadas en las investigaciones que se realizan. Igualmente es interesante resaltar que los aspectos relativos a Psiquiatría, de lo publicado en Pubmed en 2016, suponen el 4% y el suicidio representa el 0,3% del total de publicaciones.

Las publicaciones en relación al suicidio nos han proporcionado:

- Modelos de prevención y de valoración del riesgo muy completos.
- Descripción de los factores de riesgo y desarrollo de propuestas de intervención para la prevención de esos riesgos.
- Intervenciones psicosociales de probada eficacia en la reducción de los intentos suicidas.
- Intervenciones en la comunidad para la disminución de riesgo suicida.

- Evidencia de la eficacia de ketamina en la reducción de la ideación suicida.
- Propuestas de modelos animales, para que a través de endofenotipos, puedan ser probados nuevos tratamientos con eficacia antisuicida.

Valorando muy positivamente los hallazgos que la investigación nos ha proporcionado y el aumento del conocimiento sobre el suicidio, debemos reconocer que las tasas de suicidio no se han modificado significativamente en el intervalo comprendido entre los años 2001 y 2011. Si nos centramos exclusivamente en Estados Unidos se comprueba que las tasas de suicidio no solo no han descendido, sino que han aumentado en el periodo que va desde 1999 a 2014. En este mismo país también se han visto incrementados los casos de intentos suicidas atendidos en urgencias desde 1993 hasta 2008.

Los más recientes estudios científicos sobre suicidio señalan que:

- Las escalas que se emplean para evaluar el riesgo suicida no son útiles. Ninguna escala es lo suficientemente eficaz como para ser recomendada en el uso clínico diario.
- Los factores de riesgo son muy comunes y poco específicos en la población suicida con lo cual no nos permiten, en pacientes que están en riesgo, distinguir aquellos que van a repetir el intento de suicidio o que van a morir por suicidio.
- Los modelos que predicen la conducta de alto riesgo basados en datos administrativos, sociodemográficos y clínicos, son mas precisos que la estratificación clínica.
- Los marcadores de riesgo biológicos no son lo suficientemente eficaces como para predecir el suicidio.
- Los factores psicosociales han sido sobrevalorados respecto de su capacidad preventiva siendo esta, en realidad, muy limitada.
- La única medida terapéutica que se muestra realmente eficaz es la intervención breve que recomienda la Organización Mundial de la Salud, y que esencialmente consiste en una sesión psicoeducativa con los pacientes en una primera consulta y un posterior contacto repetido con ellos.

Ante la realidad descrita, es interesante plantear cuál es la situación en la que nos encontramos frente a la investigación sobre el suicidio, siguiendo para ello un análisis de matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades):

- **Debilidades:** se carece de una definición clara del suicidio, los resultados de la investigación no nos acompañan en la medida que sería deseable y existe producción científica en países occidentales que no son representativos de las tasas de suicidio a nivel mundial.
- **Amenazas:** todos los aspectos relativos a la "muerte digna", que el suicidio siga representando una verdad "silenciosa" (estigma), la falta de financiación para la investigación, la dificultad para realizar ensayos clínicos y las limitaciones que tienen muchas personas en riesgo de suicidio para acceder a los tratamientos adecuados.
- **Fortalezas:** una larga tradición en la producción científica que se remonta a 1950, la existencia de un considerable número de instituciones preocupadas por el suicidio, un abordaje multidisciplinar con multitud de instrumentos para el estudio específico del tema y modelos bien establecidos e incluso la posibilidad de modelos animales.

- **Oportunidades:** la apuesta de las compañías farmacéuticas para facilitar los ensayos clínicos en suicidio y la implantación de una medicina predictiva-preventiva-personalizada-participativa (P4) que plantea interesantes perspectivas para el suicidio.

En el marco de la labor que realiza la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS), pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Se desconoce la tasa de suicidio real en España derivándose una menor probabilidad de alcanzar la inversión necesaria para paliar este grave problema de salud mental. En este sentido debe conocerse que los datos de los que disponemos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se corresponden con el año 2015 y no se elevarán a definitivas hasta el año 2020. Estos datos nos muestran la existencia de 3.602 suicidios consumados, de los cuales el 74,4% son hombres y el 25,1% mujeres. En España la tasa oficial de suicidios es de 7,75 por 100.000 habitantes, lo que implica un total de 9,86 suicidios al día. Por otra parte, debe hacerse hincapié en que los datos que aporta el INE sobre las personas que se suicidan son muy escasos y sin hacer referencia a causas posibles del hecho suicida.
- España tiene algunas particularidades en relación al suicidio que son interesantes conocer: es la primera causa de muerte no natural desde el año 2007, en el año 2014 se registró la cifra mas alta de suicidios en los últimos veinticinco años, las muertes por suicidio representan más del doble de las que se producen por accidente de tráfico (hasta doce veces más que las causadas por homicidio y sesenta veces más que las derivadas por violencia de género), no sabemos cuántos intentos de suicidio se producen en nuestro país (aunque podría estimarse en 96.331 casos al año) situándose las cifras oficiales entre 20.000 y 40.000 casos.
- No existen programas preventivos de suicidio en España a nivel nacional y todos los intentos de implantarlos han fracasado. No obstante, sí pueden encontrarse programas piloto en diversas Comunidades Autónomas.
- Es necesario y urgente que se desarrollen programas preventivos a nivel nacional como ocurre, con alto grado de éxito, en otros países de nuestro entorno como Finlandia.
- Se constata con absoluta claridad que la sociedad española no está suficientemente concienciada en relación al grave problema de salud que supone el suicidio.

Hasta la fecha solo existe un fármaco cuyo potencial antisuicida ha sido reconocido por alguna agencia sanitaria, en este caso la FDA y se trata de clozapina (Meltzer *et al.* 2003), nos estamos refiriendo a un fármaco de segunda línea terapéutica. Por otra parte, el potencial antisuicida del litio ha sido demostrado en estudios meta-analíticos tanto en depresión unipolar como en depresión bipolar (Baldessarini *et al.* 2006) pero de nuevo estamos hablando de un fármaco que por efectos secundarios / tolerabilidad no puede ser utilizado de modo indiscriminado en todos los pacientes con riesgo suicida.

Ketamina / esketamina son fármacos que han demostrado tener un rápido efecto antidepresivo en pacientes con depresión (Berman *et al.* 2000) y depresión resistente.

La modulación del sistema opioide mediante la administración de una combinación de buprenorfina (agonista parcial μ y κ) y samidorfano (antagonista μ), conocida como ALKS 5641 ha demostrado ser útil como tratamiento coadyuvante de la depresión mayor.

Por otra parte, el uso de dosis ultra-bajas de buprenorfina sublingual (dosis inicial 0,1 mg; dosis media final= 0,44 mg), como tratamiento coadyuvante del tratamiento estándar, ha demostrado ser eficaz en la reducción de la ideación suicida en pacientes con ideación suicida grave.

Lo expuesto previamente pone de manifiesto que los estados crónicos de inflamación y el dolor (físico y/o social) son mecanismos relacionados con el comportamiento suicida y que el estudio de fármacos que actúan sobre esas dianas puede ofrecer interesantes resultados que faciliten el tratamiento del paciente en situación de crisis suicida en un futuro próximo.

No obstante, tal y como señala Courtet (2017), aún existen múltiples preguntas a las que dar respuesta antes de su utilización en la práctica clínica cotidiana, que básicamente se resumen en: dosis, frecuencia y vía de administración óptimas, duración del tratamiento para conseguir una respuesta mantenida, efecto antisuicida en función de las categorías diagnósticas y efecto real sobre la morbimortalidad por suicidio.

Mientras se aclaran estas respuestas, hay que señalar que el adecuado abordaje terapéutico de los pacientes con riesgo de suicidio es, sin duda, necesario y una obligación desde el punto de vista clínico, pero aún insuficiente con los medios disponibles en el momento actual. Por tanto, todo esfuerzo dirigido a la búsqueda de fármacos con efecto específico sobre la suicidalidad supone un avance que puede modificar de modo sustancial el pronóstico y las expectativas vitales de nuestros pacientes.

**CONFERENCIA
DE CLAUSURA**

VI

PSICOPATOLOGÍA DEL ARTE: ESQUIZOFRENIA, ESTADO DE ÁNIMO Y RIESGO DE SUICIDIO

R. Pigem

INTRODUCCIÓN

Las obras que se presentan a continuación pertenecen y han sido realizadas en la Fundación Terapéutica Racional, dirigida por Ramón Pigem. La mayor parte de ellas han sido elaboradas por pacientes ingresados en la Clínica Psiquiátrica Bellavista de Lleida. La otra parte, proviene de pacientes ambulatorios y algunas de ellas han sido adquiridas a artistas profesionales que también son enfermos mentales.

La sede permanente de la Fundación, con una pequeña sala de exposiciones y un taller de pintura, se encuentra en el centro de Lleida, al lado del Ayuntamiento.

Hemos seguido un patrón de trabajo que ha consistido en contratar artistas profesionales, y a la vez pacientes, que han enseñado las normas básicas para pintar, a otros pacientes y así, estos, poderse expresar libremente a través del arte, con la idea de aportar nuestro granito de arena en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

Art Brut o Arte Marginal es el arte en su pura y primitiva expresión, en su esencia, sin tener en cuenta las corrientes artísticas de moda temporales ni la posibilidad de tener que vender las obras o que agraden al público. Crea con el fin de transformar el mundo real.

Otra característica es lo precario de los medios en los que se pintaba o producía, ya que, en los manicomios, no había posibilidad de tener al alcance medios materiales para realizarlos.

Los centros históricos principales donde se ha producido el Art Brut han sido los antiguos manicomios y las cárceles, y podemos decir que los grandes precursores y estudiosos del tema han sido, principalmente: Hans Prinzhorn Clínica Heidelberg (1922), Jean Dubuffet (1901-1985) y Nise Da Silveira (1946).

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PINTURA EN LA ESQUIZOFRENIA

En la pintura de los cuadros psicóticos existen con frecuencia:

- Abunda el lenguaje simbólico (picto-escrituras)
- Neologismos (nuevas palabras)
- Profusión de espirales
- Combinación de materiales heterogéneos mezclados con la pintura
- Utilización de técnicas destructivas: perforaciones, cortes, desgarros...

Algunos ejemplos de picto-escrituras y neologismos pueden apreciarse en las **Figuras 1-4**. Esta última es una novela, escrita por un paciente, en la cual, gran parte de ella está escrita en un lenguaje inventado por él, el okoniano, a modo de gran exposición de neologismos, y para poder leer la obra, incorpora un diccionario.

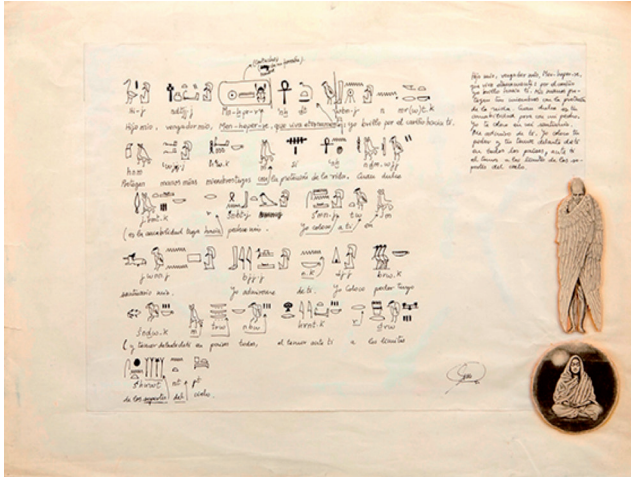


Figura 1



Figura 2

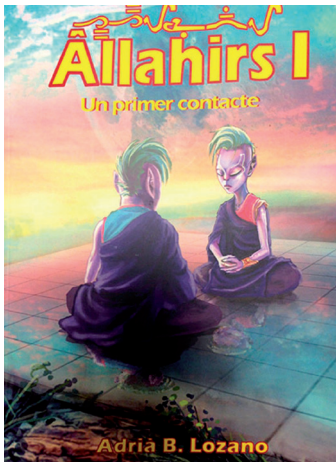


Figura 3

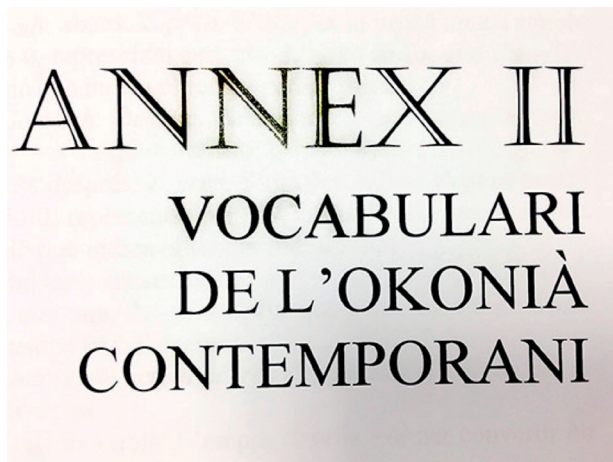


Figura 4

Ejemplos de espirales pueden ser vistos en las **Figuras 5–11**. En esta última podemos observar multitud de elementos incrustados en el cuadro como hojas, ramitas, etc. lo cual es un ejemplo característico del Art Brut.



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

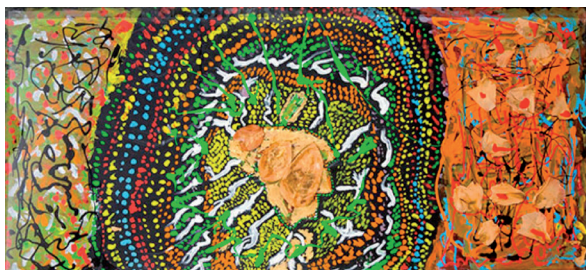


Figura 11

En la **Figura 12** vemos una mano realizada en arcilla y revestida de arena y barniz.

Ejemplos de obras realizadas con materiales heterodoxos pueden apreciarse en las **Figuras 13-17**.



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16
(izquierda)



Figura 17
(derecha)

EL CONTENIDO DE LA PRODUCCIÓN ARTÍSTICA

El contenido está casi siempre en relación con los temas delirantes, podemos encuadrarlos en:

- Melancolía
- Sueños
- Delirios místicos (ángeles y demonios)
- Delirios cósmicos
- Monstruos
- Geometrías, arquitecturas, máquinas y otros inventos
- La cabeza como alegoría (localización de la locura)

Ejemplos de contenido melancólico pueden verse en las **Figuras 18 y 19**.

Muy interesante esta última, obra realizada por un pintor profesional y paciente psiquiátrico, podemos observar al hombre encarcelado por su enfermedad, la jaula en alusión a sus ingresos psiquiátricos. La mención del matiz religioso-místico, representada por la catedral y la paloma con la ventana al cielo como la esperanza de su curación o escape de su enfermedad mental.



Figura 18



Figura 19

Las pinturas oníricas o de contenido mágico e irreal pueden ser observadas entre las **Figuras 20 y 23**.

En este dibujo empezamos a observar una representación que se va a ir repitiendo en otros cuadros y otros autores.

Es significado psicótico la representación, a la vez, del sol y la luna, dos soles o dos lunas, los paisajes lúgubres, sobre todo de montañas, demostrando su estado de ánimo, y como curiosidad hago mención que en nuestra colección (unas 450 obras) la luna suele venir representada en cuarto creciente, cuando lo más habitual, en la pintura clásica ortodoxa es que sea en cuarto menguante.

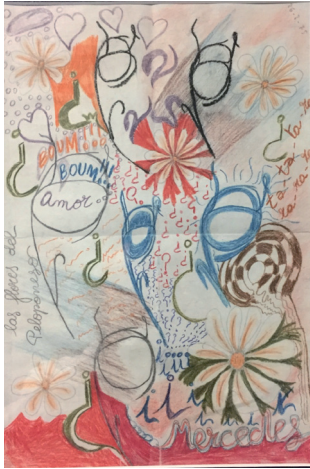


Figura 20



Figura 21



Figura 22



Figura 23

Las representaciones místicas han sufrido un cambio. Con la evolución de la propia sociedad, sus valores y sus creencias, observamos que hace unos años, había mucha más obra con delirios místicos, y actualmente, posiblemente por pérdida de influencia de la religión, observamos más obra de delirios cósmicos o espaciales.

De todas formas, en las **Figuras 24-26** puede apreciarse ese contenido religioso.

Queremos hacer hincapié en la figura demoniaca (**Figura 27**) con la luna en cuarto creciente y el paisaje lúgubre montañoso. La **Figura 28** que representa un dibujo muy interesante producido en 1966 y que recoge la esencia del Art Brut en cuanto a la ausencia de medios para crear, pues está pintado con el dedo usando la ceniza de un cigarrillo. En la **Figura 29** con varias lunas, árboles sin hojas que es símbolo de estado depresivo o ideación suicida, espirales psicóticas y posiblemente la figura materna.



Figura 24



Figura 25



Figura 26



Figura 27

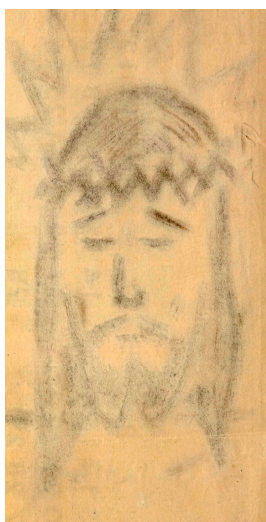


Figura 28



Figura 29

Con respecto a los delirios cósmicos, podemos ver una secuencia de la hipótesis sobre la creación del hombre, de la **Figura 30** hasta la **Figura 36**. Es destacable la dualidad de los dos soles (Figura 33), la expresión de múltiples explosiones (Figura 33), la expresión de múltiples espirales psicóticas (Figura 34).

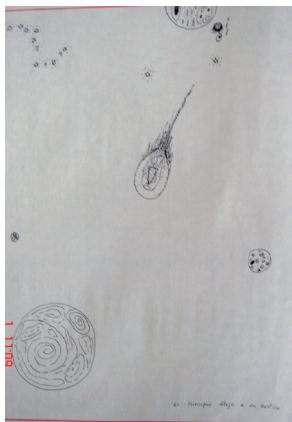


Figura 30



Figura 31

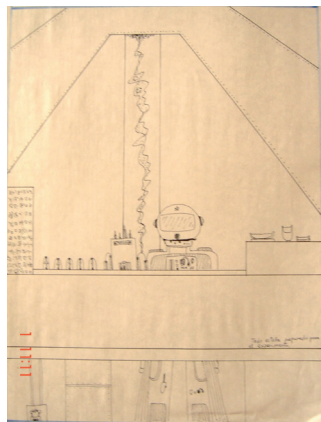


Figura 32

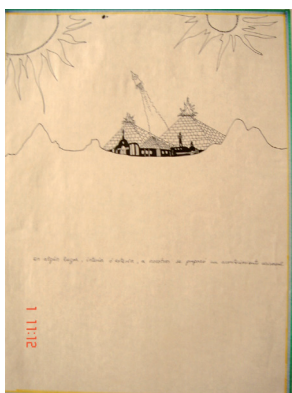


Figura 33

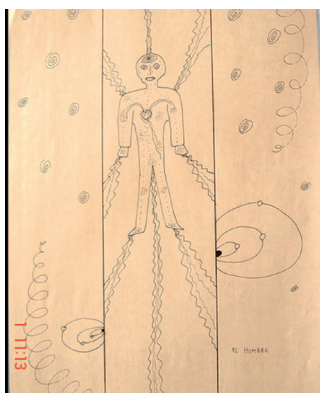


Figura 34

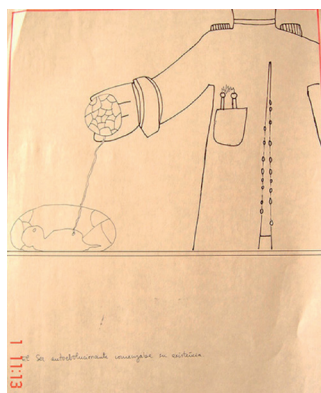


Figura 35

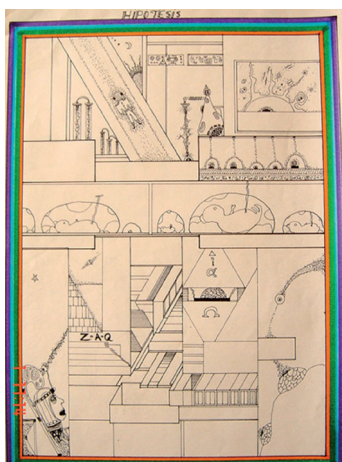


Figura 36

Un dibujo sobre la creación del hombre y de gran valor psicopatológico al reunir muchos elementos de expresión psicótica (**Figura 37**) que representa a dos personas en el cerebro, luna en cuarto creciente, arquitecturas mórbidas, inventos de máquinas, espirales, inclusión de elementos animales, figuras flotantes...

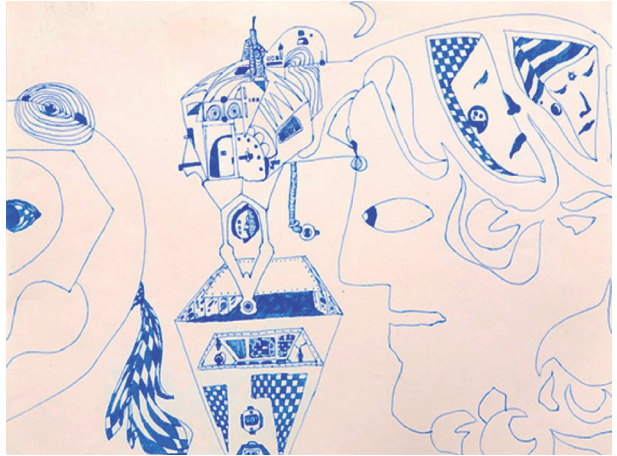


Figura 37

Ejemplos de monstruos pueden ser vistos entre las **Figuras 38 y 47**.

Destacamos la **Figura 40** por ser un cuadro de gran formato con una agresividad extrema, paisajes lúgubres y profusión de monstruos. Del mismo autor es la **Figura 42**, aquí aparece la figura materna representada con un corazón en lugar de útero y rodeada de monstruos. En la parte superior, en la luna en cuarto creciente, podemos ver un retrato, boca abajo, de la madre, expresado en un dibujo perfectamente clásico y ortodoxo.

Es curiosa la pintura (**Figura 47**) que representa un monstruo con connotaciones sexuales, en forma de senos, útero, otras veces los motivos escultóricos y pictóricos manifiestan una grosera sexualidad



Figura 38



Figura 39



Figura 40



Figura 41



Figura 42



Figura 43

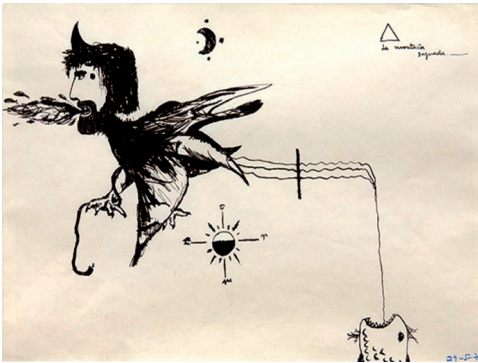


Figura 44



Figura 45

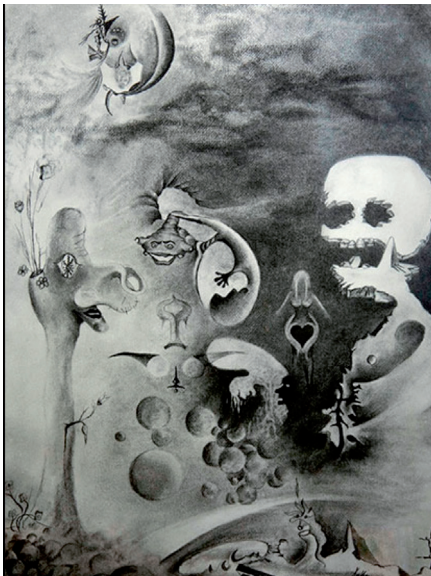


Figura 46

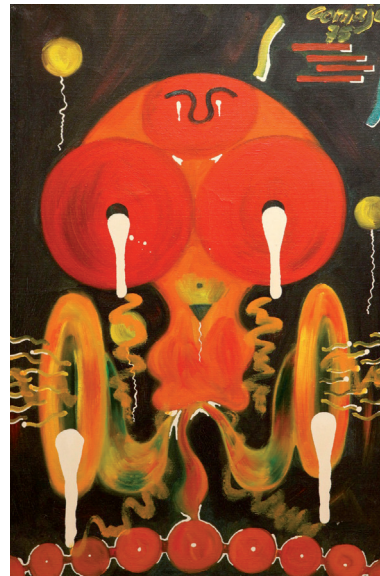


Figura 47

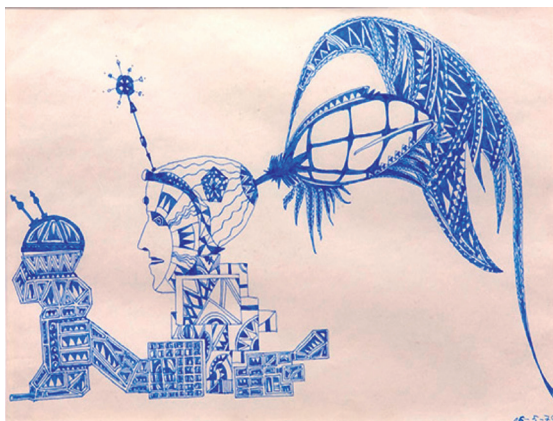
Dentro de los contenidos que hemos denominado "geometrías, arquitecturas, máquinas y otros inventos" ponemos una muestra (**Figuras 48-62**). Otras veces se manifiestan esquematizaciones y simbolismos.

Destacamos la **Figura 48** que corresponde a un dibujo con un contenido muy psicótico y excelentemente realizado con el sol-luna en cuarto creciente, mezcla de animales convertidos en monstruos, arquitecturas mórbidas, e incluso un reloj de tipo Daliniano. También podemos ver neologismos.



Figura 48

Figura 49



Dibujo de gran belleza y significado (**Figura 49**) que fue una obra muy reconocida en la exposición "Pinacoteca Psiquiátrica de España", en la cual se hizo una versión muy grande en relieve con porexpán.

Autor de varias obras geométricas (**Figuras 50 y 51**), jugador de ajedrez y dominó que siempre incluye en sus obras, realizadas con rotulador y formatos medianos, piezas de ajedrez o dominó. Es frecuente el abigarramiento y la tendencia a ocupar la totalidad del espacio disponible.



Figura 50



Figura 51

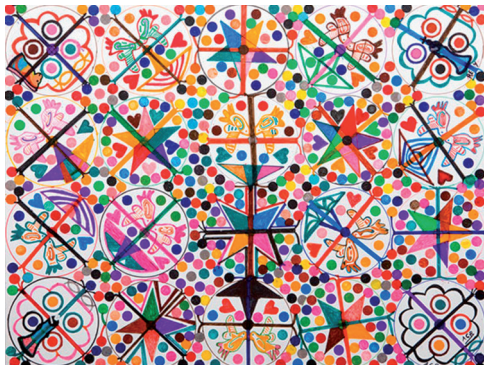


Figura 52



Figura 53



Figura 54



Figura 54

Inventos de un paciente sobre cómo producir energía continua sin coste alguno. Los dibujos (**Figuras 55-57**) realizados con muy pocos medios, fundamentalmente con bolígrafo y lápiz bicolor a tener en cuenta el año de producción 1922 y 1927.

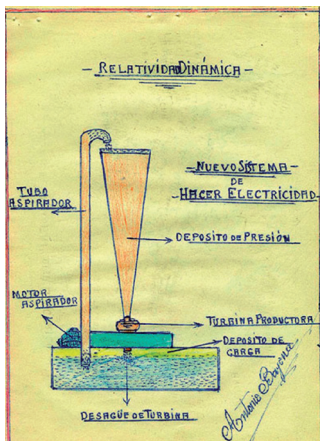


Figura 55

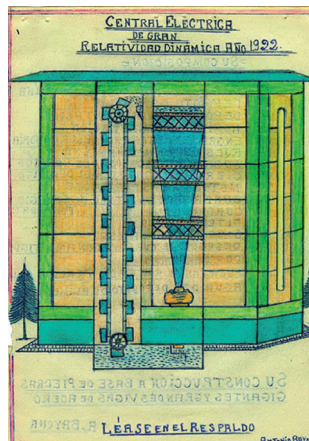


Figura 56

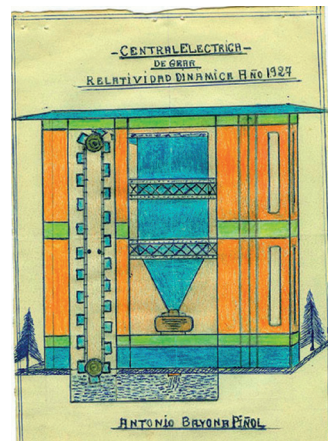


Figura 57

Cuadros que hacen referencia a la cabeza como alegoría: localización de la locura. Pueden verse entre la **Figura 58 y 63**. Significar que en la **Figura 59** el autor identifica la parte roja del cerebro con la parte enferma. En otros casos una gran espiral (significado psicótico) nos anula la mente (**Figura 60**). Un dibujo muy expresivo, lleno de significados, con múltiples soles, múltiples caras, y un paisaje desapacible y siniestro (**Figura 61**). Aquí sería un resumen del camino a recorrer, con los elementos geométricos, místicos y por encima de todo, la alegoría a la cabeza (**Figura 62**). En esta otra (**Figura 63**) observamos el sol explosivo y la luna, una vez más, en cuarto creciente.

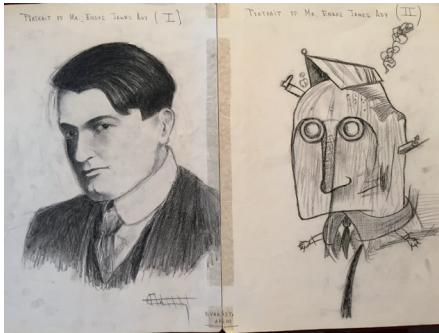


Figura 58
(izquierda)



Figura 59
(derecha)



Figura 60
(izquierda)

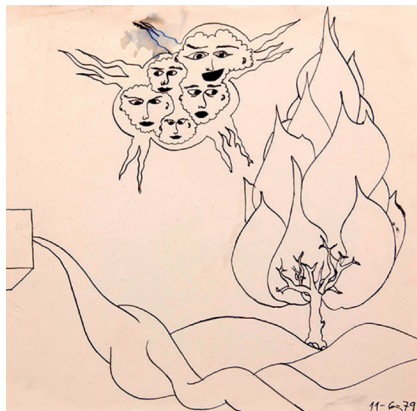


Figura 61
(derecha)

Figura 62
(izquierda)

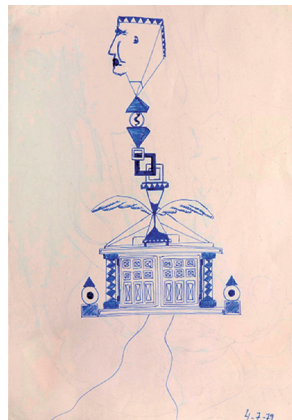
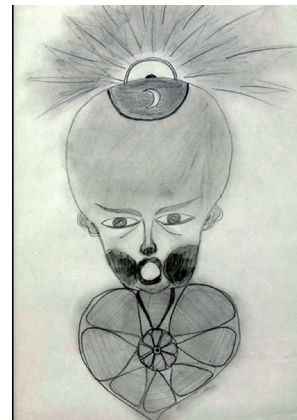


Figura 63
(derecha)



LAS FORMAS DE LOS DIBUJOS EN LA PSICOSIS

Durante la psicosis los dibujos son:

- Más enérgicos
- Más expresivos
- Más típicos
- Gran libertad de trazo y cromática
- Repetición estereotipada de figuras y motivos

Estas características son fácilmente comprobables en las **Figuras 64-67**.

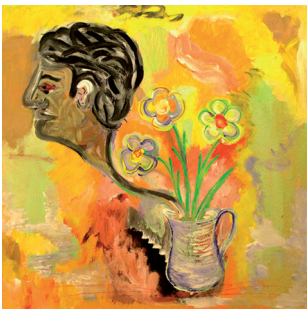


Figura 64

(izquierda)

Figura 65

(derecha)



Figura 66



Figura 67

Las formas son inquietantes y grotescas, las figuras flotantes y aspectos deformantes y monstruosos, haciendo especial hincapié a un rechazo hacia lo bello como expresión de su malestar psíquico. Los motivos frecuentes, que aparecen durante la producción artística de los enfermos mentales, son de muerte, del espejo o de la máscara (**Figuras 68-72**).

En la fase aguda de la enfermedad la pintura se expresa con garabatos de carácter tosco, espontáneo, grotesco e irreflexivo (inconsciente).

Las obras que vemos a continuación (**Figuras 73-77**), la gran mayoría de ellas son de autores de los cuáles hemos visto elaboradas composiciones, que en la fase aguda de la enfermedad son incapaces de expresarse artísticamente y frecuentemente se ha de ayudar, en esta fase, de frases para poder transmitir en significado artístico de sus obras.



Figura 68



Figura 69



Figura 70

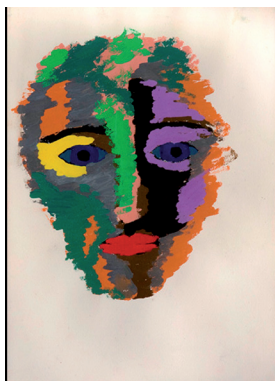


Figura 71



Figura 72



Figura 73



Figura 74



Figura 75

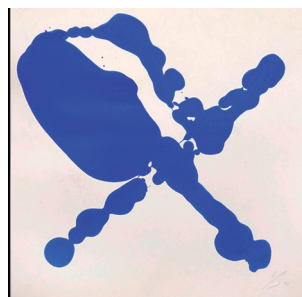


Figura 76



Figura 77

La fuerza creadora, que sí tienen algunos esquizofrénicos, es lo que iban a observar y buscar en los manicomios en el siglo pasado ilustres pintores como Tapes, Miró, Picasso, buscando la esencia del arte creativo, ya que el enfermo mental que elabora arte, tiene una gran fuerza interior creadora que no está mediatizada por ninguna moda, corrientes sociales, mercantilismo y solamente está condicionada a su capacidad como artista y a los medios de que dispone. El mundo psicótico puede dar esa fuerza creadora, pero para convertirse en arte hace falta unas dotes innatas y un acuerdo con el arte. Las creaciones reflejan el mundo interior del artista.

El talento es la capacidad de imitación y se encuentra bajo el control del "yo". Sin embargo, la fuerza creadora es independiente del yo consciente, es la Originalidad.

LA ORIGINALIDAD

La originalidad se caracteriza por:

- Cambio
- Dinamismo
- Variación
- Desviación de las normas
- Incomunicación
- Aislamiento
- A menudo en ella hay algo antisocial

En la **Figura 78** puede observarse una obra de gran formato realizada por un paciente en la que representa su experiencia y vivencia después de su ingreso en un centro psiquiátrico: "estoy encerrado, sin poder salir y rodeado de bichos raros" (en alusión a los otros pacientes ingresados).

Igualmente (**Figura 79**), en otra obra de gran formato, muy original y creativa con una parte muy agresiva y violenta; representación psicótica en la nube llena de cráneos e inserción de elementos atípicos en el lienzo (teléfono móvil pegado).



Figura 78



Figura 79

Así, pues, podemos resumir las capacidades creadoras en la esquizofrenia en cuatro tendencias: la expresión fisionómica, el formalismo, el simbolismo y la deformación (L. Navatril, 1966).

TRASTORNO DEPRESIVO

Las mismas características del trastorno depresivo (tonalidad afectiva opresiva, triste y ansiosa; la inhibición del pensamiento y de la ideación; la dificultad para tomar una decisión o cambiarla; la falta de motivación) son razones muy potentes y obvias para entender que es bastante difícil encontrar una creación artística abundante en dichos pacientes.

De todas formas, las características de la pintura en este tipo de dolencia son:

- Colorido sombrío y pesimista
- Colores fríos y oscuros
- Temática: muerte, desgracias, dolor, enfermedad, destrucción, pesimismo
- Rasgos de trazo rígidos, duros, ásperos, que denotan tensión emocional y componentes agresivos
- Sombras amplias y acentuadas

En las **Figuras 80-82** pueden captarse algunas de esas características. Igualmente cuando se sufre un estado de ánimo depresivo la composición es más simple de lo habitual (**Figuras 83 y 84**) y ofrece una imagen de crudo dramatismo muchas veces patético (intenso sufrimiento).



Figura 80

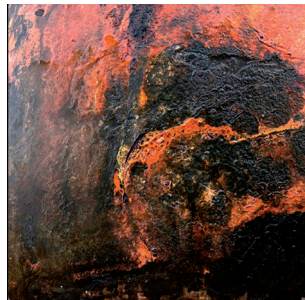


Figura 81



Figura 82

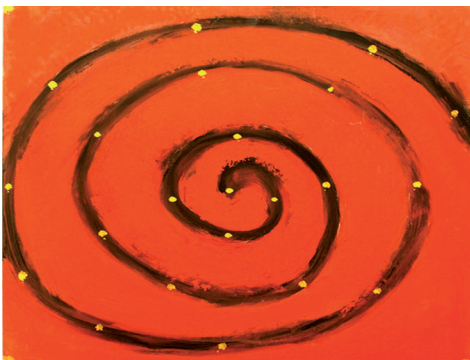


Figura 83

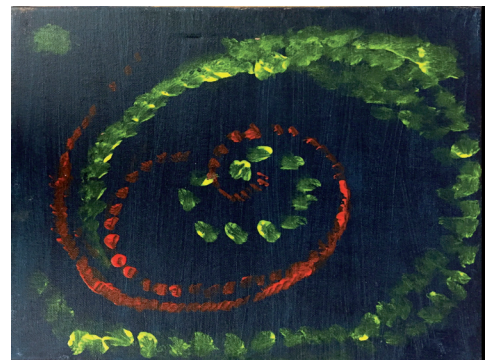


Figura 84

Las creaciones artísticas en los estados depresivos (las **Figuras 85-87** son una buena muestra de ello) se caracterizan por:

- Colores negros, oscuros, grises, plasmados sobre rasgos de carácter infantil.
- Los paisajes son lúgubres, opresivos, muertos.
- Los árboles están desnudos.
- Preferencia por reflejar ambientes referidos a temporadas invernales tristes.
- Las imágenes representan espectáculos mortuorios, cruces, catástrofes, pájaros negros.
- Con estos temas se observa una impulsión al suicidio



La **Figura 85** corresponde a una obra en gran formato, de un pintor muy reconocido a nivel europeo y paciente psiquiátrico en la que podemos observar la figura humana que se adentra en un ambiente oscuro-negro (como el pensamiento depresivo) y la sensación de soledad y alejamiento del entorno familiar representado por el cambio de un hogar por la soledad del hotel-motel.

Figura 85



Figura 86
(izquierda)



Figura 87
(derecha)

Conforme disminuye la depresión aumenta la creatividad. Colores más claros, el invierno se transforma en primavera y la noche da paso al día. Hasta tal punto esto es evidente que este camino cromático puede representar una buena estrategia para evaluar la depresión, las **Figuras 88-93**, son una buena muestra de lo que queremos indicar.

Figura 88*(izquierda)***Figura 89***(derecha)***Figura 90****Figura 91****Figura 92****Figura 93**

Estas dos últimas figuras muestran el principio y el final de una pequeña historia artística de un pintor profesional húngaro que se estableció en Cataluña sobre los años 50-60. En la fase depresiva le invadían las tonalidades oscuras y las temáticas tristes... a medida que iba mejorando su estado de ánimo, iban apareciendo los colores. La remisión de la fase depresiva la interpretó con estos dos niños (seres con futuro) mirando un fiordo lleno de colorido.

TENDENCIA AL SUICIDIO

Hay elementos repetitivos que nos indican una tendencia al suicidio, tales como caminos estrechos y sin salida, cruces, puentes lúgubres, árboles oscuros sin hojas o raíces, pájaros negros (ejemplos de ello pueden verse en las **Figuras 94-97**).

Precisamente la **Figura 94** es una obra de gran formato realizada en relieve, con pasta de papel que representa la figura humana en el color de su estado de ánimo (negro), encaminándose hacia un árbol, tal vez con ideación suicida y la presencia del interrogante, elemento muy presente en la producción artística con estado de ánimo depresivo con ideación suicida. La **Figura 95** representa una obra, realizada por un pintor profesional el día antes de protagonizar un intento de suicidio que motivó su ingreso en un centro psiquiátrico (obra del mismo autor que el cuadro de la **Figura 94**).

La **Figura 96** es la plasmación de un intento de suicidio violento.

La **Figura 88** corresponde a un dibujo de gran formato y es la máxima expresión de la ideación suicida: árbol negro y sin hojas, pájaros negros y conjunto desapacible e inquietante. De hecho, este paciente, falleció al cabo de unos meses de haber realizado el dibujo, de una sobredosis. Contrasta con un dibujo (**Figura 89**) del mismo paciente en cuanto su estado de ánimo era eufórico.

En la **Figura 97** representa un hombre abatido, perdido en un bosque de dudas existenciales.



Figura 94



Figura 95

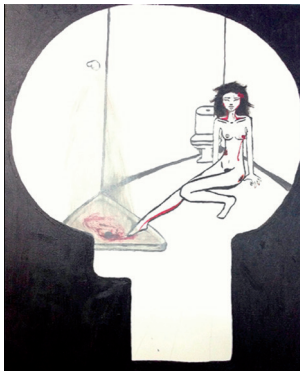


Figura 96
(izquierda)

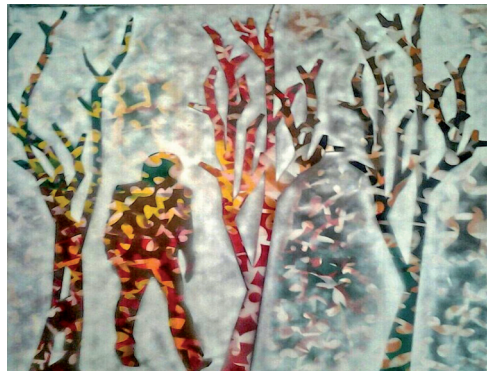


Figura 97
(derecha)

Las personas con ideas o conductas suicidas tienden a dibujos de arboles sin raíces o sin hojas plantados sobre un suelo desértico (**figura 98**) o tumbas, cruces, cementerios, cielos negros, con elementos y colores propios de un estado depresivo intenso (**Figura 99**).

Cuando el estado de animo depresivo se acompaña de ansiedad los dibujos representan situaciones amenazantes (**Figura 100-105**).

Figura 98
(izquierda)

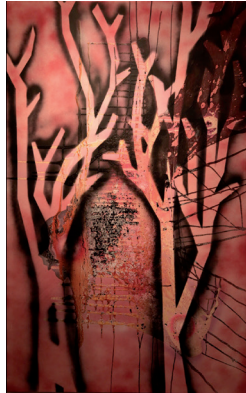


Figura 99
(derecha)

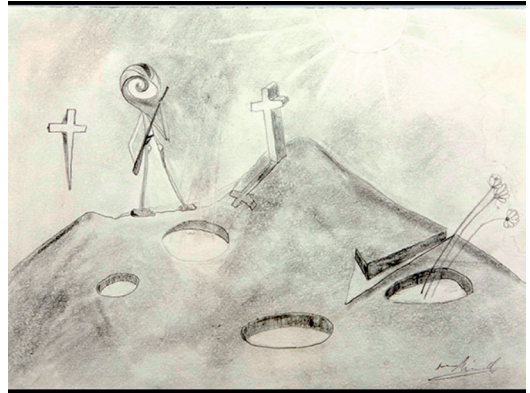


Figura 100



Figura 101



Figura 102



Figura 103



Figura 105
(izquierda)



Figura 104
(derecha)

A veces, el dibujo nos hace sentir un grito desgarrador de socorro, con referencia a escenas que ilustran temática de suicidio (**Figura 96**), el abandono de un niño en la soledad o a la crueldad (**Figuras 106-108**). Igualmente, un dibujo puede expresar la amenaza directa o el deseo oculto de suicidarse (**Figuras 109**). También puede revelar al paciente el sentido de la muerte (**Figuras 110-112**).



Figura 106

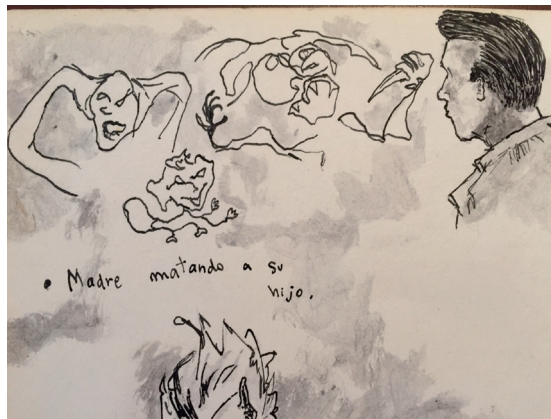


Figura 107



Figura 108



Figura 109



Figura 110



Figura 111



Figura 112

ART BRUT: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

En el **pasado** el Art Brut vivió su auténtica esencia y todo su esplendor, en donde los enfermos psiquiátricos en sus manicomios y los reos en sus cárceles, realizaban obras de arte sin ningún condicionante social ni comercial, a esto hay que añadir el que como no contaban con medios materiales para realizarlos incluían materiales atípicos en sus obras y éstos eran lo que tenían a su alcance en las instituciones, creando una originalidad en sus obras hasta entonces desconocida.

Del pasado, las principales colecciones de Art Brut que se conservan, o por lo menos las famosas y conocidas son las de:

- Saumlung Prinzhorn Des Psychiatrischen Universitätskink, Heidelberg.
- Musée Cantonal de Beaux-Arts, Lausanne (Dubuffet).
- Coleção Museo Bispo Do Rosario, Rio De Janeiro.
- Collection Irish Museum of Modern Art Musgrave Kinley Outsider Art Collection, Dublin.
- Collection Saint-Anne: Centre d'Etude de l'Expresion, Paris.

En el **presente** hemos de tener en cuenta dos circunstancias muy importantes: en primer lugar, los tratamientos para la Psicosis y la Depresión son mucho más eficaces que en el pasado, motivo por el cual se acorta la fase aguda de la enfermedad y por consiguiente "la fase productora psicopatológica artística", lo que da como resultado una menor productividad artística. Por otro lado, la implantación casi universal del Arte-Terapia, que en cierta manera estaría contrapuesto al Art Brut, al dirigir e incorporar como terapia el arte en lugar de ser una explosión espontánea creativa y patológica en cierto sentido.

Vamos a ver algunos ejemplos de un taller de arte terapia en el que los pacientes expresan su visión sobre su cuerpo.

Ha habido épocas, durante las cuales, ha sido muy frecuente el uso de drogas entre los artistas para intentar potenciar la fuerza creadora que tenían, emulando así, a los artistas con enfermedades mentales, que a causa de estas ya tenían una gran creatividad en sus obras.

Por otro lado, la expresión artística del Arte Urbano (grafitis) en su inicio, podríamos discutir si se trataba de artistas con patología psiquiátrica, aunque solamente fueran trastornos de personalidad y por su actividad antisocial o *anti establishment*.

Posteriormente, la sociedad los ha englobado como una corriente artística aceptada y sus grandes autores exponen y venden obra (muy valorada) en los circuitos de arte tradicionales y comerciales.

De todas formas, por lo que conozco, hay muchos autores de grafitis con trastornos psiquiátricos, psicóticos, afectivos, de personalidad y abuso de sustancias, que encuentran alivio en sus enfermedades al expresarse por medio de obras anti-sistema.

¿Sería una variable de Art Brut moderno?

Nosotros propusimos a un grupo de grafiteros, muchos de ellos pacientes psiquiátricos, que nos expresaran su visión de la enfermedad mental, y esta es una pequeña muestra de lo que presentaron (**Figuras 113-117**).



Figura 113

(izquierda)

Figura 114

(derecha)



Figura 115

Figura 116

Figura 117

Respecto al **futuro** de Art Brut: En cuanto a las nuevas tecnologías, me refiero, a por ejemplo la aplicación de la informática para la expresión artística.

Hace unos años, se presentó en el congreso anual de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en Nueva York, el programa AVATAR para el tratamiento de pacientes psiquiátricos mediante el cual, a través de su programa informático el paciente iba construyendo sus "monstruitos", su imagen o figura a modo de juego de ordenador y evidentemente esto se contrapone al concepto de la expresión Art Brut y va en detrimento del mismo, aunque posiblemente sea el futuro.

Respecto al Arte Contemporáneo-Conceptual, quisiera explicar que coincidiendo con este mismo congreso del APA en Nueva York, me invitaron a la exposición de Frieze-Projects, una de las convenciones de Arte Conceptual más importantes que existen y presento algunas obras a modo de ejemplo de lo que vimos allí, rodeados de un fastuoso y mega montaje y siendo todas ellas obras catalogadas y seleccionadas para la exposición en su carpa principal (**Figuras 118-123**).

Nos llamó la atención esta obra, cada cuadro consta de un cordón y cuatro alfileres. Nos explicó el galerista que era para que cada uno y en cada momento imaginara en su interior la obra que quería ver.

Precio: el pequeño 25.000\$ y el mayor 75.000\$.

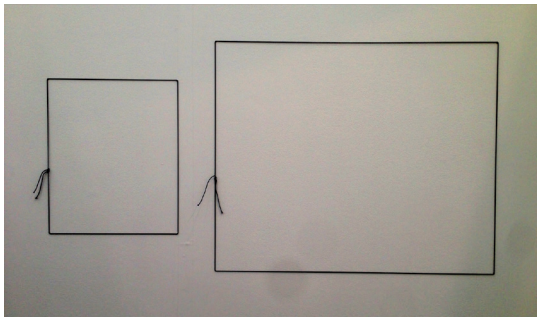


Figura 118

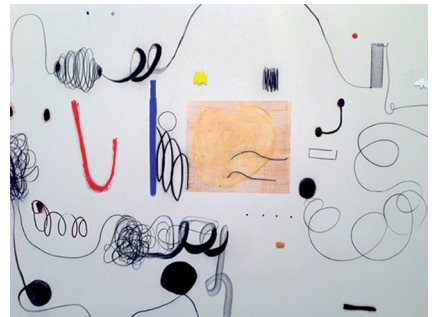


Figura 119

Figura 120

(izquierda)

Figura 121

(derecha)

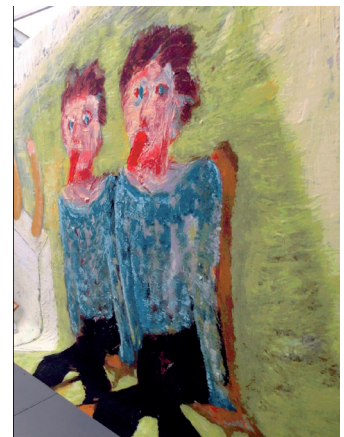
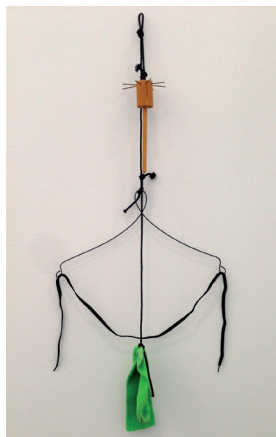




Figura 122

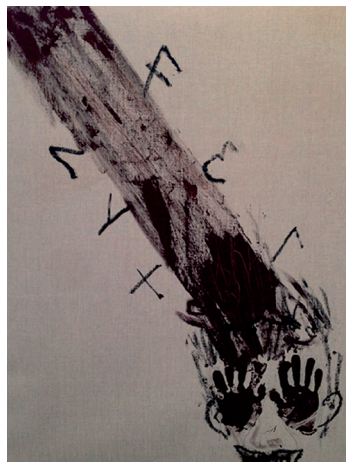


Figura 123

Para concluir la exposición, quisiera explicar una anécdota atribuida a Salvador Dalí, el cual, después de visitar una exposición de Art Brut manifestó: "la única diferencia entre un loco y yo es que yo no estoy loco".

BIBLIOGRAFÍA

- *Art against Stigma*. Juan Jose López Ibor.
- *Art Brut. The Origins of Outsider Art*. Lucienne Peiry. Editorial Flammarion.
- *Arte y Psicopatología. Los dibujos de Paloma*. Maximino Lozano, Silvia Zabala y Agustín Madoz. Editorial Ars Medica.
- *Arte Outsider*. Graciela García. Editorial Sanssoleil.
- *Dubuffet y I, Art Brut*. Editorial 5 Continents.
- *El Arte de la Locura*. Pedro Pablo Ayuso Arroyo. Editorial Janssen Farmacéutica.
- *La Otra Mirada, Art Brut*. Editorial Wyeth.
- *Locura y Creatividad*. Demetrio Barcia Salorio. Editorial You and Us.
- *Pinacoteca Psiquiátrica en España*. Ana Hernández Merino. Editorial Universitat de Valencia.
- *Psicopatología, Arte y Sociedad*. Manuel Serrano Vázquez. Editorial Asociación Gallega de Psiquiatría.
- *Tout L, Art L, Art Brut*. Editorial Flammarion.

