



Recomendaciones sobre la Detección,
Prevención e Intervención de la
Conducta Suicida

Recomendaciones sobre la Detección,
Prevención e Intervención de la
Conducta Suicida

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad y Política Social
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elaboración Servicio Andaluz de Salud

Edita Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diseño Catálogo Publicidad

Imprime Alsur S.C.A.

Depósito Legal GR-1.831/2010

ISBN 978-84-693-0494-5

Todos los derechos reservados

equipo de elaboración

Solange Basaluzzo Tamborini

Psiquiatra, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Unidad de Salud Mental Comunitaria Puerta Blanca

Orlando Benito Riesco

Psicólogo, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Unidad de Salud Mental Comunitario El Cónsul

María Calvo Azpeitia

Psiquiatra, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Unidad de Salud Mental Puerta Blanca

Maribel Cantarero Villanueva

Orientadora, Instituto de Educación Secundaria Sauce de la Carlota

Inés Cerezo Camacho

Trabajadora social, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Complejo de Jaén. Unidad de Salud Mental Comunitario Jaén

Miguel Ángel Corredera Guillén

Médico AP, Distrito Sanitario Málaga. Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria Delicias

Elena M^o González Almendros

Médica AP, Distrito Sanitario Málaga

Marta López Narbona

Psicóloga Clínica, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Rocío. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

José Manuel Perea Baena

Enfermero, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Hospital de Día de Salud Mental (Coordinador)

Lucía Pérez Costillas

Psiquiatra, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Regional de Málaga. Unidad de Hospitalización de Salud Mental

Eva María Rodríguez Marín

Enfermera, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Unidad de Hospitalización de Salud Mental

Francisca Rueda López

Monitora, Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental

Miguel Ruiz Ramos

Asesor, Consejería de Salud. Servicio de información y evaluación

Rosa Zafra Jiménez

Enfermera, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen de la Victoria. Hospital de Día de Salud Mental

revisión

Evelyn Huizing

Técnica, Programa de Salud Mental Servicio Andaluz de Salud

Begoña Isac Martínez

Técnica, Escuela Andaluza de Salud Pública

Almudena Millán Carrasco

Profesora, Escuela Andaluza de Salud Pública

Antonio Olry de Labry Lima

Técnico, Escuela Andaluza de Salud Pública

índice

Presentación	11
Capítulo 1. Suicidio: Recomendaciones para una actuación eficaz...	13
Acerca del capítulo	15
1. Introducción.....	18
1.1. Conceptos.....	18
1.2. Epidemiología y factores de riesgo	19
1.3. Descripción del problema en Andalucía	20
2. Aspectos éticos.....	23
3. Análisis y recomendaciones.....	25
3.1. En el ámbito de la prevención	25
3.1.1. Sensibilización de la población	27
Sensibilización de la población general	27
Identificación de la población de riesgo	28
Sensibilización de la familia y cuidadores/as informales....	44
3.1.2. Formación de Profesionales	45
Atención Primaria.....	46
Salud Mental y servicios de Urgencias	47
Profesionales no sanitarios	48

3.2. Intervención.....	49
3.2.1. Evaluación del riesgo suicida.....	49
Estado mental actual	51
¿Cómo y cuándo preguntar?.....	51
Plan suicida.....	52
Tentativa suicida.....	53
Entorno	56
3.2.2. Puntos de buena práctica clínica	56
3.2.3. Modelo de informe clínico	60
3.2.4. Psicoterapia.....	62
Intervención en la ideación suicida y en los intentos de suicidio.....	62
Intervención con supervivientes	64
3.2.5. Seguridad de pacientes	65
3.2.6. Circuitos sanitarios.....	67
Esquema del circuito.....	69
Seguimiento	70
 Capítulo 2. Tendencias de la mortalidad por suicidio en Andalucía	71
1. Introducción	73
1.1. Objetivos	73
1.2. Metodología	73

2. Principales resultados.....	76
2.1. Mujeres.....	76
2.2. Hombres.....	78
2.3. Método de suicidio	79
2.4. Estado civil.....	81
2.5. Distribución geográfica.....	82
3. Conclusiones	84

Capítulo 3. Tratamiento biológico de la conducta suicida en los distintos trastornos psiquiátricos..... 85

1. Tratamiento psicofarmacológico	87
Trastorno depresivo.....	87
Trastorno bipolar	89
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	89
Trastorno de personalidad	90
2. Terapia electroconvulsiva.....	91

Bibliografía..... 93

Índice de materias..... 103

Índice de siglas y abreviaturas..... 107

Documento anexo: Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares

presentación

El suicidio se considera, cada vez más, como uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. La cantidad de suicidios cometidos en todo el mundo se ha incrementado en un 60% en los últimos 50 años, especialmente en los países en vías de desarrollo. Cabe destacar que el número de suicidios reales se estima mayor que las cifras publicadas, puesto que mientras el suicidio permanezca estigmatizado o penalizado, se oculta como causa de muerte.

En el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) 2008-2012 (Consejería de Salud, 2008), se recoge la necesidad de abordar la prevención del suicidio a través de la elaboración de un documento que recoja pautas de actuación y recomendaciones a incorporar en la práctica clínica. Este es el objetivo principal del presente documento.

La estrategia que se ha llevado a cabo para desarrollarlo se ha basado en el análisis y la toma de decisiones razonada. Se incluyen aspectos que la evidencia ha demostrado útiles en la prevención del suicidio y recomendaciones que se han demostrado eficaces en diferentes investigaciones.

El trabajo se estructura en tres capítulos. El primer capítulo está elaborado con un enfoque integrador, constituyéndose en sí mismo en un manual de análisis y recomendaciones sobre la conducta suicida. Debido a este enfoque es mucho más extenso que los otros dos.

El segundo y tercer capítulo profundizan en temas esbozados en el primer capítulo de especial interés para el principal colectivo al que va dirigido este libro, el personal sanitario. Así, el segundo capítulo realiza un análisis detenido de la epidemiología del fenómeno suicida en Andalucía. El tercer capítulo, por su parte, revisa la evidencia sobre la efectividad de distintos tratamientos en el control somático de la ideación suicida.

Por último, esta edición anexa, en un documento independiente, un elemento de gran importancia desde un abordaje integral de la prevención del suicidio. Se trata de una guía con recomendaciones sobre el abordaje de los distintos momentos del proceso de suicidio para personas con ideación suicida y para familiares y allegados.

1

suicidio: recomendaciones para una actuación eficaz

Capítulo elaborado por

Solange Basaluzzo Tamborini

Orlando Benito Riesco

María Calvo Azpeitia

Maribel Cantarero Villanueva

Inés Cerezo Camacho

Miguel Ángel Corredera Guillén

Elena M^a González Almendros

Marta López Narbona

Lucía Pérez Costillas

Eva María Rodríguez Marín

Francisca Rueda López

Miguel Ruiz Ramos

Rosa Zafra Jiménez

Coordinador equipo de trabajo

José Manuel Perea Baena

acerca del capítulo

Este capítulo es el eje del presente libro, integra los elementos esenciales de los capítulos 2 y 3 y recoge algún aspecto de la *Guía para pacientes y familiares* que se adjunta a esta publicación.

Su objetivo es aportar recursos basados en la evidencia que orienten, tanto a profesionales de la salud como a agentes sociales, en la detección precoz, prevención del suicidio y la intervención en el caso de conducta y/o ideación suicida. Los objetivos específicos son:

- A.** Sensibilizar, a profesionales de los dispositivos comunitarios que reúnen a población en riesgo (escuelas, geriátricos, instituciones religiosas, asociaciones, etc.), sobre la importancia de la detección precoz y la intervención temprana de sujetos en riesgo.
- B.** Sensibilizar e informar, al personal sanitario de primer nivel, sobre la detección y correcta valoración del riesgo suicida; otorgándoles herramientas

suficientes para contener la situación, intervenir y proceder a una adecuada e individualizada derivación, según sea el caso.

C. Ofrecer una propuesta de coordinación entre los distintos niveles sanitarios que garantice la inclusión, del individuo en riesgo, dentro del circuito de Salud, facilitando la pronta puesta en marcha de un plan de intervención individualizado.

D. Elaborar un plan terapéutico que contemple:

- La recepción del o de la paciente en el nivel asistencial que corresponda y propuesta de derivación entre niveles asistenciales.
- Adecuada valoración de la persona con factores de riesgo en el nivel asistencial que corresponda.
- Adecuada valoración del riesgo suicida en enfermos mentales ya incluidos en el sistema (personas que presentan depresión, psicosis, trastornos de personalidad, toxicomanía).
- Importancia de la intervención clínica y psicológica de las personas afectadas. Sugerencias de buena práctica clínica.
- Elaboración del Informe Clínico.
- Medidas de seguridad dentro de la unidad de internamiento.
- Ofrecer una propuesta de apoyo a las familias y personas allegadas afectadas por el suicidio, ayudando a elaborar el duelo.

El capítulo se estructura en los siguientes apartados:

1. La introducción, donde se limita el ámbito conceptual del término suicidio y se recogen las principales cifras epidemiológicas y factores de riesgo asociados.
2. Un segundo apartado detalla los objetivos abordados.
3. Un tercer bloque reflexiona sobre los aspectos éticos a tener en cuenta en el tratamiento y prevención de la conducta suicida.
4. El núcleo central del documento, que trata el análisis del problema y la identificación de recomendaciones, se organiza en dos grandes bloques:
 - a. El primer bloque está dirigido a la comprensión de los factores de riesgo y la identificación de los grupos de mayor vulnerabilidad.
 - b. El segundo bloque hace referencia a la evaluación e intervención sobre la ideación suicida y tentativa no consumada. Aborda también cómo trabajar con supervivientes (personas que sobreviven al suicidio de una persona allegada). Al final de este apartado, se abordan algunas recomendaciones sobre la seguridad de pacientes ingresados/as y se propone un circuito de derivación entre dispositivos sanitarios.

1. introducción

1.1. Conceptos

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, (OPS, 1996) el suicidio es: un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social. La definición de conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), la ideación y tentativas suicidas pueden ser vistas como fases previas al suicidio, esto significa que existe un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción en las cuales se ha realizado un acto intencionado y auto-inflingido que amenaza contra la vida y con resultado de muerte. La tentativa de suicidio incluye aquellas situaciones en las que la persona ha realizado un acto en el que amenaza su vida con la intención de ponerle fin o dar esa apariencia y sin que tenga como resultado la muerte. Hay que diferenciar «la tentativa de suicidio» del «suicidio frustrado», este último hace referencia a la situación en que una persona realiza una acción que acabará con su vida pero un elemento imprevisto ajeno a su voluntad impide la consumación del suicidio. Por último, los pensamientos suicidas incluyen comportamientos que tienden hacia una posible amenaza vital pero sin que el acto se haya realizado.

Siguiendo el uso que la Guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) hace del término suicidio, se han eliminado de la definición las situaciones que hacen referencia a conductas de riesgo autolítico, pero que son aceptadas culturalmente o por creencias religiosas. En esta exclusión se podrían incluir muchos comportamientos relacionados con el consumo de tabaco, drogas, alcohol, restricción en la ingesta de alimentos o formas de protesta política.

1.2. Epidemiología y factores de riesgo

El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los individuos de entre 15 y 34 años y la primera causa de muerte violenta, aunque la mayoría de los casos se dan en personas de más de 60 años. La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002).

La OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio en ese año. Esto representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos si tenemos en cuenta que por cada suicidio cometido con éxito, se llevan a cabo otros 20 que no fructifican pero que terminan con graves lesiones, con hospitalizaciones y graves secuelas emocionales, tanto para el suicida como para su familia y amigos (Berlote, 2002).

Numerosos estudios destacan que el comportamiento suicida es un fenómeno complejo. No existe una única causa que lo explique y, como en todos los problemas relacionados con salud, existen factores que predisponen y factores que desencadenan el comportamiento. Durante las tres últimas décadas se han

estudiado factores de origen biológico, cultural, psicológico y relacional que pueden influenciar la aparición de la conducta suicida. A pesar de que se desconocen muchos factores que inciden en el hecho, existen algunas hipótesis acerca de los agentes que intervienen y que pueden orientar la prevención de esta enfermedad. Entre los principales factores que podrían estar incluidos en ella, se hace especial mención a la vulnerabilidad o resiliencia individual en relación al contexto social y cultural, la edad, el género, raza, religión o los factores genéticos. El sufrimiento, relacionado con distintas variables, que lleva a la persona a la desesperanza, es un factor determinante en la mayoría de los estudios.

El sufrimiento se relaciona en las primeras edades, con la presencia de traumas, maltrato, estilos de crianza o ambientes desfavorecidos y en la vejez con la aparición de enfermedades, la pérdida de seres queridos, la violencia doméstica etc. Mención especial merece la enfermedad mental y dentro de ella la depresión mayor, ya que cuando presenta comorbilidad con otros factores aumenta notablemente el riesgo. Nos encontramos ante una realidad compleja que requiere de actuaciones amplias que impliquen a la mayoría de los agentes sociales. Es cierto que en el ámbito de la salud pública recae un porcentaje elevado de esta responsabilidad y dentro de ella la salud mental. Pero es necesario acudir a los grupos de riesgo y a los factores implicados para comprender que es un problema de todos los ámbitos y no sólo de salud.

1.3. Descripción del problema en Andalucía

En el capítulo 2 de este documento se presenta un análisis detallado de cuál fue la tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía entre 1975 y 2007. En él se hace referencia a las variables que sistemáticamente

te recogen estadísticas oficiales de mortalidad: edad, sexo, estado civil y método de suicidio.

A modo de resumen se puede exponer que:

- A.** Los hombres presentan una incidencia de suicidio mucho más elevada que las mujeres; incrementándose la mortalidad con el aumento de la edad, especialmente entre los varones mayores de 64 años.
- B.** Las personas casadas presentan una menor incidencia que las viudas y solteras.
- C.** El método de suicidio más utilizado tanto en hombres como en mujeres ha sido el ahorcamiento.

En cuanto a la distribución geográfica, se ha descrito una mayor mortalidad en la zona del centro de Andalucía (Ruiz Ramos, 1998) (ver figura 1). Este aspecto debería tenerse en cuenta a la hora de implementar programas de intervención.

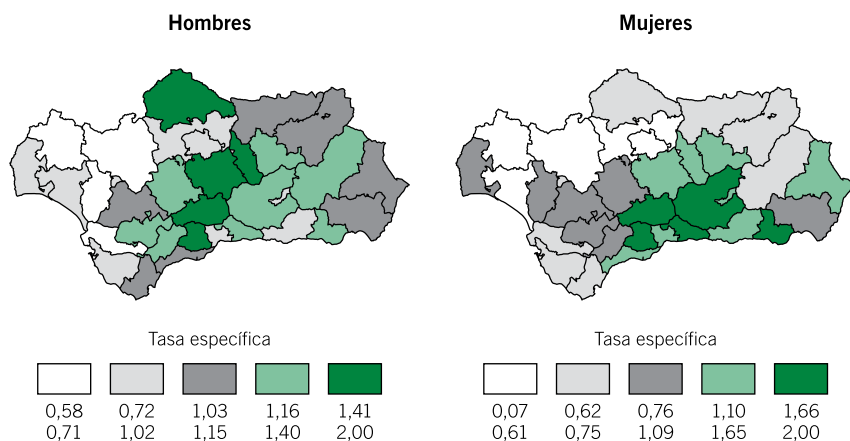


Figura 1. Distribución geográfica de muertes por suicidio en Andalucía por Distritos Sanitarios 2003-2007. Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)

Todo ello en un contexto de aumento de la mortalidad total por suicidio, con una tendencia ligeramente ascendente en los últimos años en el caso de las mujeres y de claro descenso en los hombres, que se corresponde con lo que está ocurriendo en el conjunto de España y en otros países desarrollados (McClure, 2000; Yamey, 2000).

2. aspectos éticos

Uno de los aspectos éticos a que hacen referencia algunos tratados sobre suicidio es relativo a la confidencialidad. La confidencialidad se refiere al derecho que tiene la persona a que su información quede en el ámbito profesional y sea usada, fuera de este ámbito, sólo con su permiso. Sin embargo cuando un facultativo o facultativa valora y considera la posibilidad de que su paciente se suicide, su primera responsabilidad es proteger a esa persona. Esto puede implicar, a veces, romper la confidencialidad, especialmente cuando personas cercanas, la familia, se pueden convertir en agentes de contención y control para evitar el suceso. El o la paciente debe ser informado de su derecho a la confidencialidad, pero también de los límites que tiene este derecho. La persona debe tener conciencia de las razones por las que el profesional quebranta este derecho.

El problema ético del suicidio surge cuando la decisión sobre la propia vida se toma bajo una situación psíquica alterada. El personal sanitario está capacitado para valorar el estado mental y por tanto si la persona es competente para tomar decisiones libremente. Teniendo en cuenta algunos estudios (Banaclough, 1974; Robins, 1981), que hacen una revisión extensa de los últimos momentos de la vida de las personas que consumaron el suicidio, se llega a la conclusión de que en un porcentaje alto de los casos consumados existían trastornos mentales previos identificables o consumo de tóxicos. Este dato plantea el dilema ético entre respetar la autonomía y confidencialidad de la persona atendida y la obligación de preservar su vida y su integridad hasta que se realice la necesaria valoración clínica.

Tanto la Guía Clínica para evaluación y tratamiento de pacientes con comportamiento suicida de la *American Psychiatric Association* (Work group on suicidal behaviors, 2003) como la guía de evaluación e intervención sobre personas en riesgo de suicidio del Ministerio de Salud Neozelandés (New Zealand Guidelines Group, 2003) recomiendan romper la confidencialidad en beneficio de la seguridad.

3. análisis y recomendaciones

Este apartado recoge los principales hallazgos en el análisis de situación y de las evidencias relacionadas con la prevención y la intervención en el ámbito del suicidio; concluyendo, cada una de estas áreas, con actuaciones recomendadas por el grupo autor de este trabajo.

3.1. En el ámbito de la prevención

Este bloque está dirigido a la comprensión de los factores de riesgo y la identificación de los grupos de mayor vulnerabilidad. Se ha elaborado con la idea de que los agentes de salud que intervienen en la prevención del suicidio puedan identificar las principales variables que se tienen en cuenta en los principales estudios y en los programas de intervención de diferentes países. Se señalan, al final, dos aspectos de mejora orientados a la población atendida y al colectivo de profesionales. Se concluye con un resumen de los factores de riesgo en cada grupo.

Para la redacción de este apartado se han tenido presentes los documentos que el proyecto SUPRE ha elaborado (OMS, 2002) y que la OMS ha editado en su página web sobre prevención del suicidio (OMS, 2009), así como informes, artículos científicos, revisiones y guías de práctica clínica que serán citados en los apartados correspondientes.

En el presente apartado se parte de un modelo de actuaciones en el ámbito de la prevención primaria y secundaria que incluye la sensibilización de la población general y de colectivos específicos sobre el tema del suicidio con el fin de de-

tecar y ayudar a personas en riesgo. Este modelo además contempla la necesidad, en el ámbito de la prevención, de formación y asesoramiento a los agentes de salud. En la figura que aparece en la página siguiente, se ilustra este modelo.

Se entiende que la prevención primaria, como educación para la salud, y promoción de la salud, excede los límites del presente trabajo, por lo que no se abordan las actuaciones en promoción de vida saludable sobre población general. Si se analiza la prevención entendida como la detección precoz del riesgo que algunos grupos de personas tienen en la aparición de una tentativa de suicidio y sensibilización de la población general. En este marco se reflexiona sobre dos líneas de actuación dirigidas a:

1. La sensibilización de la población: que incluye la sensibilización de la población general, la identificación de la población de riesgo y la sensibilización de la familia y de quienes cuidan a personas en riesgo.
2. La formación de profesionales: incluye formación y actualización en conocimientos sobre suicidio, recursos y circuito de derivación.

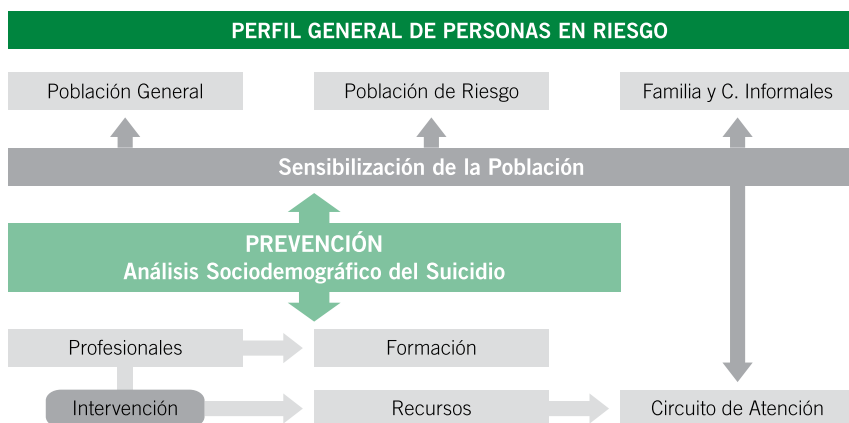


Figura 2. Esquema de desarrollo de prevención secundaria a partir del análisis sociodemográfico del suicidio

3.1.1. Sensibilización de la población

Sensibilización de la población general

La sensibilización y concienciación dirigida a la población general se realiza con el fin de desmitificar el acto suicida y proponer actuaciones dirigidas al conocimiento de esta problemática. Actuaciones que ayuden a las personas en riesgo, más que las reacciones habituales de miedo y la tendencia a ocultar este comportamiento.

Diversos estudios han concluido que las campañas de concienciación sobre depresión y sobre suicidio tanto en población general como en colegios mejoran los conocimientos y las actitudes hacia la enfermedad mental y hacia las personas que padecen este problema, aunque no reducen las tasas de suicidio ni las tentativas. Existe acuerdo en que éstas mejoran la actitud de la población hacia la enfermedad mental y disminuyen el estigma (Mann, 2005).

La información a la población general debe referirse a qué se debe hacer y qué no ante la detección de personas con pensamientos de quitarse la vida, romper mitos y creencias acerca de este comportamiento, ofrecer teléfonos y contactos claros con la idea de transmitir que existen personas preparadas que pueden ayudar al individuo que está pensando en el suicidio como una salida a una situación problemática en su vida.

Por otro lado, en cuanto a los medios de comunicación, un informe de la OMS (OMS, 2000a) recoge aspectos del impacto de la información sobre el suicidio y recomendaciones a la hora de informar. Así este informe ofrece las siguientes recomendaciones:

No ser sensacionalista ante este comportamiento.

No dar detalles del método usado.

No presentarlo como la consecuencia de una única causa, mejor reconocer que influyen múltiples factores en el acontecimiento.

Tener en cuenta el impacto que sobre las familias y supervivientes podría tener la noticia.

En el ámbito de los medios de comunicación, se debe tener presente que ante un acto suicida se debe trabajar estrechamente con las autoridades sanitarias, resaltando especialmente las alternativas al suicidio, proporcionando información sobre los recursos disponibles en la comunidad y explicando los signos de alerta y las señales de advertencia.

Identificación de la población de riesgo

Este apartado es el que necesita mayor profundización. La detección de esta población generalmente corre a cargo de los agentes de salud, educación y servicios sociales. Estos agentes son, por tanto, responsables de identificar las diferentes variables que se ponen en juego ante cada situación particular.

Con el objeto de mostrar un esquema didáctico se presentan los factores y situaciones de riesgo, diferenciando cada realidad, que darían lugar a perfiles específicos y que se deberían tener presentes en la actuación con la comunidad (ver figura 3). Sin embargo y dado que el riesgo de suicidio es multicausal, hay que entender que dichos factores se dan mezclados en las personas con riesgo. Por ello es posible que en apartados diferentes se repitan algunas ideas y variables.

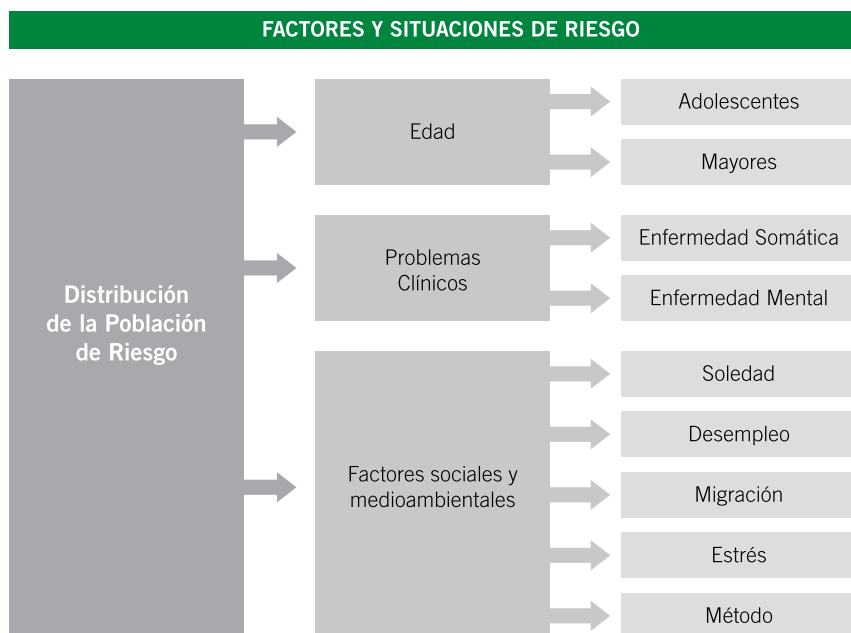


Figura 3. Población de riesgo distribuida en función de variables relevantes

Edad

Factores de riesgo e intervenciones en jóvenes

El suicidio es raro en la infancia y antes de los 12 años. Sin embargo en la adolescencia se multiplica casi por 20 en algunos países. Debido al aumento de la tasa con la edad y debido a que es una de las primeras causas de muerte en edades tempranas, los adolescentes se han convertido en el principal objetivo en la prevención del suicidio (OMS, 2001).

El perfil de riesgo del adolescente difiere considerablemente de otras edades. El ciclo vital por el que el adolescente atraviesa, lleno de insatisfacciones, descubrimientos, desencantos, etc., en muchas ocasiones les lleva al consumo de

sustancias ilícitas como medida de evasión de realidades que a tan tempranas edades son difíciles de afrontar. En el documento de la OMS, se hace referencia al suicidio como una de las cinco causas de muerte en la franja de 15 a 19 años, resaltando que en algunos países se sitúa como primera o segunda causa.

Es importante tener presente en estas edades algunos factores:

Sociodemográficos y culturales. Como el bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo, la migración y el desempleo. Todo ello se resume en mayor dificultad para afrontar las dificultades que la vida le presenta y que en muchas ocasiones se complican con el consumo de drogas.

Eventos negativos y traumáticos ocurridos en la infancia, los patrones familiares de funcionamiento, con desórdenes en el ejercicio de la paternidad, presencia de violencia, abusos o también unas expectativas demasiado elevadas por parte de los cuidadores. Alrededor de la mitad de los suicidios en adolescentes (Pelkonen, 2003) están relacionados con: el divorcio de los padres, historia familiar de tentativas de suicidio, abuso de sustancias y problemas legales en los padres, débil apoyo social y trastorno mental en los padres.

Estilos cognitivos. Los dos factores anteriores, junto a factores genéticos, confluirán en la persona en un estilo cognitivo y de relación. Los estilos cognitivos con mayor riesgo son aquellos que se asocian a alta impulsividad y comportamiento antisocial, agresividad o humor inestable.

Trastorno o enfermedad psiquiátrica. Principalmente depresión y trastorno psicótico. La OMS plantea que «La combinación de síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común

de suicidio en la adolescencia». En este sentido, casi las tres cuartas partes de las personas que se quitan la vida presentan síntomas depresivos.

Consumo de alcohol y drogas. Según el documento de la OMS la cuarta parte de los y las pacientes adolescentes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto. En Estados Unidos un estudio longitudinal prospectivo (Ramchand, 2008) realizado en colaboración con el Centro de Tratamiento para el Abuso de Sustancias (CSAT/SAMHSA), durante un año, concluyó que la ideación suicida entre los consumidores de sustancias adictivas se situó alrededor del 30% y la tentativa alrededor del 12%.

Los y las profesionales que están en contacto con adolescentes y que mejor pueden detectar situaciones de riesgo trabajan en colegios, institutos, universidades y en equipos de salud. En el caso de estudiantes, los indicadores que la OMS propone como factores a identificar por los y las profesionales de la educación están relacionados con:

- La falta de interés en las actividades cotidianas.
- El descenso de las calificaciones.
- La disminución del esfuerzo o ausencias.
- Consumo excesivo de alcohol o drogas.
- Comportamiento inadecuado en clase, como violencia o agresividad.

Y para identificar estos síntomas se debe:

- Facilitar la comunicación con los alumnos, de cara a poder detectar más fácilmente estados de riesgo.

- Estar atentos a los factores mencionados para poder realizar actuaciones de intervención o derivación efectivas.

Factores de riesgo en personas mayores

Otra de las etapas a tener en cuenta es la tercera edad. En el análisis que se presenta sobre suicidio en Andalucía (ver capítulo 2) se muestra que a partir de los 65 años las tasas de suicidio aumentan considerablemente, tanto en hombres como en mujeres. Estos datos coinciden con los publicados en otros momentos en Andalucía (Ruiz Ramos, 1998) y en otros lugares de Europa (Berlote, 2002; McClure, 2000).

En personas mayores de 65 años, los factores sociales y sanitarios se encuentran asociados a un mayor riesgo de suicidio. Por todo ello, el personal de trabajo social debe realizar una labor de detección de casos de riesgo teniendo en cuenta dichos indicadores.

El grupo colaborador con la OMS, en un artículo publicado por De Leo y otros (De Leo, 2001), presenta los resultados de un estudio multicéntrico sobre el comportamiento suicida en personas mayores de 65 años, realizado entre 1989 y 1993. Se analizaron un total de 1.518 tentativas de suicidio no consumado en 16 centros sociosanitarios europeos (servicios públicos de salud, consultas privadas, residencias, etc.) europeos, obteniéndose los siguientes resultados:

- En la mayoría de los centros los mayores porcentajes de tentativas suicidas fueron cometidas por personas viudas (44,9%), que con frecuencia vivían solas (40,9%), y que consumían medicación de forma autónoma (sobredosis en el 57,2%, principalmente benzodiacepinas e hipnóticos).

- La media de edad fue 74,7 ($\pm 6,9$) y en el 66,4% de la muestra no hubo intentos previos. La ausencia de intentos previos debe ser considerada una limitación para detectar riesgos.
- La tentativa de suicidio fue superior en mujeres que en hombres, aunque el suicidio consumado en hombres fue de casi el doble. Las ratios de tentativa de suicidio y suicidio consumado fueron mayores en la vejez que en edades más jóvenes, fundamentalmente debido a que el método elegido es resultó más letal. La media de relación tentativa/suicidio fue 2:1, llegando en algunos países al 9:1.
- En tres cuartas partes de las tentativas de suicidio existía una enfermedad mental: depresión (43,7%), psicosis maniaco-depresiva (10,1%), ansiedad (9,3%), psicosis orgánica (5,6%), desorden de personalidad (3,6%) y esquizofrenia (3,2%).

En conclusión, tanto la ausencia de apoyo social como la presencia de enfermedades físicas o mentales son los principales factores de riesgo de personas mayores de 65 años. Cabe destacar que resultados similares han sido descritos en otras revisiones (Draper, 1996; Harwood, 2001; Koponen, 2007).

Problemas clínicos

En la mayoría de los documentos, se han diferenciado dos situaciones clínicas relacionadas con el comportamiento suicida. Por un lado la enfermedad somática y por otro la enfermedad mental.

Enfermedad somática

En el caso de la enfermedad somática merece la pena destacar el documento elaborado por la OMS sobre prevención del suicidio desde Atención Prima-

ria (OMS, 2002). A continuación se presenta un resumen de las principales enfermedades somáticas que se recogen en el mencionado documento.

Dentro de las enfermedades somáticas existen dos grupos:

- A.** Las que cursan con trastornos neurológicos y del comportamiento, aumentando la impulsividad y agresividad, favoreciendo el consumo de tóxicos y, por ende, aumentando el riesgo de suicidio. Dentro de ellas encontramos:

Epilepsia. Enfermedad que puede verse acompañada de un aumento en la impulsividad, agresividad y discapacidad crónica.

Lesiones medulares y accidentes cerebrovasculares. Cuanto mayor es la seriedad de la lesión, mayor es el riesgo de suicidio. Para estas personas, el cambio de vida y la pérdida de expectativas, suele venir acompañado con la aparición de episodios de duelo o depresión.

- B.** Las enfermedades crónicas, limitantes y/o dolorosas que afectan a la calidad de vida de la persona. Este segundo grupo está especialmente asociado a personas mayores de 65 años. Las dolencias son:

Cáncer. Especialmente cuando la enfermedad es terminal. El riesgo de suicidio aumenta en varones, en los primeros años tras el diagnóstico y cuando se recibe quimioterapia.

SIDA. El estigma, el mal pronóstico y su propia naturaleza la hacen contarse entre las enfermedades con riesgo. El riesgo aumenta tras el conocimiento del diagnóstico.

Afecciones crónicas. Están asociadas en la medida en que aumentan la incapacidad de la persona, por ejemplo, la diabetes, esclerosis múltiple, enferme-

dad renal y hepática crónica y trastornos óseos u osteoarticulares con presencia de dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y trastornos sexuales.

Enfermedad mental

La mayoría de los estudios que examinan los factores asociados a la conducta suicida describen a la enfermedad mental como la principal causa.

Las enfermedades mentales que se asocian a la conducta suicida son las siguientes:

Depresión. Ha sido descrita como la causa más importante, independientemente de su forma de presentación. El grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión, en la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, publicada por el Sistema Nacional de Salud (2008), presenta las principales evidencias de suicidio relacionadas con depresión. Reproducimos estas evidencias en la siguiente tabla.

EVIDENCIA	
3	El riesgo aumenta durante el episodio de depresión mayor y en el periodo de remisión parcial
3	Los intentos de autolisis previos se asocian a la probabilidad de suicidio consumado
3	El abuso o dependencia de alcohol y drogas, el trastorno límite de personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad aumentan el riesgo en varones con depresión

Tabla 1. Nivel de evidencia de los factores de riesgo asociados a depresión
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto

Alcoholismo. Según la OMS (OMS, 2002) aproximadamente un tercio de los casos de suicidio han tenido problemas con el alcohol, llegando a consumir el suicidio entre un 5% y un 10% de las personas dependientes del alcohol. Además en el momento del suicidio muchas personas están bajo el efecto del alcohol. Asimismo es importante tener presente que estas personas con frecuencia tienen antecedentes familiares de alcoholismo y suelen tener vidas muy desorganizadas. Por todo ello, la OMS ha llegado a afirmar que «La presencia de alcohol y depresión aumenta enormemente el riesgo de suicidio».

Esquizofrenia. Se ha descrito que aproximadamente el 10% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia cometen suicidio. Los factores que se asocian con esta enfermedad en la aparición de comportamientos suicidas son: varones, jóvenes, personas con ideas paranoides, con cuadros depresivos y en la primera fase de la enfermedad (tras el diagnóstico o cuando remiten los síntomas y la persona se hace consciente de la enfermedad).

Algunos síntomas psiquiátricos, asociados a las enfermedades mencionadas o a otras situaciones, aumentan el riesgo de suicidio. La Guía de práctica clínica para la valoración y tratamiento del paciente con comportamiento suicida de la *American Psychiatric Association* (Work group on suicidal behaviors, 2003) señala tres síntomas:

- 1. Ansiedad.** Se ha encontrado un aumento del riesgo del suicidio con la ansiedad generalizada y con los ataques de pánico.
- 2. Desesperanza.** Se ha descrito una relación directa con las expectativas de futuro de los y las pacientes.
- 3. Impulsividad y agresividad.** Asociados a otro tipo de patología como trastorno límite de personalidad aumentan el riesgo tanto de autolesión como de suicidio.

Problemas sociales

Dentro de los problemas sociales se contemplan los siguientes:

Estado civil. La soltería, divorcio o viudedad se asocian a una falta de apoyo. El apoyo y la comunicación se han considerado características importantes para que las personas tengan mejor salud mental y física (Sluzki, 1998; Pennebaker, 1994). Así, la soledad y la pérdida de autoestima y/o la sensación de incapacidad de afrontar el futuro, les hace más vulnerables a acabar con su vida.

Empleo. La vulnerabilidad de la propia profesión podría estar relacionada tanto con el estrés laboral como con la facilidad de acceso a los medios para acabar con la propia vida. Profesiones que trabajan con dificultades humanas, junto a características individuales de personalidad y a la facilidad de acceso al método, podrían favorecer el uso del suicidio como una solución a situaciones de desesperanza. La OMS señala algunas profesiones que incurren en estos riesgos, como las biosanitarias (sanidad, veterinaria, farmacia, química) o el trabajo en granjas.

Es de destacar la consideración del personal sanitario como grupo social con mayor riesgo de suicidio por las características propias del quehacer sanitario. Los departamentos de prevención de riesgos laborales deberían prestar, en sus revisiones periódicas, especial atención a este colectivo. Así, además de considerar los factores de riesgo que afectan a la población general, deben considerar aquellos específicos para esta población como el síndrome del profesional quemado (Mingote, 2006). Programas específicos, como el PAIME, Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (Consell Col·legis de Metges de Catalunya, 2003), consideran estos factores de riesgo. Sería muy útil que los colegios profesionales difundieran la existencia, objetivos y forma de acceso a estos programas.

Desempleo. Diversas revisiones describen una asociación entre el desempleo y el suicidio (Blakely, 2003; Inoue, 2008; Glyn 1998; Platt 1984; Platt 1992; Welch 2001). En la revisión realizada por Morrell sobre personas de edades entre 15 y 24 años, que incluye revisiones de varios países y zonas, se concluye que tanto el suicidio como las tentativas están fuertemente asociados al desempleo en estas edades, entendiendo como persona desempleada aquella que busca trabajo y está dispuesta a aceptar el ofrecimiento (Morrell, 1998).

Además del estilo de vida en las personas desempleadas en estas edades (mayor consumo de drogas y alcohol), los estudios revisados encuentran que al desempleo se asocian factores de riesgo, como depresión y baja autoestima.

Migración. En la literatura se ha descrito la migración como un factor de riesgo de suicidio, justificándose esta asociación por la situación de soledad, aislamiento y cambio que viven personas que emigran. También tiene incidencia en el riesgo la valoración cultural, religiosa y política que el suicidio tiene en distintas culturas. Estudios como el de Lindert (Lindert, 2008), diferencian la migración en función de sus características (país de origen, legalidad de la migración, situación económica y social en el nuevo país, etc.), lo que induce a pensar que factores como el apoyo social/aislamiento, situación económica y legalidad/ilegalidad son realmente las variables intervinientes en el riesgo de suicidio. Los principales factores que se han relacionado con suicidio en emigrantes son la depresión y el desempleo. El mismo resultado obtiene el estudio de Ryan (2006), donde la depresión es la variable de mayor peso. Por el contrario, se detectó que la presencia de un adecuado apoyo social protege de la depresión entre la población migrada.

Una mención especial merece, en este apartado, el caso de hijos de emigrantes. Un estudio realizado entre adolescentes daneses entre 11 y 17 años encontró

que, tras ajustar por diferentes variables intervinientes (lugar de nacimiento, relación con los padres, enfermedad psiquiátrica de los padres o del menor, sexo y edad), el cambio de residencia genera estrés entre esta población y aumenta el riesgo de suicidio (Qin, 2009). Esta relación resultó directamente proporcional al número de veces que el menor ha tenido que cambiar de residencia.

Factores culturales. Respecto a la cultura se debe valorar, en personas pertenecientes a grupos de riesgo, la prohibición que la religión hace del suicidio y la visión social del suicidio. Se ha detectado que en personas pertenecientes a grupos que prohíben el suicidio se cometen menos intentos que en otras.

Factores ambientales

Dentro de los factores ambientales encontraríamos:

- A.** El acceso al método suicida.
- B.** Los acontecimientos estresantes.

Hay que tener en cuenta que la presencia de estos factores ambientales no son factores de riesgo por sí solos. Estos factores son elementos facilitadores o predisponentes para aquellas personas que pertenecen a grupos vulnerables. Es importante contemplar estos factores a la hora de intervenir o valorar situaciones.

El acceso a los métodos

Hay que tener en cuenta que la elección del método a utilizar viene condicionada por aspectos geográficos y culturales. El método elegido para el suicidio es un factor importante, ya que limitar el acceso a los métodos más utilizados puede disminuir la probabilidad de suicidio. Al tratarse la conducta suicida, en

muchas ocasiones, de una conducta impulsiva, no tener disponible el método letal puede suponer la prevención de la muerte.

La revisión de Mann (2005), sobre la eficacia de las intervenciones desarrolladas en el seno de programas de distintos países, concluyó que uno de los factores efectivos para la disminución del suicidio es la restricción del acceso a métodos letales.

En este sentido, en Andalucía (ver capítulo 2) se ha descrito que el ahorcamiento fue el método suicida más utilizado (62% hombres y 36% mujeres), seguido de la precipitación (15% hombres y 33% mujeres) y el envenenamiento con diferentes sustancias (8% hombres y 19% mujeres). Estos datos suponen que las intervenciones para reducir el acceso al método se deben centrar en un aumento del control externo y del apoyo familiar o social; especialmente en aquellas personas en las que exista sospecha de ideación o tentativas previas. En cuanto a la tentativa de suicidio, el método más usado es la intoxicación medicamentosa (70-80%). Por ello, las personas cuidadoras deben ser conscientes de no poner al alcance del o de la paciente. sustancias peligrosas ni medicación. Sin embargo, corresponde a los agentes de salud, personal facultativo y de enfermería una adecuada educación sanitaria, ya que tienen la responsabilidad en la prescripción y vigilancia del cumplimiento de las pautas de tratamiento.

Por todo ello, se hace necesario concienciar al personal sanitario en aspectos como:

- La supervisión de la dispensación de fármacos a pacientes con riesgo de utilización con fines suicidas.
- El conocimiento de los fármacos que se utilizan con más frecuencia para este fin y los que son más letales.

- La forma de obtención de información toxicológica de manera rápida en los intentos de suicidio por medicamentos.
- Control del acceso a la medicación en farmacias evitando la doble dispensación (consultas especializadas y Atención Primaria). Sistemas como la receta XXI favorecen este control y evitan el «almacenamiento doméstico» de fármacos (Servicio Andaluz de Salud, 2004).
- La custodia de los fármacos en los centros de dispensación: centros de salud, puntos de atención urgente debe ser cuidadosamente cumplida.
- El trabajo conjunto con las farmacias de zona en el cumplimiento de las normas vigentes en la dispensación de psicofármacos, como la identificación de las personas que los retiran.

Una de las características del trabajo en Atención Primaria es la atención a domicilio, la cual supone la posibilidad de vigilar la presencia de otros medios como:

- Productos químicos tóxicos o insecticidas utilizados en el hogar, en agricultura y ganadería.
- Armas de fuego de uso personal, profesional o relacionado con la cinegética.
- Zonas peligrosas de la vivienda (escaleras, ventanas o balcones sin protección) utilizables en intentos suicidas. Estos elementos se suelen registrar en la historia clínica de pacientes con discapacidad física o psíquica.

Acontecimientos estresantes

Los factores estresantes se han contemplado como un factor predisponente muy importante, ya que la mayoría de las personas que consuman el suici-

dio experimentaron un acontecimiento estresante en los tres meses previos. Estas situaciones deben ser valoradas por los agentes sociales y sanitarios en las intervenciones en la comunidad.

Algunos de los acontecimientos estresantes más comunes que aparecen son los siguientes:

Problemas interpersonales familiares: peleas entre cónyuges, padres e hijos, amantes, etc.

Pérdidas de seres queridos o financieras importantes (cuando la situación provoca un cambio en la situación económica).

Cambios vitales importantes: pérdida de trabajo, jubilación, migración, etc.

Acontecimientos que generan emociones muy negativas, como la culpa o la vergüenza.

Sin embargo, el acontecimiento estresante aparece como resultado de la valoración que la persona hace de una situación que demanda una actuación. Si la persona ante la necesidad de abordar dicha realidad valora que dispone de estrategias o medios para llevar a buen fin esa necesidad planteada, afrontará la situación sin dificultad. Pero cuando la evaluación de las propias habilidades se cree escasa puede aparecer una situación de estrés.

Dado que el estrés es consecuencia de la valoración personal de una situación determinada y no consecuencia directa de la situación (Lazarus, 1986), los factores subjetivos de personalidad y estilos de funcionamiento individual deben ser tenidos en cuenta a la hora de intervenir.

En la tabla siguiente se presenta un resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo que hemos tratado en este apartado:

VARIABLE DE RIESGO	GRUPO	FACTORES IMPLICADOS
Edad	Infancia	- Eventos traumáticos: maltrato, abusos, acoso escolar (“bullying”)
	Adolescencia	- Nivel socioeconómico bajo, migración, paro - Eventos traumáticos: maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, violencia, divorcios - Impulsividad, personalidad antisocial, agresividad - Trastorno mental - Abuso de sustancias
	Tercera edad	- Soledad: viudedad, vivir sin apoyo, tomar medicación - Diagnóstico psiquiátrico: depresión - Diagnóstico somático: enfermedades invalidantes
Enfermedad	Somática	- Epilepsia - Accidente cerebrovascular y lesión medular - Cáncer - SIDA - Afecciones crónicas: diabetes, enfermedad renal o hepática, dolor, etc.
	Mental	- Depresión - Alcoholismo - Esquizofrenia
	Síntomas psiquiátricos	- Ansiedad - Desesperanza - Impulsividad y agresividad

Tabla 2. Resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo

VARIABLE DE RIESGO	GRUPO	FACTORES IMPLICADOS
Factores Sociales	Estado civil	- Soltería - Viudedad - Divorcio
	Profesión	- Sanidad - Veterinaria - Farmacia - Química - Granjeros
	Estátus laboral	- Desempleo
Factores Ambientales	Acontecimientos estresantes	- Dificultades económicas - Dificultades interpersonales - Pérdidas de seres queridos - Cambios vitales importantes - Sentimiento de culpa y de desesperanza
	Acceso a medios	- Falta de control externo - Acceso a medicación
Otros	- Tentativas previas - Historia familiar - Violencia doméstica	

Tabla 2. Resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo (Continuación)

Sensibilización de la familia y cuidadoras/es informales

La familia se puede considerar como un factor protector, en la medida en que aporta confianza, seguridad y control.

Las asociaciones de familiares y de pacientes, siendo conscientes de su importancia, han puesto en marcha sistemas de apoyo a la familia con el objetivo

de formar, informar y crear espacios de autoayuda. Los servicios de apoyo a familiares dentro de los programas de Escuela de familia y Grupos de ayuda mutua contemplan la orientación a familiares como una medida para prevenir las conductas de riesgo suicida.

Con un enfoque integrador del trabajo y estrategias puestas en marcha desde asociaciones de personas usuarias con enfermedad mental y familiares, se ha elaborado una Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares (Ver documento anexo). Este documento incluye las orientaciones a pacientes y familiares para detectar los signos que alerten de la posibilidad de un acto suicida, para saber qué hacer tras un intento, dónde contactar, etc. Además se presentan los distintos mitos e ideas erróneas que existen acerca de esta situación, las manifestaciones verbales y no verbales de las personas que se han de tener presentes para prevenir el suicidio, los consejos a pacientes, a familias y personas allegadas para prevenir estas situaciones. Por último, la Guía contiene un apartado sobre los grupos de ayuda y apoyo mutuo.

3.1.2. Formación de Profesionales

En la revisión realizada por Mann (2005), se concluye que la educación del personal médico en el reconocimiento y tratamiento de la depresión y la reducción del acceso a métodos letales son las intervenciones que han mostrado eficacia en la prevención del suicidio.

Así pues, la formación de profesionales relacionados con el ámbito de la salud y de intervenciones sociales, como el personal de enfermería (de familia y de gestión de casos) y de trabajo social se erige como una de las primeras

medidas eficaces para reducir la conducta suicida. En los programas de prevención de suicidio que existen en Europa (Jané-Llopis, 2005; Hosman, 2005) se incluye formación de este personal con dos objetivos:

1. Mejorar los registros de los casos de ideación, tentativa y suicidio.
2. Detectar factores de riesgo en la población atendida.

Atención Primaria

Según un documento elaborado por la OMS (OMS, 2002), los y las profesionales de Atención Primaria tienen un lugar privilegiado para la detección de factores de riesgo, puesto que:

Son el punto de entrada al sistema sanitario.

Tienen un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y son aceptados y valorados como guías expertos sobre salud por la población.

Su conocimiento de la comunidad les permite estar alerta sobre los problemas potenciales o reales y recoger apoyo de la red familiar, de amistad y de organizaciones de la comunidad.

Son profesionales clave para la continuidad de la atención y los cuidados.

Además, en Atención Primaria, los esfuerzos institucionales para potenciar la atención personalizada (profesionales de referencia, gestión de casos) han aumentado en la última década, lo que favorece el acercamiento a paciente, familia y entorno. Este reforzamiento de la red de Atención Primaria se debe considerar una pieza clave para la detección de los problemas de salud y de factores de riesgo, como los relacionados con la conducta suicida.

El Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS) dedica un apartado concreto a la prevención del suicidio (Fernández Alonso, 2007) que recoge los siguientes principios:

- Reducir la influencia de los factores de riesgo.
- Aportar apoyo.
- Facilitar la consecución de apoyos sociales e institucionales.
- Ayudar a los individuos a buscar las propias soluciones.

Salud Mental y servicios de Urgencias

En la prevención del suicidio resulta fundamental la implicación e intervención coordinada de las diferentes instituciones sanitarias, no sanitarias y de la sociedad en general.

El marco de desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados es el espacio de cooperación adecuado para desarrollar a nivel local y práctico este modelo de cooperación. Debe definirse claramente el flujo que siguen los sujetos que sufren intentos de autolisis, la interrelación y la responsabilidad de cada uno de los agentes que atienden a personas en esta situación.

Siguiendo el posible itinerario de una persona con riesgo suicida, el segundo nivel de profesionales, donde se hace necesario formar y actualizar conocimientos, es el grupo de profesionales que intervienen en el ámbito de la Salud Mental y en los servicios de urgencias, tanto de atención hospitalaria como de Atención Primaria.

Se deberían desarrollar periódicamente programas de entrenamiento y reciclaje, en evaluación y manejo de pacientes con ideación y conducta suicida, para personal de los servicios de salud mental y servicios de urgencias. Para la programación de formación continuada en estos aspectos, dirigida a estos colectivos profesionales, sería conveniente la constitución de un grupo de trabajo y seguimiento. Este grupo debería contar con personal del servicio de Salud Mental y de los servicios de Urgencias.

Profesionales no sanitarios

Por último, debe mencionarse la necesidad de formación, en la detección de factores de riesgo, de profesionales no sanitarios y agentes sociales que tienen acceso a personas con perfiles de riesgo (áreas de bienestar social, educación, etc.).

En este sentido existen experiencias de intervenciones para la prevención del suicidio, en países anglosajones (Beautrais, 2007; Wyman, 2008), que trabajan con personas que establecen contacto con el medio de las personas con ideación suicida con relativa facilidad y regularidad. Se trata de profesionales como bomberos/as, electricistas, empleados/as de compañías de gas, profesores/as que reciben entrenamiento en el reconocimiento de los signos y síntomas por los que una persona puede necesitar ayuda. Estas personas se denominan *gatekeepers* (guardianes).

Algunos programas españoles actuales de prevención de suicidio están incluyendo esta figura (Álvarez, 2006).

3.2. Intervención

Este apartado revisa las estrategias y herramientas de evaluación e intervención sobre la ideación suicida y tentativa no consumada; así como también sobre los supervivientes al suicidio. Se abordan cuestiones concretas como las siguientes:

- Cómo realizar la evaluación del riesgo de suicidio.
- Qué buenas prácticas se recomiendan en las guías clínicas sobre prevención del suicidio.
- Cómo realizar un informe clínico en este ámbito (dada la importancia de la continuidad en estos casos).
- Qué papel tiene la psicoterapia en estos casos y cómo abordarla.
- Qué recomendaciones sobre la seguridad de pacientes ingresados/as hay que tener en cuenta en estos casos.
- Qué circuito de derivación entre dispositivos sanitarios permitiría el seguimiento de estos casos.

3.2.1. Evaluación del riesgo suicida

El objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente.

La intervención con una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de toda la conflictividad asociada al suicidio (distrés en pacientes, impacto emocional en los familiares, resonancias personales en el equipo de profesionales, etc.).

Los y las profesionales deben recordar que cada intento de autolisis puede tener motivaciones diferentes, y que en personas que realizan múltiples intentos, cada uno de ellos debe ser considerado separadamente.

Como en todas las patologías, es necesaria la implicación de la persona en el proceso terapéutico, lo que exige facilitar a cada paciente información adecuada y comprensible acerca de las diferentes posibilidades de tratamiento. De la misma manera, la evaluación se ha de realizar de forma respetuosa y en un ambiente que garantice la privacidad y la intimidad.

No existe ninguna prueba de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable. A pesar de ello existen algunas escalas que se han desarrollado para este propósito:

- La Guía clínica de Australia sobre suicidio (New Zealand Guidelines Group, 2003) recomienda (grado B) el uso de la escala de desesperanza de Beck (Aliaga Tovar, 2006).
- Las escalas *Suicide Intent Scale* (Beck, 1974) y la *Scale for Suicide Ideation* (Beck, 1979) han sido usadas a modo de screening.

El uso de dichos instrumentos debe ser considerado una ayuda que nunca sustituirá la evaluación clínica.

Debemos preguntar sobre suicidio a todos los sujetos con factores de riesgo. Para una lectura y comprensión de dichos factores remitimos al lector al apartado anterior. Veamos ahora, con más detalle, algunas recomendaciones para la evaluación.

Estado mental actual

En la evaluación del riesgo suicida es importante evaluar el estado mental del sujeto, valorando:

- Antecedentes o síntomas recientes (últimas 2 semanas) de depresión (30% de los suicidios), psicosis, trastorno límite de personalidad y abuso de tóxicos.
- Antecedentes personales y familiares de suicidio.

¿Cómo y cuándo preguntar?

No es fácil preguntar a los o las pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente, una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada y procurar que la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos, especialmente aquellos negativos. Es importante permitir que exprese sus sentimientos con sus propias palabras.

El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el profesional no sienta que los sentimientos le inundan, pero con la comprensión y acercamiento suficiente para generar confianza. Una secuencia de preguntas útiles podría ser:

1. ¿Se siente infeliz o desvalido/a?
2. ¿Se siente desesperado/a?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que no merece la pena vivir la vida?
6. ¿Siente o ha sentido deseos de matarse?

Plan suicida

Conociendo que una mayor premeditación y programación del suicidio indica una mayor gravedad del problema, es importante conocer la planificación de los intentos autolíticos que la persona evaluada realiza.

Para indagar distintos elementos sobre la planificación suicida se podrían realizar las siguientes preguntas:

1. SOBRE LA PLANIFICACIÓN

¿Ha hecho planes para terminar con su vida?

¿Tiene idea de cómo y cuándo va a hacerlo?

¿Avisará a alguien antes?

¿Dejará alguna nota?

¿Ha hecho algún testamento o gestionado algún seguro de vida?

2. SOBRE EL MÉTODO

¿Tiene píldoras, revólver, insecticida u otros medios?

¿Están a su entera disposición?

3. SOBRE LAS CONSECUENCIAS

¿Qué pretende o busca con ello?

¿Cómo afectará esto a sus allegados?

¿Ha pensado en otras soluciones?

Resulta obligatorio hacer todas aquellas preguntas que consideremos necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una idea lo más clara posible de las ideas o intenciones del o de la paciente.

Es un error pensar que no debemos ser intrusivos para no herirle o para no «inducir ideas» que no tenía.

Al final de la entrevista, se ha de tener lo más claro posible si la persona atendida piensa en la muerte, de qué manera y, en su caso, si ha elaborado planes sobre ello, catalogando las ideas de suicidio según el grado de gravedad o de peligrosidad en:

1. **Sin ideas de muerte.** Ni espontáneamente ni al ser preguntado nos refiere que tiene deseos de morirse.
2. **Ideas pasivas de muerte (sin perspectiva de suicidio).** Expresa si se le pregunta deseos suicidas pero sin intención de materializarlos.
3. **Ideas o intenciones de suicidio (ideas activas de muerte).** Expresa deseos suicidas y tiene intención de materializarlos pero no tiene ningún plan concreto ni ha estado nunca al borde de un acto autolítico.
4. **Planificación suicida.** Piensa de manera concreta y reciente en una forma clara de atentar contra su vida.

Tentativa suicida

Una tentativa de suicidio provoca de entrada una situación de urgencia médica o médico-quirúrgica y además supone un claro indicador de alerta sobre el riesgo suicida. Es obvio, que en estas situaciones hay que valorar el riesgo de reincidencia y otros aspectos. A continuación recogemos algunas recomendaciones sobre esta evaluación.

La **valoración psiquiátrica** se ha de iniciar tras cumplir con dos requisitos indispensables:

1. Valoración y estabilización del cuadro orgánico.
2. Recuperación de un buen nivel de conciencia. La sedación o la obnubilación cursan de por sí con alteración de las funciones intelectuales (memoria, capacidad de crítica, etc.), así como con modificación del carácter y de la expresión de las emociones. Todo esto enmascara la valoración e induce fácilmente a errores.

Para la valoración de la tentativa de suicidio se tendrán en cuenta las siguientes dimensiones:

CONTEXTO

¿Qué estaba haciendo justo antes?

Existencia de desencadenantes, estresores, contrariedades, rupturas, etc.

¿Presentaba psicopatología los días previos?

¿Cómo obtuvo los medios para autolesionarse?

GRADO DE PLANIFICACIÓN / PREMEDITACIÓN

¿Cuándo apareció la idea?

¿Lo preparó con antelación?

¿Fue algo impulsivo, sin pensarlo?

INTENCIONALIDAD O MOTIVACIÓN AUTODESTRUCTORA

Deseo real de muerte

Deseo de que algo cambie (petición de socorro)

Intención de obtener algo (chantaje)

Deseos de culpabilizar o otros (venganza)

Impulsividad o intolerancia a frustraciones o contrariedades (en cortocircuito)

Huida, evasión, dormirse

GRADO DE CERTEZA DE CONSECUENCIAS DE MUERTE

Violencia y letalidad del método utilizado.

Los métodos más letales o con más clara intencionalidad letal son los violentos (ahorcamiento, con arma blanca o de fuego y precipitación).¹

Posibilidades de rescate por parte de terceras personas.

¿Avisó o facilitó el que su entorno se diera cuenta de lo ocurrido?²

AUTOCRÍTICA

¿Qué piensa el o la paciente sobre lo ocurrido?

¿Se muestra irritado/aliviado por no haber obtenido el objetivo de muerte?

¿Cree que había otras alternativas?

¿Piensa que fue una tontería?

¿Qué cree que haría en caso de encontrarse en una situación similar en el futuro?

¿Refiere que volverá a hacerlo?

LESIONES FÍSICAS OBJETIVAS Y GRAVEDAD DE LAS MISMAS

Leves: requieren como máximo atención ambulatoria.

Moderadas: requieren vigilancia en servicio de Urgencias de entre 24 y 48 horas.

Graves: requieren de hospitalización.

(1) Las intoxicaciones medicamentosas suelen considerarse menos graves, aunque depende del conocimiento subjetivo de cada paciente hacia la sustancia usada. El método más frecuente es la intoxicación (70-80% de los casos).

(2) Se considera de mayor gravedad si se hubiesen realizado maniobras para mantener la privacidad del acto.

Entorno

Tras entrevistar al o la paciente y solicitar su autorización debemos siempre hablar con el entorno a fin de:

- Confirmar y completar la información obtenida del o de la paciente.
- Comprobar la presencia y solidez del entorno así como su capacidad de implicarse en las propuestas de tratamiento.
- Tranquilizar, orientar.

A partir de la valoración realizada del riesgo y de la calidad de los controles internos y externos sobre la conducta de la persona atendida, se deberá decidir si se ingresa en Unidad Hospitalaria o si deberá seguir tratamiento ambulatorio bajo supervisión familiar.

3.2.2. Puntos de buena práctica clínica

Estas sugerencias de buena práctica clínica fueron seleccionadas de las siguientes guías:

- *Self Harm: The short- term physical and psychological management and secondary prevention of self- harm in primary and secondary care del National Institute of Clinical Excellence* (NICE, 2004).
- *The assessment and management of people at risk of Suicide, del New Zealand Guidelines Group* (New Zealand Guidelines Group, 2003).

Factores decisivos para la selección de estas guías fueron su aplicabilidad en nuestro medio, el grado de evidencia y la relevancia clínica.

Organizado por apartados, se recogen a continuación los puntos prioritarios para el abordaje clínico de las conductas suicidas.

Evaluación

1. Cualquier persona que busque ayuda en un departamento de emergencias tras una tentativa de suicidio, independientemente del tipo de intento y método utilizado, debería ser evaluado por un facultativo o facultativa con entrenamiento adecuado en salud mental.
2. La evaluación debería ser realizada en una habitación separada que facilite a la persona expresarse en un ambiente tranquilo y de intimidad.
3. La ideación suicida debe ser un aspecto evaluado de forma explícita, calmada y directa porque no existe evidencia científica de que preguntar directamente sobre estas ideas favorezca su aparición en pacientes que no las tengan, ni las empeore en quienes las presenten.
4. Los y las pacientes tienden a minimizar las cantidades de fármacos consumidas, por ello, se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes que presenten sobredosis de medicamentos.
5. Cuando se lleva a cabo una entrevista para valorar el riesgo de suicidio, hay que evaluar cuidadosamente la presencia de enfermedades mentales concomitantes, rasgos, características sociodemográficas y psicosociales asociadas a un incremento del riesgo.
6. Durante la evaluación, se debe proveer de apoyo emocional y ayuda, si es necesaria, a los o las familiares de la persona atendida por el alto impacto emocional que el acontecimiento supone.

7. En el caso de que sujetos, con conducta suicida, quieran abandonar el servicio de Urgencias antes de su valoración o en aquellos en que se establezca una capacidad mental disminuida o una enfermedad mental intercurrente, deben adoptarse las medidas necesarias para evitar que abandone el servicio de Urgencias antes de que sea valorado/a por los servicios de salud mental.
8. En individuos con conducta suicida, cuya valoración psicosocial esté dificultada como resultado de una intoxicación o en aquellos en los que el soporte externo puede ser perjudicial, sería conveniente un ingreso temporal en el servicio de Urgencias hasta ser evaluados. La evaluación debería hacerse lo antes posible (preferentemente al día siguiente del ingreso).

Niños/as y adolescentes

9. Todos los niños, niñas y adolescentes se deben ingresar en un servicio pediátrico hasta el día siguiente para ser evaluados por un servicio especializado.

Personas mayores

10. Todos los actos de autolesión en mayores de 65 años deben ser considerados como un intento de suicidio hasta que se compruebe lo contrario, ya que el porcentaje de suicidios consumados es mucho mayor en esta franja de edad.

Hospitalización

11. Para reducir el riesgo de suicidio la duración del ingreso debe ser superior a 4 días.
12. Tras la hospitalización, los y las pacientes a quienes no se conozca bien, deben recibir un mayor nivel de vigilancia durante la primera semana.

13. Para personas con ideación suicida crónica, puede ser suficiente con ingresos entre 1 y 4 días (corta duración).
14. Si la persona no es ingresada, se debe derivar de forma adecuada, garantizando una asistencia con algún servicio de salud dentro de las 24 horas siguientes.

Alta

15. El seguimiento a nivel comunitario debe realizarse en la primera semana tras el alta, ya que es el periodo de máximo riesgo, y esto debería ocurrir incluso si la persona falta a la cita (especialmente si lo intentó en otra ocasión en los últimos tres meses).
16. Si la persona no acude a la cita postalta y se piensa que tiene un riesgo alto de suicidio, el personal debe realizar una búsqueda activa para ponerse en contacto con ella.
17. El equipo responsable del seguimiento debe disponer al menos de información verbal del o de la paciente, de manera previa al alta hospitalaria.

Prescripciones farmacológicas

18. La medicación debe ser prescrita y dispensada en baja dosis y utilizar los fármacos que en caso de sobredosis o de combinación con otras drogas o alcohol tengan un menor potencial letal. Se adjuntan recomendaciones sobre tratamiento farmacológico en caso de suicidio en el capítulo 3.

Formación

19. El servicio de Salud Mental y el servicio de Urgencias deberían estar implicados en programas de entrenamiento y reciclaje en la evaluación y manejo de pacientes con ideación y conducta suicida.

Para la implementación de estos puntos de buena práctica sería conveniente la formación de un grupo de trabajo y seguimiento donde deberían estar incluidos tanto personal perteneciente al servicio de Salud Mental como del servicio de Urgencias.

3.2.3. Modelo de informe clínico

Siendo un instrumento clave de calidad y continuidad asistencial, los objetivos del informe clínico en este ámbito son:

- Transmitir a otros y otras profesionales sanitarios la información necesaria para continuar el proceso de tratamiento.
- Informar a el o la paciente y a su entorno del estado clínico y medidas terapéuticas y de control propuestas en la atención sanitaria.
- Testimoniar (por escrito en la historia clínica) nuestra actuación en caso de derivarse responsabilidad para su tratamiento. Dicha responsabilidad, centrada en el concepto de imprudencia, está regulada en los artículos del Código Penal 142 (delito) y 621 (falta).

El informe realizado en este contexto debe hacer constar:

- **Motivo de la demanda y valoración somática.** Incluyendo todas las aportaciones propias de cualquier informe de atención urgente.
- **Descripción breve de la tentativa de suicidio.** Reflejando, en su caso, sus aspectos más relevantes (desarrollo de acontecimientos, motivación, planificación, previsión de rescate, autocrítica).

- **Estado psiquiátrico.** Antecedentes psiquiátricos, tentativas anteriores y estado psíquico actual (contacto y grado de colaboración terapéutica, síntomas depresivos, desesperanza, impulsividad, sueño, ansiedad, ideas de suicidio actuales y gravedad, consumo activo de tóxicos).
- **Situación sociofamiliar.** Condiciones de vida, profesión, presencia y validez de entorno familiar.
- **Acontecimientos vitales recientes (estresantes).**

Por último, en la conclusión, se debe especificar:

- El diagnóstico de urgencia (al menos sindrómico) y, en caso de tentativa de suicidio reciente, diagnóstico del gesto autolesivo: suicidio frustrado, tentativa de suicidio, ideación, etc.
- Obligatoriamente la existencia o no de ideas de suicidio y en qué grado («no existen en este momento ideas de suicidio», se presentan «ideas activas de muerte no elaboradas y sin planificación»).
- La orientación propuesta, haciendo constar:
 1. El tratamiento farmacológico propuesto.
 2. El grado de colaboración y compromiso por parte del o de la paciente («El paciente acepta el tratamiento y acudirá a su centro de salud mental»).
 3. La información impartida a la familia y allegados de la persona atendida y su corresponsabilidad en la vigilancia del enfermo y su comportamiento («Informamos y acordamos con su esposa la necesidad de que el paciente permanezca acompañado 24 horas al día en su domicilio y de que sea ella quien le administre el tratamiento farmacológico»).

4. Derivación a otros dispositivos (Unidad de Hospitalización, Unidad de Salud Mental Comunitaria, Atención Primaria, Centro de drogodependencias, etc.) y carácter (urgente, preferente, programado).

3.2.4. Psicoterapia

En este apartado se revisa la evidencia sobre la utilidad de la psicoterapia en dos situaciones:

- En la intervención con personas con ideación suicida y que han llevado a cabo intentos de suicidio.
- En la intervención con personas que afrontan el duelo por la pérdida de un ser querido que se ha suicidado.

Intervención en la ideación suicida y en los intentos de suicidio

La psicoterapia juega un papel central en el tratamiento de la tentativa de suicidio, junto a la farmacología. A pesar de que existen pocos estudios rigurosos que demuestren que este tipo de intervenciones disminuyan la mortalidad por suicidio, existe un consenso clínico entre el colectivo profesional que sugiere que las intervenciones psicoterapéuticas constituyen un beneficio para las personas que ha sufrido un intento de autolisis.

Donde sí han demostrado su eficacia es en el tratamiento de algunos factores de riesgo, tales como depresión, esquizofrenia, consumo de tóxicos o trastornos límites de personalidad. Así, en la revisión realizada por McDaid (2008) se concluyó que no existe evidencia fuerte sobre la eficacia de la psicoterapia en la ideación y tentativa de suicidio. Sin embargo, sí existe evidencia fuerte acerca de la relación entre la psicoterapia y ansiedad y de-

presión, factores de riesgo relacionados con la ideación y tentativa de suicidio. En edades infantiles y juveniles la psicoterapia reduce efectivamente la ansiedad y depresión, y en edades adultas parece contribuir a reducir la ansiedad y la depresión.

La Guía NICE (2004) describe la depresión mayor y la desesperanza como los principales factores de riesgo para el suicidio. Dado que la depresión es el principal riesgo para el suicidio, al menos aquellas personas deprimidas con tentativas deberían recibir esta asistencia. Basándose en estos casos y en la experiencia clínica se recomienda la psicoterapia en el tratamiento de la ideación y comportamiento suicida.

La *Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en el adulto* (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008) incluye la psicoterapia, como recomendación, en el tratamiento de la persona con depresión. Dado que la depresión mayor es un factor de riesgo importantísimo debe considerarse su tratamiento psicoterapéutico como un abordaje legítimo e indirecto del riesgo suicida.

También se ha estudiado el efecto de la terapia dialéctico conductual en pacientes potencialmente suicidas (OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías (b), 2000), con diagnósticos de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (CIE-10), descontrol de impulsos o crisis de ira, demostrando su efectividad en la reducción de los intentos, al intervenir en el déficit de habilidades tales como:

- Regulación emocional
- Manejo de ansiedad
- Control de impulsos
- Uso de la asertividad

Intervención con supervivientes

El término «supervivientes» se refiere a las personas del entorno cercano a la persona que comete un suicidio.

La intervención psicoterapéutica en estas personas debe ir encaminada al tratamiento del duelo por la pérdida. Este duelo es especial, ya que la muerte de un ser querido se puede razonar como «normal», pero la muerte tras un suicidio no se vive con normalidad.

La situación en que quedan las personas supervivientes tras la ejecución de un acto suicida suele ser muy dolorosa y traumática, el tabú social y el desprestigio cultural del acto de suicidio pueden acrecentar el dolor por la pérdida. Los sentimientos no sólo son de dolor por la pérdida, también de enfado, de culpa, de negación y de confusión.

Las intervenciones psicológicas se deben centrar en:

- La contención emocional
- La búsqueda de sistemas de apoyo
- La elaboración de la pérdida

Junto a intervenciones psicoterapéuticas, se debe tener presente la importancia de intervenciones no clínicas o clínicas no especializadas, en función de las necesidades de los o las supervivientes. Entre estas intervenciones no clínicas están la de los servicios sociales comunitarios, para ayudar a entender dificultades culturales y buscar apoyo social o recursos profesionales.

Son los agentes sociales y sanitarios, de atención comunitaria o primaria, quienes pueden realizar esta primera aproximación de contención emocio-

nal, valoración y orientación hacia sistemas de apoyo en caso de necesidad. Sólo en el caso de que las personas supervivientes no sean capaces de elaborar el duelo de forma natural, se recomienda la derivación a profesionales sanitarios expertos que puedan aplicar las intervenciones adecuadas.

Más allá de la psicoterapia, organismos como la OMS (OMS, 2000c) destacan la importancia de los grupos de autoayuda. Entiende que las personas afligidas por el suicidio de un familiar tienen problemas para hablar del tema y para admitir que ésa fue la causa de la muerte de su ser querido. Esta actitud reduce su posibilidad de hablar sobre su dolor con otras personas. Un grupo de apoyo entre iguales puede ayudar muchísimo, ya que la falta de comunicación puede demorar el proceso de recuperación. Desde otros organismos, como la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP, 2008) se ha mostrado un creciente de interés por estos grupos.

Una de las intervenciones de los y las profesionales debe ser encaminar a los supervivientes a este tipo de grupos de autoayuda.

3.2.5. Seguridad de pacientes

Dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se encuentra el documento *Con la seguridad en mente: Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente* (Agencia Nacional de Seguridad del Paciente, 2006) el cual ha servido de guía para la elaboración del presente apartado.

Aunque no siempre es posible distinguir una autolesión de un intento de suicidio, se debe realizar un esfuerzo por valorar la ideación suicida en las personas que cometen autolesiones. La autolesión se define como aquella

conducta realizada con la intención de infligirse un daño corporal sin propósito de muerte. Algunas personas que realizan una autolesión sin intención de suicidarse (como ingerir dosis altas de medicación) acaban suicidándose.

Los puntos siguientes deben ser tomados en cuenta a la hora de elaborar planes o programas de seguridad en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de Salud Mental:

- La valoración inicial de riesgo de suicidio debe ser realizada en cada paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, haciendo especial énfasis en quienes tienen antecedentes.
- La mayoría de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados en pacientes que ingresan en el hospital, se realiza a través del ahorcamiento.
- La observación, el chequeo rutinario por parte del personal, así como la colaboración de otros u otras pacientes son intervenciones claves en la prevención del suicidio.
- Actuar con lógica en la reducción de acceso a métodos letales (presencia de cortinas, cordajes, objetos lesivos, etc.) en el documento al que se hace referencia en este apartado se contemplan las siguientes recomendaciones:

Implementación de auditorías anuales para detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas.

Desarrollo de ambientes terapéuticos de confianza, para que las personas que tienen ideas de suicidio puedan hablar abiertamente de cómo se sienten.³

(3) En este sentido la asignación de profesionales de referencia, especialmente de enfermería ha supuesto un cambio importante en el modelo de atención. En el SSPA, se ha realizado un desarrollo importante en los últimos años, consiguiendo la incorporación de este modelo de trabajo en todos los dispositivos de salud mental.

- Notificación de los intentos de autolesión y de suicidio para aumentar la vigilancia y el control externo. Es imprescindible implementar registros epidemiológicos adecuados y detallados, pues las limitaciones actuales en las notificaciones impiden mejorar las medidas de seguridad y conocer el número de casos reales.

3.2.6. Circuitos sanitarios

La inclusión de este apartado se justifica desde el punto de vista de las necesidades de la persona atendida con ideación o tentativa. El objetivo es que el o la paciente esté en cada momento en el lugar más apropiado de los circuitos sanitarios.

El mejor espacio en el que una persona con intención autolítica puede estar es en cualquier sitio conectado a la red de salud. Por ello algunas investigaciones han dedicado esfuerzos a evaluar qué importancia tiene el seguimiento en la prevención del suicidio, desde la perspectiva de la conexión a la red como un sistema de control externo que mida de forma continua el estado de pacientes con riesgo.

La recomendación del grupo que ha elaborado este trabajo, es conectar a la red sanitaria a cualquier paciente que sea detectado con ideación, tentativa o sospecha de suicidio. Se hace referencia a aquellos casos nuevos de personas que aún no están en seguimiento por problemas de salud mental (ni en Salud Mental, ni en Atención Primaria).

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone un circuito de derivación con unos tiempos estimados de demora, dependiendo de la gravedad de la ideación o tentativa (leve, moderada o grave).

La valoración de este riesgo está guiada por la propuesta realizada en el proyecto SUPRE (OMS, 2000b), clasifica las tentativas en:

Tentativas suicidas leves: si puntuación ≤ 4

Tentativa suicida moderada: si puntuación = 5

Tentativa suicida grave: si puntuación = 6

En la tabla siguiente se puede consultar el sistema de valoración recomendado.

RIESGO	SÍNTOMAS	EVALUACIÓN	ACCIÓN
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas, pero con trastorno psiquiátrico y/o otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato.	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el o la paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental. Valorar hospitalización.

Tabla 3. Riesgo de suicidio: identificación, valoración y plan de acción. Fuente: OMS. Proyecto SUPRE

Esquema del circuito

Partiendo de esta clasificación se propone un circuito de derivación con unos tiempos estimados de demora, dependiendo de la gravedad de la ideación o tentativa. El esquema del circuito propuesto para situaciones de tentativa suicida se puede ver en la siguiente figura.

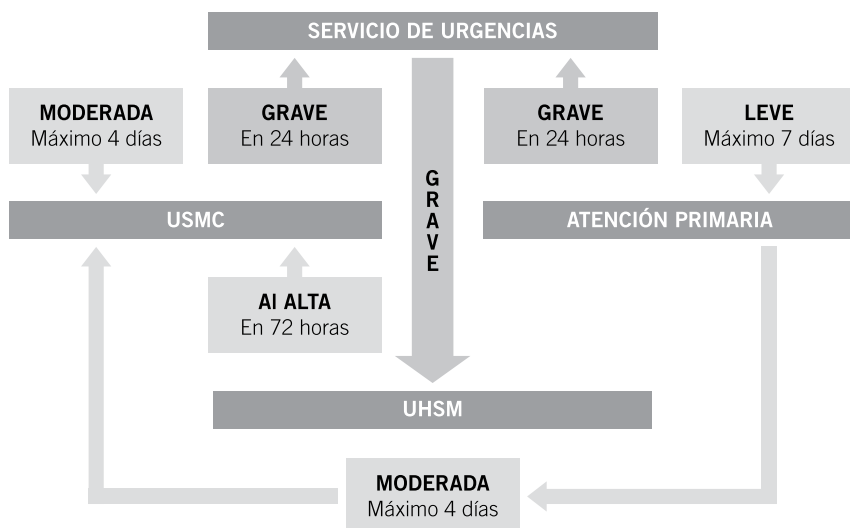


Figura 4. Esquema de circuito de derivación en función del riesgo valorado

Estas derivaciones deberían tener un seguimiento especial por profesionales de enfermería y trabajo social. El grupo de trabajo propone que sean las enfermeras gestoras o enfermeros gestores de casos quienes participen activamente en la comunicación entre profesionales de diferentes dispositivos.

Así, en el caso de derivaciones desde Atención Primaria se propone que el enfermero o enfermera de gestión de casos de Atención Primaria conecte con cada paciente o familia y que hagan el seguimiento necesario para que la per-

sona acuda a la cita con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). En el caso de derivación desde el servicio hospitalario de Urgencias proponemos que sea el o la profesional de gestión de casos del Hospital quien se encargue de comunicar con el dispositivo que va a realizar el seguimiento, USMC o AP. Esta recomendación se justifica por la escasa conciencia de necesidad de ayuda, o incluso rechazo, que pueda existir en algunas personas que buscan la autolisis como solución.

Seguimiento

La escasa conciencia de necesidad de ayuda, mencionada anteriormente, y el riesgo de reincidencia justifican la necesidad de seguimiento de las personas que ha llevado a cabo una tentativa frustrada de suicidio.

Si revisamos la base de datos sobre intervenciones de promoción de la salud mental de la Plataforma Europea para la Promoción de la salud mental (IMPHA), algunas experiencias ponen de manifiesto que el seguimiento telefónico durante el primer mes tras la tentativa suicida frustrada reduce la tentativa aunque no disminuye la ideación (IMPHA Database).

Teniendo en cuenta estos resultados, el responsable del caso debería realizar un seguimiento en consulta. Pero en aquellos casos en que no se considere necesario o la persona atendida no acuda, se debe realizar al menos un seguimiento telefónico semanal para valoración de la evolución del caso. Este seguimiento lo puede realizar cualquier profesional del equipo (enfermería, trabajo social o medicina). Se planteará una intervención (domiciliaria o en consulta) en los casos en que no exista mejoría.

tendencias de la mortalidad por suicidio en Andalucía

1. introducción

1.1. Objetivos

El objetivo de este capítulo es describir la tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía durante el período de 1975 a 2007, haciendo referencia a las variables de edad, sexo, estado civil y método de suicidio que sistemáticamente son recogidos por las estadísticas oficiales de mortalidad.

1.2. Metodología

Para ello, se han utilizado las defunciones por suicidio, distribuidas por edad y sexo, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre los años 1975 y 1991 y por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA) para el periodo de 1992 al 2007.

En los años estudiados, se han producido cambios en las revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de 1975 a 1979 la octava, de 1980 a 1999 la novena y desde 1999 a 2007 la décima, los códigos que se

han seleccionado son E950-E959 de la CIE-8 y 9 y de X60-X84 de la CIE-10. Para el cálculo de indicadores se han utilizado las poblaciones proyectadas por el INE desde el 1971 al 2026.

Con estos datos se han calculado las tasas brutas (T_b) y específicas por grupos de edad, dividiendo el número de defunciones ocurridos en un año determinado por la población a riesgo (población a mitad de periodo). Para realizar las comparaciones temporales, se han calculado las tasas ajustadas por edad (T_s), tomando como referencia la población estándar europea. Las tasas ajustadas por edad controlan el efecto de la edad en distintas poblaciones sobre la mortalidad por suicidios, por lo que permite comparar el impacto de la mortalidad por suicidios en diferentes poblaciones o una misma población en el tiempo.

Como indicador de mortalidad prematura, se ha calculado la tasa ajustada por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) entre 1 y 70 años (Romerder, 1976). Esta tasa pondera cada defunción teniendo en cuenta la edad a la que se ha producido y no sólo el hecho de haber ocurrido.

Para estimar los cambios de tendencia observados a lo largo del tiempo se han utilizado modelos segmentados de regresión de Poisson. Estos modelos identifican el momento en que se producen los cambios significativos de la tendencia y estiman la magnitud del aumento o el descenso observado en cada intervalo. Se han establecido en los modelos utilizados hasta un máximo de dos puntos de cambio. La significación estadística se fijó en el 0,05% (Kim, 2000).

Los métodos de suicidio utilizados, recogidos en las causas a tres dígitos de la CIE-10, se han agrupado siguiendo un criterio de magnitud en las siguientes categorías: ahorcamiento (X70), precipitación (X80), envenenamiento

(X60-X69), ahogamiento (X71), por armas de fuego (X72-X74), arrojamiento (X81), no especificados (X83, X84) y otros (X75-X79, X82).

Se han agregado las defunciones de los últimos cinco años según el método empleado y se han calculado los porcentajes sobre el total de las defunciones. Para analizar el estado civil de las personas fallecidas por suicidio, se han calculado las tasas brutas y las tasas ajustadas por edad mediante el método directo en el periodo 2003-2007. Se ha utilizado como denominador la población del censo del 2001, que recoge el estado civil de los andaluces y andaluzas.

Se ha estudiado la distribución de la mortalidad por suicidios, para el periodo de 2003 a 2007 por distrito sanitario de Atención Primaria de Andalucía, mediante una Razón de Mortalidad Estandarizada (RME). Este indicador consiste en comparar las muertes observadas en un distrito sanitario en el periodo 2003-2007 con las esperadas en ese distrito si las defunciones hubiesen sido las correspondientes a las media de Andalucía. De esta manera se pueden identificar los distritos de alta y baja mortalidad con respecto al estándar de comparación. Así una RME de 1,5 se interpreta que en ese distrito sanitario se han producido un 50% más de muertes que en la media de Andalucía.

2. principales resultados

2.1. Mujeres

En las mujeres, la mortalidad por suicidios en Andalucía pasó de 74 defunciones en el año 1975 a 170 defunciones en el 2007, las tasas brutas se incrementaron igualmente de 2,37 a 4,47 defunciones por 100.000 mujeres/año para los años extremos de la serie descrita. Parecida evolución tuvieron las tasas ajustadas por edad pasando de 2,63 a 3,97 defunciones por 100.000 entre 1975 y 2007. En el conjunto del periodo analizado se produjo un aumento tanto de las tasas brutas como ajustadas por edad (ver tabla 1), así las Tb presentaron un aumento anual del 1,55% y las Ts de 0,82%, en ambos casos estadísticamente significativo. Estos resultados están indicando que la mortalidad por suicidios en la mujeres andaluzas entre 1975 y 2007 ha sufrido un incremento no explicable por el efecto que sobre la mortalidad por esta causa ha tenido el envejecimiento de la población.

Al analizar las tasas ajustadas por edad, se puede observar que la tendencia de la mortalidad por suicidios a lo largo del periodo de tiempo estudiado no fue constante. Entre 1975 y 1988 se produjo un incremento anual de 5,19% estadísticamente significativo; a continuación, entre 1988 y 1991 ocurrió un descenso con un porcentaje anual de cambio del -8,57%, no estadísticamente significativo. En el periodo entre 1991 y 2007 da un nuevo cambio de tendencia con un incremento anual del 0,7% no estadísticamente significativo (figura 1).

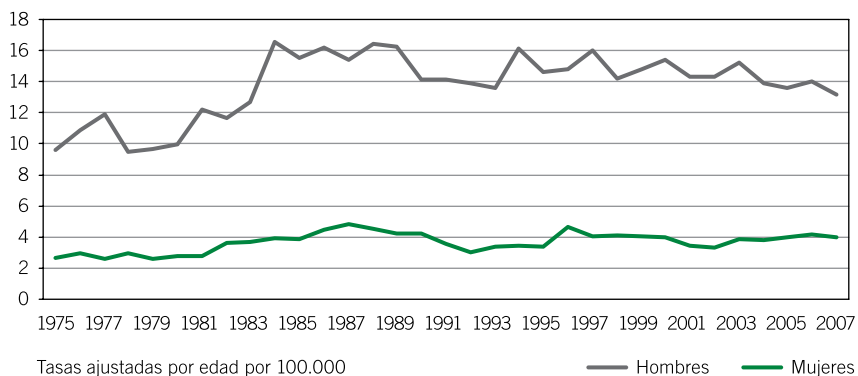


Figura 1. Evolución de las tasas ajustadas por edad de mortalidad por suicidios entre 1975 y 2007. Fuente: INE y IEA

Por grupos de edad, lo primero que hay que destacar es un aumento de la mortalidad a medida que se incrementa la edad (ver figura 2), de tal manera que las mujeres de 65 y más años siempre han tenido mayor mortalidad que los otros grupos de edad, presentando las mayores diferencias en entre los años 1980 y principios de 1990. En cuanto a las tendencias por grupos de edad, no fueron constantes con frecuentes cambios de tendencias de ascendente a descendente, o cambios de intensidad en las tendencias del mismo signo.

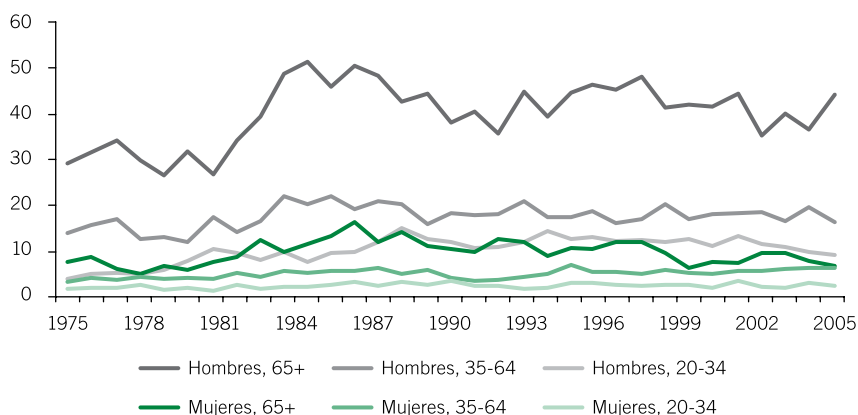


Figura 2. Tendencia de la mortalidad por suicidio por grupos de edad y sexo en Andalucía de 1975 a 2007. Fuente: INE y IEA

Lo más significativo por su repercusión en la mortalidad por suicidios a todas las edades, fue la tendencia descendente en el grupo de 65 años y más a partir del año 1987, con un PCA de $-2,77\%$ estadísticamente significativo.

2.2. Hombres

En los hombres, el número de defunciones pasó de 225 en el año 1975 a 535 en 2007. Las tasas brutas ascendieron de 7,49 defunciones por 100.000 personas/año en 1975 a 14,57 en 2007. Las tasas ajustas por edad también aumentaron, pasando de 9,59 a 13,19 defunciones por 100.000 personas/año entre 1975 y 2007. El análisis con regresión joinpoint para el conjunto del periodo (1975-2007), al igual que en las mujeres, mostró un incremento tanto de las tasas brutas como ajustadas con porcentajes de cambio anual de 1,85% y 0,78% respectivamente para las Tb y Ts, debiendo interpretarse igual que en el caso de las mujeres.

Sin embargo, los resultados del análisis de regresión joinpoint muestran que la tendencia de las tasas ajustadas por edad no fue constante a lo largo de la serie de años estudiados. Entre de 1975 a 1980 se produjo un descenso anual de 1,19%, no estadísticamente significativo; seguido de otro periodo entre 1980 y 1984 de un fuerte incremento estadísticamente significativo con porcentajes de cambio anual del 12,08%. A partir de 1984 se produce una tendencia descendente de los suicidios, que persiste hasta el año 2007, con un Porcentaje de Cambio Anual (PCA) 0,53% (estadísticamente significativo).

Por grupos de edad, se produjo un incremento a medida que aumenta la edad, especialmente llamativo la diferencia de las tasas específicas de los

hombres de 65 años y más con respecto a los otros grupos de edad (ver figura 2). En cuanto a las tendencias, tuvieron una evolución parecida al global, excepto en el grupo de entre 20 y 34 años. En este segmento de población, después de un fuerte incremento entre 1975 a 1989 (estadísticamente significativo), se pasó a una tendencia descendente entre 1989 y 2007. Los otros dos grupos de edad mostraron comportamientos parecidos, con un primer periodo entre 1975 y principios de 1980 de descenso, para luego cambiar a un fuerte ascenso, aunque no estadísticamente significativo, y a partir de 1984 volver a descender de una manera estadísticamente significativa, pero con PCA más bajos.

La razón de tasas ajustadas entre hombres y mujeres fue de más de 3, en cada uno de los años de la serie estudiada, y llegó a ser de 4,7 en el año 1994. Otra diferencia entre hombres y mujeres fue la diferente tendencia de las tasas brutas y ajustadas, en los últimos periodos. En las mujeres ambos indicadores fueron positivos, aunque las tasas brutas fueron estadísticamente significativas y las ajustadas por edad no. En los hombres la Tb fue positiva mientras la Ts fue descendente y estadísticamente significativa.

2.3. Método de suicidio

El ahorcamiento fue el método suicida más utilizado, provocando el 62% del total de las muertes en los hombres y el 36% en las mujeres, seguido de la precipitación con un 33% en las mujeres y un 15% en los hombres, en tercer lugar se situó el envenenamiento con diferentes sustancias que supuso el 19% de las muertes en las mujeres y del 8% de las de los hombres. El resto de métodos fue utilizado en menor porcentaje (ver tabla 1 y figura 3).

Métodos	Número		Porcentaje	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Envenenamiento	157	214	19,0	7,9
Ahorcamiento	299	1687	36,2	61,9
Ahogamiento	40	74	4,8	2,7
Precipitación	274	404	33,2	14,8
Arma de fuego	2	183	0,2	6,7
Arrojarse	7	40	0,8	1,5
No especificado	27	59	3,3	2,2
Otros	20	63	2,4	2,3
Total	826	2724	100	100

Tabla 1. Defunciones por suicidio según método empleado. Andalucía, 2003-07. Fuente: IEA

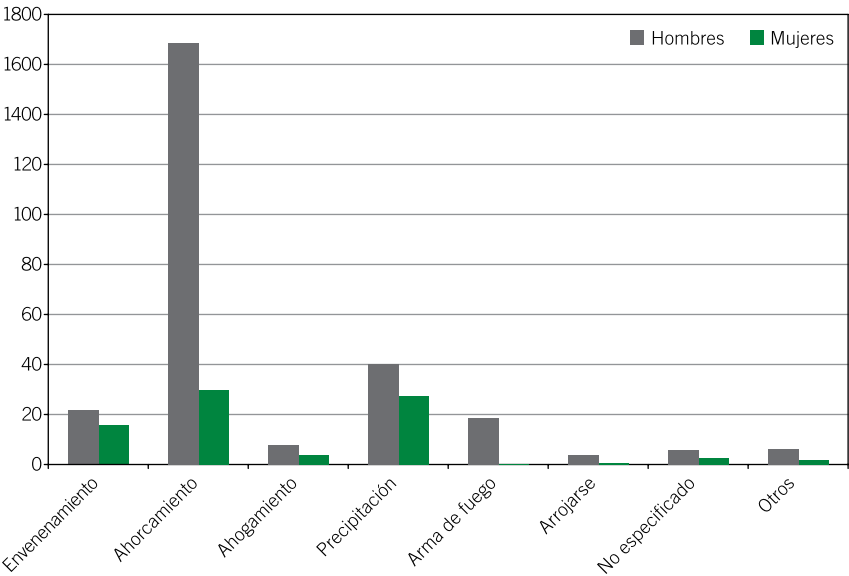


Figura 3. Defunciones por suicidio según método empleado. Andalucía, 2003-07. Fuente: IEA

2.4. Estado civil

En la tabla 2 y figura 4 se presentan los datos de la mortalidad por suicidio y estado civil en la población andaluza mayor de 20 años de edad, para el período de 2003 a 2007.

Cuando se calculan las tasas brutas son las personas separadas y viudas las que presentan las tasas más altas de suicidio, especialmente las primeras. Una vez igualado el efecto de la estructura de edad, mediante una estandarización directa, pasan a ser las personas viudas seguidas de las solteras las que tienen las tasas más altas. A igual edad, la última posición la ocupan las personas casadas, seguida de las divorciadas, siendo las diferencias entre divorciadas y casadas mínimas.

SEXO	ESTADO CIVIL				
Hombres	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Total
Casos	892	1295	296	191	2674
Tb	20,8	15,3	79,1	56,9	19,9
Ts	43,5	14,9	141,3	55,4	20,4
Mujeres	Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	Total
Casos	178	383	180	67	808
Tb	5,1	4,6	10,1	13,7	5,7
Ts	10,1	4,5	14,5	12,3	5,7

Tabla 2. Defunciones por estado civil en población de 20 y más años en el periodo 2003-07

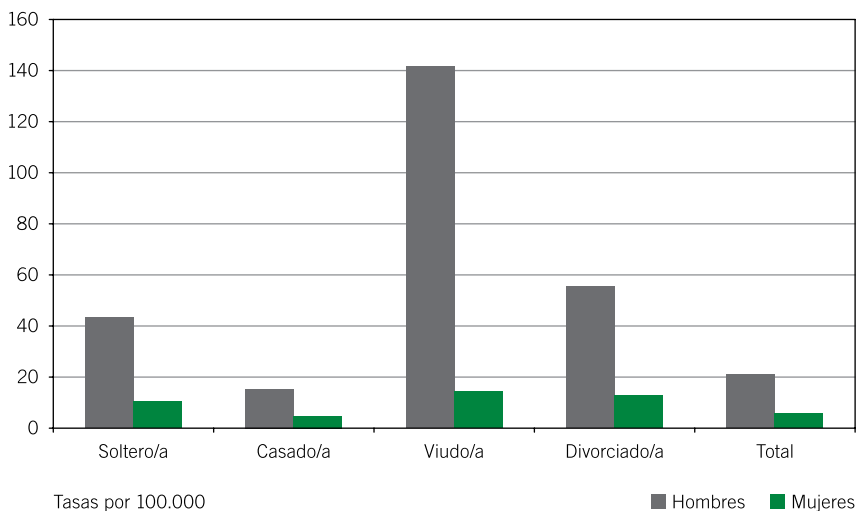


Figura 4. Defunciones por estado civil en población de 20 años y más años en el periodo 2003-07

2.5. Distribución geográfica

En la figura 5 se puede ver la distribución de la mortalidad por suicidios por distritos sanitarios. Con las debidas precauciones a la hora de interpretar este tipo de indicadores, debido a la alta variabilidad que presentan de un periodo a otro, los suicidios no se distribuyen homogéneamente en todo el mapa sanitario andaluz. Hay zonas de alta mortalidad, hasta dos veces la media de Andalucía como ocurre en el distrito del Valle del Guadalhorce tanto en las mujeres como en los hombres. Esta imagen de alta mortalidad por suicidios en la zona central de Andalucía es muy constante a lo largo del tiempo. Esta información es relevante a la hora de establecer los programas de intervención sobre este importante problema de salud pública.

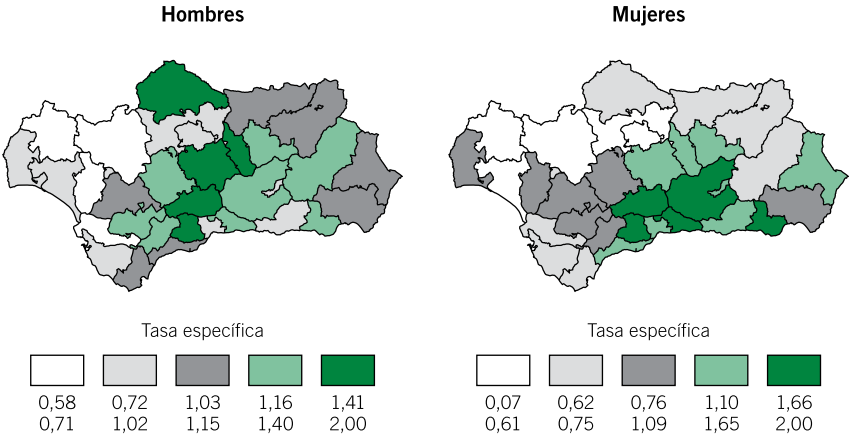


Figura 5. Distribución geográfica de muertes por suicidio en Andalucía por Distritos Sanitarios. 003-2007. Fuente: IEA

3. conclusiones

El análisis de la mortalidad por suicidio de Andalucía pone de manifiesto una importante influencia del sexo, la edad y el estado civil en la mortalidad por esta causa. Los hombres presentan valores mucho más elevados que las mujeres; la mortalidad se incrementa a medida que aumenta la edad, en especial en los hombres mayores de 64 años; las personas casadas tienen mucha menos mortalidad que las viudas y solteras. El método de suicidio más utilizado, tanto en hombres como en mujeres, ha sido el ahorcamiento.

Todo esto se da en un contexto de aumento de la mortalidad por suicidio, tanto en mujeres como en hombres, con una tendencia ligeramente ascendente en los últimos años analizados en el caso de las mujeres y de claro descenso en los hombres, que se corresponde con lo que está ocurriendo en el conjunto de España y en otros países desarrollados (McClure, 2000; Yamey, 2000).

En cuanto a la distribución geográfica de la mortalidad por suicidio, es conocida la mayor mortalidad en la zona del centro de Andalucía (Ruiz Ramos, 1998), que habría que tener en cuenta a la hora de elaborar programas de intervención.

**tratamiento
biológico de la
conducta suicida
en los distintos
trastornos
psiquiátricos**

Capítulo elaborado por

Solange Basaluzzo Tamborini

Lucía Pérez Costillas

1. tratamiento psicofarmacológico

Trastorno depresivo

Los datos que demuestran que el tratamiento antidepresivo reduce los porcentajes de suicidio todavía no son definitivos. Sin embargo, la eficacia documentada de los antidepresivos para tratar los episodios depresivos agudos, así como sus efectos favorables a largo plazo para pacientes con tipos recurrentes de ansiedad grave o trastornos depresivos, respalda su administración en personas con pensamientos o conductas suicidas (American Psychiatric Association, 2006).

Aunque no existen evidencias de que un tipo de antidepresivo (AD) sea superior a otro en la prevención del suicidio, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) actuarían sobre la impulsividad, y son seguros y fáciles de manejar (Soler Insa, 2005). En la depresión en la infancia y adolescencia, este grupo (principalmente la fluoxetina) es la farmacoterapia

pia de elección; incluso sopesando el ligero aumento del riesgo que inducen los antidepresivos en niños deprimidos tratados de manera inadecuada o no tratados (Schatberg, 2008).

Si se tratara de una depresión con síntomas psicóticos, el efecto sedante de la medicación antipsicótica facilitaría el control del alto riesgo suicida de este tipo de enfermos (Soler Insa, 2005).

Como hay evidencia de un aumento de las ideas suicidas al principio del tratamiento con AD, la Guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009) de depresión en el adulto recomienda que:

1. Las personas con depresión, con especial riesgo suicida o menores de 30 años, que inician un tratamiento con AD deben ser supervisadas en la primera semana y después con la frecuencia oportuna acorde al riesgo autolítico.
2. Es necesario asesorar a las personas con depresión de las posibilidades de aumento de la agitación, la ansiedad y la ideación suicida en las etapas iniciales del tratamiento. En caso de que dichos síntomas aparezcan:
 - Asegurarse de que la persona sabe cómo buscar ayuda.
 - Revisar el tratamiento si se desarrollan marcado y/o prolongada agitación.
3. Debe tenerse en cuenta la toxicidad por sobredosis a la hora de elegir un AD para personas en situación de riesgo de suicidio. Los antidepresivos tricíclicos (ATC), a excepción de lofepramina, están asociados con mayor riesgo de sobredosis. En comparación con otros AD igualmente eficaces, la venlafaxina está asociada con un mayor riesgo de muerte por sobredosis; por lo que no se recomienda su uso de rutina en Atención Primaria.

Trastorno bipolar

Hay pruebas sólidas de que el tratamiento de mantenimiento a largo plazo con sales de litio reduce considerablemente el riesgo de conductas suicidas en pacientes bipolares; y moderada evidencia de que se produce una reducción similar del riesgo en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente (American Psychiatric Association, 2006; Soler Insa, 2005). Este efecto se produce, a pesar de que las sales de litio pueden ser utilizadas como un medio para suicidarse por su elevada toxicidad en sobredosis. En el caso de necesitar discontinuarlo, debe hacerse lentamente durante al menos dos semanas, ya que la tasa de suicidios es dos veces más baja con la retirada lenta (durante semanas) que con la rápida (Soler Insa, 2005; Stein, 2007).

Los fármacos anticonvulsivos no han demostrado reducción en las tasas de suicidio consumado o intentado; por lo cual el litio se propone como el tratamiento de primera elección en paciente bipolares con riesgo suicida (American Psychiatric Association, 2006; Soler Insa, 2005; Stein, 2007; Vieta, 2006).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La clozapina es el único antipsicótico que ha demostrado reducir las tasas de conductas suicidas en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos (American Psychiatric Association, 2006; Soler Insa, 2005; Stein, 2007; Vieta, 2006); ya que, en comparación con otros antipsicóticos atípicos, ésta es la que más disminuiría la agresividad impulsiva responsable de las autoagresiones y tentativas autolíticas (Schatberg, 2008).

En el caso de no ser conveniente el uso de clozapina, estarían más indicados otros antipsicóticos de segunda generación que los convencionales (American Psychiatric Association, 2006; Soler Insa, 2005). El uso de medicación de liberación prolongada (*depot*) es muy recomendable en pacientes con alto riesgo de suicidio ya que asegura el cumplimiento y no puede ser utilizada con fines autolíticos (Soler Insa, 2005).

Trastorno de personalidad

En trastornos de personalidad con alta impulsividad, los antipsicóticos ayudarían a controlar el impulso suicida (Soler Insa, 2005).

2. terapia electroconvulsiva

A veces se recurre a la Terapia Electroconvulsiva (TEC) para tratar a pacientes con conducta suicida intensa y las pruebas disponibles indican que ésta reduce la ideación suicida a corto plazo (American Psychiatric Association, 2006). La TEC es de elección en la depresión melancólica y bipolar con alto riesgo suicida, por su seguridad, rapidez y eficacia (Soler Insa, 2005; Vieta, 2006).

En determinadas situaciones clínicas, también es posible recurrir a la TEC para tratar a pacientes con riesgo suicida con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo o depresión grave durante el embarazo (American Psychiatric Association, 2006).

Sea cual sea el diagnóstico, esta especialmente indicada en pacientes a quienes un retraso en la respuesta al tratamiento pueda conllevar su muerte.

bibliografía

Capítulo 1

- Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf
- Aliaga Tovar Jaime, Rodríguez de los Ríos Luis, Ponce Díaz, Carlos, et al. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. Rev Investig Psicol, jun. 2006; Vol. 9(1):69-79.
- Álvarez Enric, Fábregas Josep, Molina Cristina, Calle Candela, Sarró Blanca. Programa de Prevención de la Conducta Suicida. Barcelona: Sector Dreta Eixample, 2006.
http://www.adisamef.com/jornadas09/planprevencionsuicidio_esp.pdf
- Augusto Enríquez, Vereau Jorge. Escala de desesperanza de beck (bhs): adaptación y características psicométricas. Revista de investigación en psicología, 2006; 9 (1): 69-79.

- Banacloough B. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psych, 1974; 125:355-73.
- Beautrais Annette, Fergusson David, Coggan Carolyn, Collings Catherine, Dougherty Carolyn, Ellis Pete, Hatcher Simon, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. Journal of the New Zealand Medical Association, marzo 2007; 120(1251): 2459.
<http://www.nzma.org.nz/journal/120-1251/2459/>
- Beck A, Kovacs A. Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. J. Consult Clin Psychol, 1979; 47: 343-352.
- Beck A, Schuyler D. Development of suicidal intent scales; The prediction of suicide. Charles Press, 1974; 45-46.
- Berlote JM, Fleischmann A. A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. Suicidology, 2002; 7(2).
- Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? J Epidemiol Community Health, 2003; 57:594-600.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.
- Consell. Col·legis de Metges de Catalunya. Programa de Atenció Integral al Mèdic Enferm (PAIME). Barcelona. Fundació Galatea, 2003.
http://www.paimm.fgalatea.org/cast/com_accedir.htm

- De Leo D, Padoani W, Scocco P, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psych*, 2001; 16:300-310.
- Draper, B. Attempted suicide in old age. *Int J Geriatr Psych*, 1996; 11:577-587.
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L., García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado MJ, Tizón García J. (Grupo de Salud Mental del PAPPS). Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007; 39(Supl 3):88-108.
http://www.papps.org/suplemento_ap_07.php
- Glyn L, Sloggett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 1998; 317:1283-1286.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06.
- Harwood D, Hawton K, Hope T y Jacoby R. Psychiatric Disorder and Personality Factors Associated with suicide in Older People: A descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psych*, 2001;16:155-165.
- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

- http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1663/Dd12975/prevention_of_mental_disorders_bluebooklet.pdf
- IMHPA Database.
<http://www.database.imhpa.net/index.php?id=9>
- Inoue KI, Hisashi T, Nishimura Y, et al. The Report in the Correlation Between the Factor of Unemployment and Suicide in Japan. *Am J Forensic Med Pathol*, 2008; 29:199-200.
- International Association for Suicide Prevention. Preventing Suicide (IASP) How to Start a Survivors' Group. Ginebra: OMS, 2008.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf
- Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005.
http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11711/a_policy_for_europe.pdf
- Koponen HJ, Viilo K, Hakko H, Timonen M et al. Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatr Psych*, 2007; 22:38-46.
- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry*, 2008; 23:14-20.

- Mann JJ, Alter A, Bertolote et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA, 2005; 294:2064-2074
- McClure GMG. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. Br J Psych, 2000; 176:64-67.
- McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sonden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. The British Journal of Psychiatry 2008; 193:438-443.
- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos, 2006.
- Morrell SL, Taylor RJ y Kerr CB. Unemployment and young people's health. Med J Aus, 1998; 168:236-240.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Londres: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG16FullGuideline.pdf>
- New Zealand Guidelines Group. The Assessment and Management of People at Risk of Suicide. Wellington. Ministry of Health. 2003. <http://www.nzgg.org.nz>
- OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra: OMS, 2000(a).
http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

- OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 2000(b). Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf
- OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: OMS, 2000(c). Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf
- OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS, 2001. http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- OMS: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Protocolo SUPRE_MISS. Ginebra: OMS, 2002. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- OMS. Suicide Prevention. Ginebra: OMS, 2009. http://www.who.int/mental_health/prevention/en/
- OPS. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10) Manual de instrucciones. Vol. 2. Washington, DC: OPS, 1996.
- Pelkonen M, Marttunen M. Chile and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs* 2003; 5(4):243-263.
- Pennebaker, JW. El arte de confiar en los demás. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
- Platt S, Micciolo R, Tansella M. Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends. *Soc Sci Med*, 1992; 34(11):1191-1201.

- Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of literature. *Soc Sci Med*, 1984; 19:93-115.
- Qin P, Mortesen PB, Perdesen CB. Frequent Change of Residence and Risk of Attempted and Completed Suicide Among Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 2009; 66:628-632.
- Ramchand R, Grffin BA, Harris KM, McCaffrey DF, Morral AR. A prospective Investigation of Suicide Ideation, Attempts, and use of Mental Health Service Among Adolescent in Substance Abuse Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2008; 22(4):524-532.
- Robins E. *The final Months: a study of the lives of 134 persons who committed suicide*. Nueva York: Oxford University Press, 1981.
- Ruiz Ramos M, Canto Casasola V. *Estadísticas vitales, distribución espacial y tendencia de la mortalidad por cáncer y otras causas: Andalucía 1975-1996*. Sevilla, Consejería de Salud, 1998.
- Ryan L, Leavey G, Golden A, et al. Depression in Irish migrants living in London: case-control study. *Br J Psych*, 2006;188:560-566.
- Servicio Andaluz de Salud. Noticias. El proyecto Receta XXI supera con éxito su fase de pilotaje y se extenderá a todos los centros de salud a lo largo de este año. 26/01/2004.
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=1016>
- Sluzki CE. *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa, 1998.

- Welch SS. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Services* 2001; 52(3):368-375.
- Work group on suicidal behaviors. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2003.
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/practGuideTopic_14.aspx
- Wyman, Peter A, Brown C. Hendricks, Inman Jeff, Cross Wendi; Schmeelk-Cone Karen, Guo Jing, Pena Juan B. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, feb 2008; 76(1):104-115.
- Yamey G. Suicide rate is decreasing in England and Wales. *BMJ*, 2000; 320:75.

Capítulo 2

- Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation test for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statist Med*, 2000; 19: 335-351.
- McClure GMG: Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psych*, 2000; 176:64-67.
- Romeder JM, Mcwinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol*, 1976; 6:143-51.
- Ruiz Ramos M, Canto Casasola V. Estadísticas vitales, distribución espacial y tendencia de la mortalidad por cáncer y otras causas: Andalucía 1975-1996. Sevilla: Consejería de Salud, 1998.
- Yamey G: Suicide rate is decreasing in England and Wales. *BMJ*, 2000; 320:75.

Capítulo 3

- American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars Medica, 2006.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Self-harm. Depression in adults: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2009.
<http://guidance.nice.org.uk/CG90/Guidance/pdf/English>
- Schatberg A, Cole J, DeBattista Charles. Manual de psicofarmacología clínica. Sexta Edición. Madrid: Luzan 5 SA, 2008.
- Soler Insa Pere Antoni, Gascon Barrachina Josep (Coord.). Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Ars Médica, 2005.
- Stein D, Kupfer D, Schatzberg A. The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders (II). Edición en Español. Barcelona: Medical Trends SL, 2007.
- Vieta Pascual, Eduard. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las depresiones bipolares 1º Edición. Madrid: Aula Médica, 2006.

índice de materias

- Acceso a los métodos: 39
- Accidente cerebrovascular: 34
- Acontecimientos: 42
 - estresantes: 41, 61
- Adolescentes: 58
- Afecciones crónicas: 34
- Agresividad: 36
- Alcohol, alcoholismo: 31, 36
- Alta: 59
- Ambiental, factores: 39
- Análisis: 25
- Andalucía: 20, 73
- Ansiedad: 36
- Aspectos éticos: 23
- Atención Primaria: 46
- Bipolar, trastorno: 89
- Buena práctica clínica: 56
- Cambios vitales: 42
- Cáncer: 34
- Cerebrovascular, accidente: 34
- Circuitos sanitarios: 67, 69
- Civil, estado: 37, 81
- Clínica, buena práctica: 56
- Clínico, modelo de informe: 60
- Clínicos, problemas: 33
- Cognitivo, estilo: 30
- Cómo preguntar: 51
- Conceptos: 18
- Conclusiones: 84
- Consumo: 31
- Crónico, afecciones: 34
- Cuándo preguntar: 51
- Cuidadores informales: 44
- Cultural, factores: 30, 39
- Demanda, motivo: 60
- Depresión: 35
- Depresivo, trastorno: 87
- Desempleo: 38
- Desesperanza: 36
- Distribución geográfica: 82
- Drogas: 31
- Edad: 29

- Electroconvulsiva, terapia: 91
- Emociones negativas: 42
- Empleo: 37
- Enfermedad mental: 35
- Enfermedad psiquiátrica: 30
- Enfermedad somática: 33
- Entorno: 56
- Epidemiología: 19
- Epilepsia: 34
- Esquema del circuito sanitario: 69
- Esquizofrenia: 36, 89
- Estado civil: 37, 81
- Estado mental: 51
- Estado psiquiátrico: 61
- Estilos cognitivos: 30
- Estresante, acontecimiento: 41, 61
- Ética, aspectos: 23
- Evaluación: 49, 57
- Eventos, negativos: 30
 - traumáticos: 30
- Evidencia: 35
- Factores, ambientales: 39
 - culturales: 30, 39
 - de riesgo: 19, 29, 32
 - sociodemográficos: 30
- Familia: 44
 - problemas: 42
- Farmacológica, prescripción: 59
- Financiero, pérdidas: 42
- Formación: 59
 - profesionales: 45
- Geografía, distribución: 82
- Hombres: 78
- Hospitalización: 58
- Ideación suicida: 62
- Ideas, activas de muerte: 53
 - pasivas de muerte: 53
 - sin ideas de muerte: 53
- Identificación: 28
- Impulsividad: 36
- Infancia: 30
- Informal, cuidador: 44
- Informe clínico, modelo: 60
- Intenciones de suicidio: 53
- Intentos de suicidio: 62
- Interpersonales, problemas: 42
- Intervención: 29, 49
 - con supervivientes: 64
 - en la ideación suicida: 62
- Jóvenes: 29
- Lesiones medulares: 34
- Medular, lesión: 34
- Mental, enfermedad: 35
 - estado: 51
 - salud: 47
- Método de suicidio: 79
- Metodología: 73
- Métodos, acceso: 39
- Migración: 38
- Modelo de informe clínico: 60
- Mortalidad, tendencia: 73
- Motivo de demanda: 60
- Muerte, ideas activas: 53
 - ideas pasivas: 53
- Mujeres: 76
- Niños/as: 58

- No sanitarios, profesionales: 48
- Objetivos: 73
- Pacientes, seguridad: 65
- Pérdida, de seres queridos: 42
 - financieras: 42
- Personalidad, trastorno: 90
- Personas mayores: 32, 58
- Plan/planificación suicida: 52, 53
- Población de riesgo: 26, 28
- Práctica clínica: 56
- Preguntar, cómo y cuándo: 51
- Prescripción farmacológica: 59
- Prevención: 25
- Principales resultados: 76
- Problemas, clínicos: 33
 - familiares: 42
 - interpersonales: 42
 - sociales: 37
- Profesionales, formación: 45
 - no sanitarios: 48
- Psicofarmacológico, tratamiento: 87
- Psicoterapia: 62
- Psicótico, trastorno: 89
- Psiquiátrica, enfermedad: 30
- Psiquiátrico, estado: 61
- Recomendaciones: 25
- Resultados: 76
- Riesgo, suicida: 49
 - factores: 19, 29, 32
 - población: 26, 28
- Salud mental: 47
- Sanitario, circuito: 67, 69
- Seguimiento: 70
- Seguridad de pacientes: 65
- Sensibilización: 27, 44
- Seres queridos: 42
- Servicios de Urgencias: 47
- SIDA: 34
- Sin ideas de muerte: 53
- Situación sociofamiliar: 61
- Social, problema: 37
- Sociodemográficos, factores: 30
- Sociofamiliar, situación: 61
- Somática, enfermedad: 33
 - valoración: 60
- Suicida, ideación: 62
 - plan/planificación: 52, 53
 - riesgo: 49
 - tentativa: 53, 60
- Suicidio, intenciones: 53
 - intentos: 62
 - método: 79
- Supervivientes, intervención: 64
- Tendencias de la mortalidad: 73
- Tentativa suicida/de suicidio: 60
- Terapia electroconvulsiva: 91
- Trastorno: 30, 87
 - bipolar: 89
 - de personalidad: 90
 - depresivo: 87
 - psicótico: 89
- Tratamiento psicofarmacológico: 87
- Traumático, evento: 30
- Urgencias: 47
- Valoración somática: 60
- Vital, cambio: 42

Índice de siglas y abreviaturas

AD Antidepresivo

AP Atención Primaria

APA American Psychiatric Association

APVP Años Potenciales de Vida Perdidos

ATC Antidepresivos tricíclicos

CIE Clasificación Internacional de Enfermedades

ESMC Equipo de Salud Mental Comunitario

FAISEM Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas
con Enfermedad Mental

H Hospital

HDSM Hospital de día de Salud Mental

IASP International Association for Suicide Prevention

IEA Instituto de Estadística de Andalucía

IES Instituto de Enseñanza Secundaria

IMHPA European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Project

INE Instituto Nacional de Estadística

ISRS Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

NICE National Institute for Clinical Excellence

NZGG New Zealand Guidelines Group

OMS Organización Mundial de la Salud

PAIME Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

PAPPS Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria

PCA Porcentaje de cambio anual

PISMA Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

RME Razón de Mortalidad Estandarizada

SAS Servicio Andaluz de Salud

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SM Salud Mental

Tb Tasa bruta

TEC Terapia electroconvulsiva

Ts Tasa ajustada

UHSM Unidad Hospitalaria de Salud Mental

USMC Unidad de Salud Mental Comunitaria

X Eje de la Clasificación Internacional de Enfermedades

SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

Recomendaciones sobre la Detección Prevención e Intervención de la **Conducta Suicida**



**Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



EASP1985**2010**



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL