

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

I. Evaluación y Tratamiento

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

I. Evaluación y Tratamiento

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

“Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t), en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad”

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Índice

Autoría y colaboraciones	11
Preguntas para responder	15
Niveles de evidencia y grados de recomendación	17
Recomendaciones de la GPC	19
1. Introducción	25
1.1. La conducta suicida	25
1.2. Conceptualización	25
1.3. Epidemiología del suicidio	28
2. Alcance y objetivos	33
3. Metodología	35
4. Factores asociados con la conducta suicida. Evaluación del riesgo suicida.	37
4.1 Factores de riesgo	37
4.1.1. Factores de riesgo individuales	39
4.1.2. Factores de riesgo familiares y contextuales	43
4.1.3. Otros factores de riesgo	45
4.1.4. Factores precipitantes	46
4.1.5. Factores protectores	46
4.2. Evaluación del riesgo suicida	47
4.2.1. Entrevista clínica	47
4.2.2. Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas	51
5. Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en Atención Primaria	61
5.1. Abordaje de la ideación suicida en Atención Primaria	61
5.2. Evaluación de la conducta suicida en Atención Primaria	65
5.3. Derivación de un paciente con conducta suicida	66
6. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias	69
6.1. La clasificación de pacientes (triaje) en los Servicios de Urgencias	70
6.2. Evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias	73
6.3. Formación del médico de los Servicios de Urgencias	80
6.4. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida	81
7. Tratamiento de la conducta suicida en Atención Especializada (Salud Mental)	87
7.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida	87
7.1.1. Terapias de corte cognitivo-conductual	88
7.1.2. Terapia interpersonal	96
7.1.3. Terapia familiar	98
7.1.4. Terapia psicodinámica	98

7.2. Tratamiento farmacológico de la conducta suicida	99
7.2.1. Fármacos antidepresivos	100
7.2.2. Litio	104
7.2.3. Fármacos anticonvulsivantes	106
7.2.4. Fármacos antipsicóticos	109
7.3. Terapia electroconvulsiva	113
8. Aspectos legales del suicidio en España.	121
8.1. Código Penal y suicidio	121
8.2. Tratamiento de la conducta suicida en régimen de internamiento	122
8.3. Responsabilidades sanitarias derivadas del suicidio	123
8.4. La confidencialidad y el secreto profesional en relación al suicidio	125
9. Estrategias diagnósticas y terapéuticas.	129
Anexos	133
Anexo 1. Información para pacientes y familiares	133
Anexo 2. Glosario	155
Anexo 3. Abreviaturas	161
Anexo 4. Conflictos de interés	163
Anexo 5. Tablas	164
Bibliografía	169

Índice de tablas, gráficos y figuras

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.	26
Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables	37
Tabla 3. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición	48
Tabla 4. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida	48
Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica	49
Tabla 6. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas	50
Tabla 7. Ítem sobre conducta suicida del BDI	53
Tabla 8. Escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo de suicidio	53
Tabla 9. Escala IS PATH WARM para la evaluación del riesgo de suicidio	54
Tabla 10. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD	56
Tabla 11. Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados	56
Tabla 12. Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados	57
Tabla 13. Recomendaciones de comportamiento ante una situación de ideación suicida	62
Tabla 14. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre ideación suicida	62
Tabla 15. Recomendaciones de la OMS para personal de atención primaria sobre como manejar personas potencialmente suicidas, según su nivel de riesgo	63
Tabla 16. Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida	76
Tabla 17. Preguntas del test <i>Manchester Self-Harm</i> para la conducta suicida	78
Tabla 18. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester	78
Tabla 19. Criterios de ingreso hospitalario de la <i>American Psychiatric Association</i>	82
Tabla 20. Variables asociadas con el ingreso hospitalario	83
Tabla 21. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	89
Tabla 22. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	91
Tabla 23. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.)	91
Tabla 24. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et al.)	92
Tabla 25. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	92

Tabla 26. Estudios de terapias de corte cognitivo-conductual posteriores	96
Tabla 27. Estudios incluidos de terapia interpersonal	97
Tabla 28. Estudios incluidos de terapia psicodinámica	99
Tabla 29. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida	100
Tabla 30. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en niños y adolescentes	103
Tabla 31. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas	106
Tabla 32. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida	108
Tabla 33. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación	110
Tabla 34. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC	114
Tabla 35. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria	116
Gráfico 1. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100 000 habitantes)	30
Gráfico 2. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y rango de edad	30
Gráfico 3. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y comunidad autónoma en 2008	31
Gráfico 4. Factores asociados a la conducta suicida	38
Figura 1. Niveles de gravedad en los sistemas de triaje	71
Figura 2. Preguntas a formular en el triaje ante una conducta suicida	72

Autoría y colaboraciones

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

María Álvarez Ariza. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Gerardo Atienza Merino. Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Celia Canedo Magariños. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Hospital Lucus Augusti de Lugo.

Manuel Castro Bouzas. Licenciado en Psicología. Psicólogo clínico. Área Sanitaria de Ferrol.

Jesús Combarro Mato. Licenciado en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud de Culleredo (A Coruña).

Elena de las Heras Liñero. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Ernesto Ferrer Gómez del Valle. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

Alejandro García Caballero. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

Amparo González García. Enfermera especialista en Salud Mental. Complejo Hospitalario de Ourense.

Delia Guitián Rodríguez. Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. Hospital Lucus Augusti de Lugo.

María del Carmen Maceira Rozas. Licenciada en Farmacia. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Belén Martínez Alonso. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM. Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

José Mazaira Castro. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Mª Luisa Mosteiro Álvarez. Licenciada en Medicina. Médico de Urgencias. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Laura Pérez Méndez. Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Teresa Reijas Ruiz. Doctora en Psicología. Psicóloga clínica. Complejo Hospitalario de Ourense.

Yolanda Triñanes Pego. Licenciada en Psicología. Técnica de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Coordinación

Ernesto Ferrer Gómez del Valle. Coordinador general. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

María Álvarez Ariza. Coordinadora clínica. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Gerardo Atienza Merino. Coordinador metodológico. Doctor en Medicina. Técnico de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.

Colaboración experta

Enrique Baca García.

Autónoma de Madrid. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Carmen Senra Rivera. Doctora en Psicología. Profesora titular de universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

Marta Medrano Varela. Médico forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Jefa de Sección Clínica. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Susana García-Baquero Borrel. Fiscal de la Fiscalía de Área de Vigo.

José Ramón García Palacios. Fiscal delegado de protección de menores e incapaces de la Fiscalía de Área de Vigo.

Revisión externa

Enric Aragonés Benaiges. Médico de Familia. Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Català de la Salut. En representación de SEMFYC.

Manuel Arrojo Romero. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Germán E. Berrios. Profesor de Epistemología de la Psiquiatría (emérito). Life Fellow Robinson College. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

Julio Bobes García. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Mercedes Borda Más. Psicóloga clínica. Profesora titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Sevilla. En representación de AEPCP.

Rosendo Bugarín González. Médico de Familia. Centro de Salud de Folgueiras-Calo (A Coruña). En representación de SEMES.

- Alfredo Calcedo Barba.** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón (Madrid). En representación de SEPL.
- María Consuelo Carballal Balsa.** Coordinadora de Enfermería. Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. En representación de ANESM.
- Ana Díaz Pérez.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- Juan L. Fernández Hierro.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica «Nicolás Peña». Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- M^a Dolores Franco Fernández.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Sevilla. En representación de SEP.
- Lucas Giner Jiménez.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. En representación de SEP.
- Mariano Hernández Monsalve.** Psiquiatra. Jefe de Salud Mental del Distrito de Fuencarral (Madrid). En representación de AEN.
- Javier Jiménez Pietropaolo.** Psicólogo. Servicio Regional de Atención Jurídica y Psicosocial de la Comunidad de Madrid. En representación de AIPIS y FEMASAM.
- Germán López Cortacáns.** Enfermero de Salud Mental. Centro de Salud de Salou, Tarragona. En representación de FAECAP.
- Raimundo Mateos Álvarez.** Psiquiatra. Unidad de Psicogeriatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), (A Coruña). En representación de SEPG.
- Berta Moreno Küstner.** Psicóloga clínica. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. En representación de SEEP.
- Mario Páramo Fernández.** Psiquiatra. Servicio Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), (A Coruña).
- Pablo Pascual Pascual.** Médico de Familia. Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona (Navarra). En representación de SEMFYC.
- Víctor Pérez Solá.** Psiquiatra. Director de la Unidad de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
- Manuel Portela Romero.** Médico de Familia. Centro de Salud de Padrón (A Coruña). En representación de SEMERGEN.
- Francisco Rodríguez Pulido.** Psiquiatra. Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de La Laguna (Tenerife). En representación de AEN.
- Pilar Alejandra Saiz Martínez.** Psiquiatra. Profesora Titular del Área de Psiquiatría. Universidad Oviedo. En representación de SEPB.
- Carmen Senra Rivera.**
Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.
- Gustavo Turecki.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría del Douglas Mental Health University Institute y profesor de la McGill University. Montreal (Canadá).

Agradecimientos

A **José Luis Iglesias Diz** y **Luis Iglesias Fernández**, por las ilustraciones realizadas para el apartado de Información a pacientes, familiares y allegados.

A **Noemí Raña Villar**, de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, por su labor administrativa y de gestión.

Sociedades colaboradoras

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS)

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia (AMAFE)

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM)

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP)

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG)

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB)

Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL)

Miembros de estas sociedades y asociaciones han participado en la revisión externa de la GPC.

Declaración de interés: todos los miembros del grupo de trabajo, así como las personas que han participado como colaboradores expertos o en la revisión externa, han realizado la declaración de interés que se presenta en el Anexo 4.

Preguntas para responder

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con la conducta suicida?
2. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida y cuáles son factores protectores?
3. ¿Cuál es el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo suicida?
4. ¿Existe algún instrumento psicométrico que permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN Y DE LA CONDUCTA SUICIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

5. ¿Cómo abordar la ideación suicida en Atención Primaria?
6. ¿Cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en Atención Primaria?
7. ¿Cuándo derivar a un paciente con intento de suicidio desde Atención Primaria a otro nivel asistencial?

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

8. ¿Cómo se estratifica el nivel de riesgo de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida?
9. En un paciente que acude a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida, ¿qué otros aspectos deberían ser evaluados, además de los físicos, con el fin de tomar decisiones inmediatas?
10. ¿Cuál debe ser la formación del médico de Urgencias en el reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conducta suicida?
11. ¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario psiquiátrico de un paciente con conducta suicida?

TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SALUD MENTAL)

12. En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
13. ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?
14. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

ASPECTOS LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

15. ¿Cuáles son los aspectos legales más importantes a la hora de abordar la conducta suicida en España?

Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Investigación cualitativa: esta categoría incluye los estudios de metodología cualitativa y no está contemplada por SIGN. Los estudios incorporados han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

Grado de recomendación	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice “GPC”.

Q	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por el SIGN.
---	--

Buena práctica clínica	
✓ ¹	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook; Edinburgh: SIGN; 2001 (1).

1. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que no se cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Recomendaciones de la GPC

Factores de riesgo asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

D^{GPC}	Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.
✓	Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente.
D^{GPC}	Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica.
Q	Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, así como que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico.
✓	Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones.
D^{GPC}	Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
D	Se recomienda orientar la entrevista clínica a la recogida de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador.
D^{GPC}	La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.
A B C	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente: – la presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias – la presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos – la evaluación de los factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.
D	Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
C	Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan la Escala de Beck de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
D	Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.
C	Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio se recomienda tener en cuenta que cada uno puede tener razones diferentes y por tanto cada intento debe ser evaluado de forma independiente.
✓	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

Evaluación y manejo de la ideación y de la conducta suicidas en Atención Primaria

D	Se recomienda la capacitación de los médicos de Atención Primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.
✓	Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.
D	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual. No deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
✓	Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación...).
D	En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al Servicio de Salud Mental, si: – Presencia de trastorno mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista – Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. En caso de estar disponible un contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia – Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.
D	En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un Servicio de Urgencias hospitalario, si: – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al Servicio de Salud Mental, si: – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.
✓	En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al Servicio de Salud Mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes <u>ninguno</u> de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan <u>todas</u> las circunstancias siguientes: – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo.
✓	Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓	Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el Servicio de Salud Mental y el médico de Atención Primaria.

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias

✓	Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
	Se propone la versión breve del cuestionario de Horowitz para ser formulado por el personal encargado del triaje en el Servicio de Urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.
D	Los profesionales no especializados en Salud Mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.
✓	La formación del médico de Urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: – Evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo – Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato – Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia.
✓	La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓	Durante su estancia en el Servicio de Urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓	El médico de Urgencias Hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.
D	En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.
✓	Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de Urgencias Hospitalarias. En ocasiones, esta evaluación podría diferirse, derivándose con carácter preferente a una consulta de Salud Mental.
✓	La derivación al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.
✓	Se recomienda la mejora en las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: – Comunicación entre pacientes y profesionales – Empatía – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general.
D ^{GPC}	La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores: – La repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida – El riesgo suicida inmediato del paciente – Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base – Existencia de apoyo social y familiar efectivo.

Tratamiento de la conducta suicida en Atención Especializada (Salud Mental)

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.
✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional y contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (autolesiones, ideación suicida, desesperanza o conductas suicidas).
B	En adultos se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.
B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, además del tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor), se recomienda valorar las terapias cognitivo-conductuales en formato grupal.
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico (Antidepresivos)	
A	Para el tratamiento farmacológico de pacientes adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo ISRS.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D ^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.
C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
Tratamiento farmacológico (Litio)	
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.

B	En pacientes adultos con trastorno depresivo mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
Tratamiento farmacológico (Fármacos anticonvulsivantes)	
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
C	En pacientes con epilepsia y riesgo suicida, se recomienda el tratamiento con topiramato o carbamazepina.
C	Se recomienda la vigilancia de los pacientes con epilepsia que están siendo tratados con gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina, ya que puede aumentar el riesgo de conducta suicida.
Tratamiento farmacológico (Fármacos antipsicóticos)	
A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.
D^{GPC}	En algunas circunstancias, la terapia electroconvulsiva podría emplearse en casos de ideación o conducta suicida en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con episodios maniacos o mixtos.
D^{GPC}	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

1. Introducción

1.1. La conducta suicida

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (2, 3) o, dicho de otra manera, cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000 (4). Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. En este sentido, los costes económicos asociados al suicidio se han estimado en EE.UU. en unos 25 000 millones de dólares anuales, entre gastos directos e indirectos (4, 5).

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention* (6), donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada en 2007 (7) contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

1.2. Conceptualización

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “*un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados*” y el parasuicidio, como “*un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico*” (8).

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un *continuum* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (9, 10). Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra (11) diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O’Carroll et al. (12) plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad

del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al. (13, 14) propusieron una revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (15). En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (tabla 1).

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	

*Clasificación adicional para comunicación y conducta suicida:

- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)
- Foco mixto

Fuente: elaboración propia a partir de Silverman et al. (13, 14).

Silverman et al. (13, 14) añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las permutaciones y combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
 - **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
 - a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
 - b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

- **Autolesión/gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

En esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se adoptará la nomenclatura propuesta por Silverman et al. (13, 14).

1.3. Epidemiología del suicidio

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones (3). Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país probablemente tienen efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores de cuantificación del suicidio (2, 16).

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio (2, 17-19), siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros (2, 20). En este sentido es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) que nos muestra que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España), el 14,5% un trastorno de ansiedad y un 5,2% un trastorno por abuso de alcohol (21, 22).

A pesar que la autopsia psicológica se considera el mejor método de estudio del suicidio consumado, los datos sobre trastornos mentales relacionados con suicidios procedentes de ellas están sujetos a sesgos producidos por la recogida retrospectiva de los datos, la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan, el condicionamiento de la información ofrecida por los familiares por la búsqueda de una explicación al suicidio y, en algunos casos, la recogida de la información de familiares no directos (23, 24).

Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo psicosocial, como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes (2, 3, 16, 25, 26).

Factores sociodemográficos

- Región o país: las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas (16). También se observan altas tasas en los países nórdicos, lo que apunta a una posible influencia del número de horas de luminosidad (2).
- Género: la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales (4) y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo (18). Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China) (18). Aunque las tasas son menores en las mujeres que en los hombres,

existe un mismo patrón dentro de cada país, de manera que aquellos con altas tasas de suicidio masculino, presentan también altas tasas de suicidio femenino (16).

- Edad: aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está correlacionado con los niveles de industrialización o riqueza (3). Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad, probablemente por la inmadurez cognitiva del individuo (27). En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa (16).
- Raza: podrían existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. (2, 4).
- Religión: podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes (28).

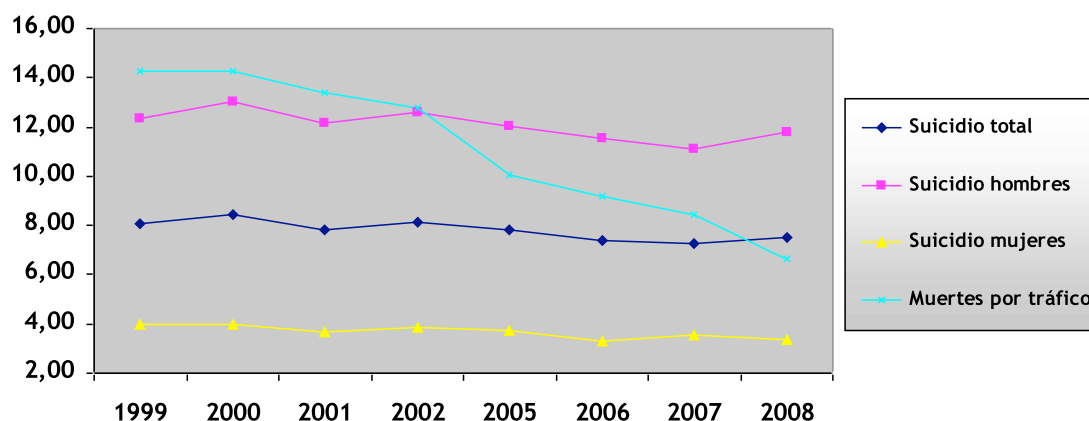
Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos (4). Respecto a la edad y al sexo existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres mayores de 65 años, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes (3, 29).

El suicidio en España

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (30), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,31%) más del triple que las mujeres (22,56%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa (4), hasta el año 2003 parecía existir en nuestro país una evolución ascendente. Sin embargo, a partir de 2004 la tendencia es estable o descendente, al igual que en Europa (16, 31) (gráfico 1).

En Europa mueren cada año 58 000 personas por suicidio, 7000 más que por accidentes de tráfico (32). Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares (gráfico 1), llegando a ser en el año 2008 la primera causa de muerte no natural.

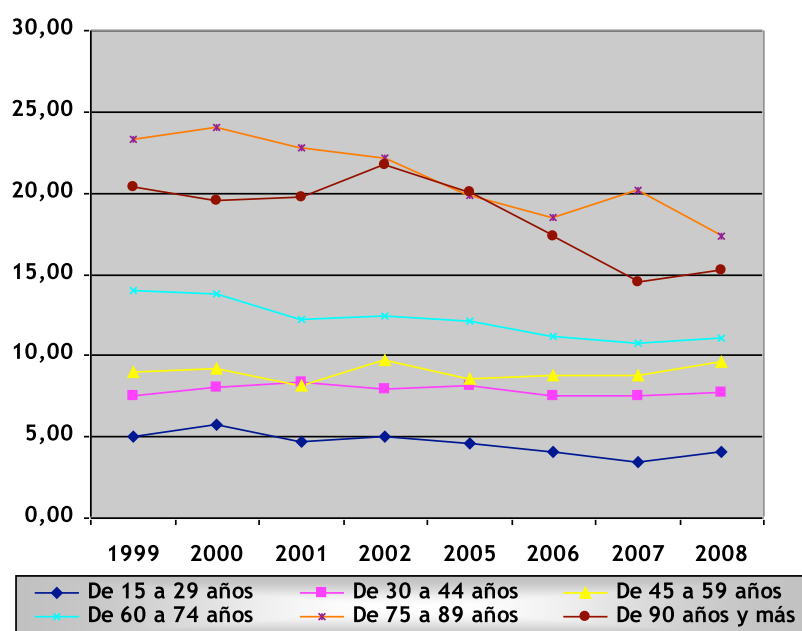
Gráfico 1. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100 000 habitantes)



Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (30). Las tasas son referidas al padrón municipal a 1 de enero de cada año. Elaboración propia.

Los datos recogidos por el INE (30) muestran que el comportamiento suicida en España sigue las pautas del resto del mundo (4), produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa conforme aumenta la edad (gráfico 2).

Gráfico 2. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y rango de edad

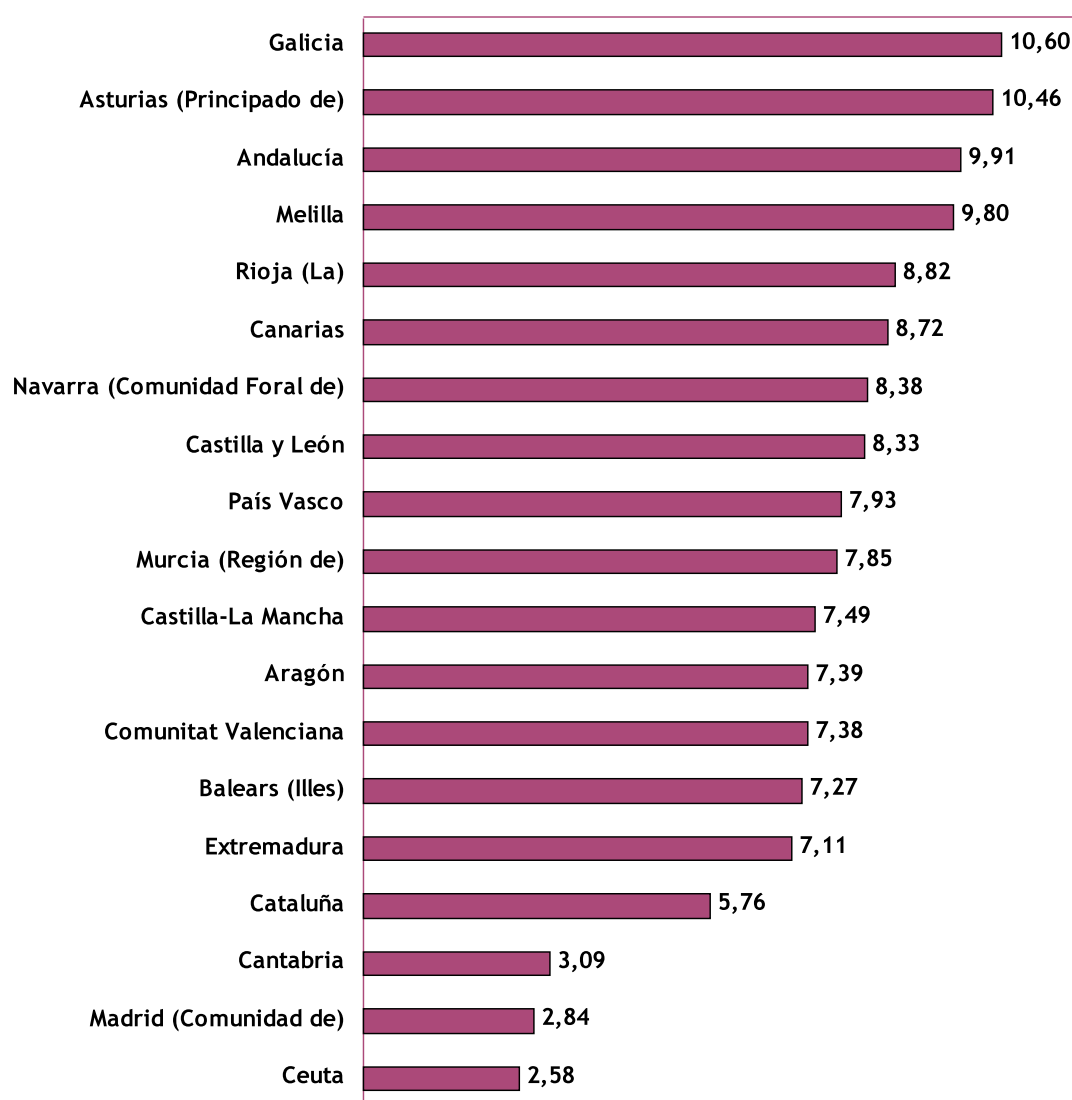


Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (30). Elaboración propia.

Analizando los datos por comunidades autónomas (CCAA), las que presentan mayores tasas por 100 000 habitantes son Galicia y Asturias (10,60 y 10,46), mientras que Ceuta y Madrid presentan las tasas más bajas (2,58 y 2,84) (gráfico 3).

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100 000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos (32). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100 000 habitantes (33) y de 170/100 000 habitantes en medio hospitalario (34).

Gráfico 3. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y comunidad autónoma en 2008



Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (30).
Elaboración propia.

2. Alcance y Objetivos

Esta Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida se enmarca dentro del Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud, puesto en marcha por el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad.

Consideramos que la elaboración de una GPC sobre los diferentes aspectos de la conducta suicida ayudará a la toma de decisiones sobre su manejo, a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y, en consecuencia, a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Los **principales usuarios** a los que va dirigida esta guía son todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la conducta suicida, así como los propios pacientes, sus familiares y allegados.

Objetivos de la guía:

- Mejorar la atención sanitaria prestada a los pacientes con conducta suicida.
- Ofrecer recomendaciones al profesional sanitario sobre aspectos de evaluación, tratamiento y de prevención.
- Ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos.
- Desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la calidad asistencial.

Alcance de la guía:

- Los grupos diana serán aquellos adolescentes o adultos que presenten ideación o conducta suicidas.
- La guía cubrirá la atención que estos pacientes puedan esperar recibir de los profesionales sanitarios, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- Áreas que no serán abordadas por la GPC: 1) el tratamiento somático del episodio de conducta suicida; 2) los tratamientos no incluidos en la cartera de servicios; 3) la organización de los servicios asistenciales; 4) los aspectos éticos y morales.

Estructura de la guía

Debido a su extensión, la guía se ha estructurado en dos partes:

Primera parte: aborda fundamentalmente aspectos relacionados con la **evaluación y el tratamiento** de la conducta suicida:

- Factores de riesgo de la conducta suicida
- Evaluación del riesgo de nuevos episodios de conducta suicida
- Manejo de la ideación y la conducta suicidas en Atención Primaria
- Evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias

– Opciones de tratamiento de la conducta suicida:

- Intervenciones psicoterapéuticas
- Manejo farmacológico
- Terapia electroconvulsiva

– Herramientas de decisión clínica:

- Criterios de derivación a salud mental
- Criterios de hospitalización.

– Aspectos legales de la conducta suicida.

Segunda parte: aborda **aspectos preventivos** de la conducta suicida:

– El cribado de la ideación suicida en pacientes de riesgo

– Medidas de prevención de la conducta suicida:

- en la población general
- en pacientes mayores
- en niños y adolescentes
- en otros grupos de riesgo

– Intervención en familiares y allegados después de un suicidio

– Programas formativos de prevención de la conducta suicida

– Aplicación en la práctica clínica de programas de prevención.

3. Metodología

La metodología empleada para elaborar la GPC, se recoge en el Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud (35).

Los pasos seguidos fueron los siguientes:

- Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por dos técnicos de la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t) expertos en metodología y por doce profesionales sanitarios (grupo clínico): cinco psiquiatras, cuatro psicólogos, un médico de familia, un médico de Urgencias Hospitalarias y un profesional de enfermería de Salud Mental.
- Formulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato PICO: Paciente/ Intervención/Comparación/*Outcome* o resultado.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: 1) especializadas en revisiones sistemáticas, como la *Cochrane Library Plus* y la base de datos del *NHS Centre for Reviews and Dissemination* (HTA, DARE y NHSEED); 2) especializadas en guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como TRIP (*Turning Research into Practice*), *National Guideline Clearinghouse* o *GuíaSalud*; 3) generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Ovid), ISI WEB, IBECs (Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice Médico Español), o especializadas como PsycINFO. Idiomas: inglés, francés, español, italiano y portugués. Se realizó una primera búsqueda bibliográfica sin límite temporal de todas las GPCs existentes en las principales bases de datos bibliográficas, evaluándose su calidad metodológica. En una segunda fase, se realizó una búsqueda sistemática de estudios originales (ECA, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas, etc.) en las bases de datos seleccionadas, mediante una estrategia de búsqueda y unos criterios de inclusión y exclusión y una posterior búsqueda manual de la bibliografía incluida en los artículos seleccionados.
- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*).
- Formulación de recomendaciones basada en la “evaluación formal” o “juicio razonado” de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se realizó mediante el sistema de SIGN. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se resolvieron por consenso informal del grupo elaborador.
- Los colaboradores expertos participaron en la delimitación de las preguntas clínicas y en la revisión de diferentes apartados de la guía y sus recomendaciones. Los revisores externos participaron en la revisión del borrador de la guía, siendo representantes propuestos por las diferentes sociedades científicas y asociaciones relacionadas con la conducta suicida (ver la relación en el apartado de Autoría) y por profesionales de reconocido prestigio a propuesta del grupo elaborador.
- Tanto los miembros del grupo elaborador, como los colaboradores expertos y los revisores externos de la guía declararon los posibles conflictos de interés (anexo 4).

- En <http://www.guiasalud.es> está disponible de forma detallada toda la información con el proceso metodológico de la GPC (estrategias de búsquedas bibliográficas, fichas de lectura crítica de los estudios seleccionados, tablas de síntesis de la evidencia, etc.).
- Está prevista una actualización de la guía cada tres años, o en un plazo de tiempo inferior si aparece nueva evidencia científica que pueda modificar algunas de las recomendaciones ofrecidas en esta guía. Las actualizaciones se realizarán sobre la versión electrónica de la guía, disponible en la web de GuiaSalud.

4. Factores asociados con la conducta suicida. Evaluación del riesgo suicida.

Preguntas a responder:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con la conducta suicida?
- ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida y cuáles son factores protectores?
- ¿Cuál es el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo suicida?
- ¿Existe algún instrumento psicométrico que permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

4.1 Factores de riesgo

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta (36). El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (2, 36).

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (36, 37).

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (38) (tabla 2).

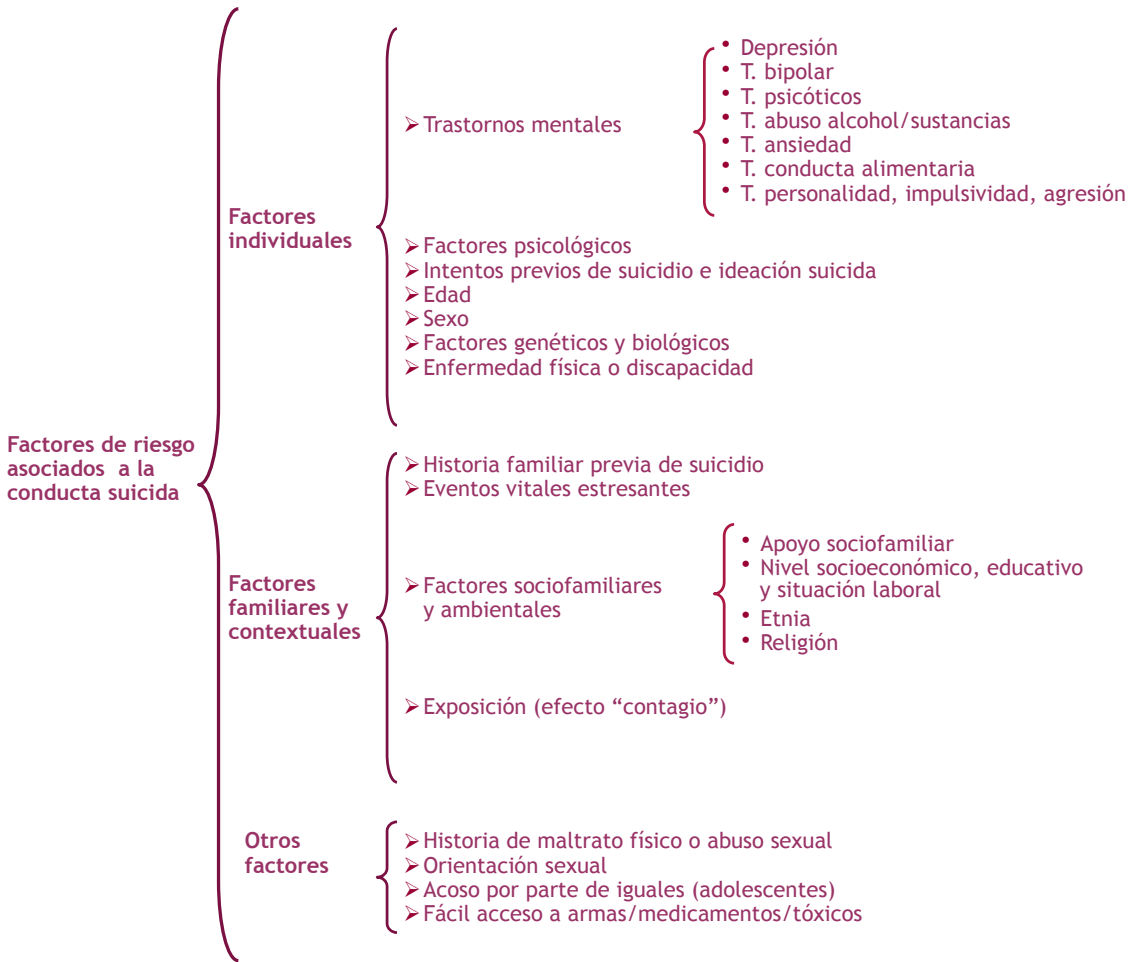
Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	- Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de personalidad	- Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológicas	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Fuente: elaboración propia a partir del libro “Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida (38).

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental (4, 39), de la misma manera que el esquema planteado en la Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, aunque modificado (27) (gráfico 4).

Gráfico 4. Factores asociados a la conducta suicida



4.1.1. Factores de riesgo individuales

Trastornos mentales

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales (2, 18, 19).

Depresión mayor

Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (40). Aparece en todos los rangos de edad (2, 4, 18, 19, 27, 36, 41, 42), aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años (4). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (4).

RS de
distintos tipos
de estudios
2++

Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres, aunque para este último análisis el número de estudios fue pequeño (26).

Metanálisis
estudios 1+

Trastorno bipolar

Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio (40, 41). El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas (2, 40, 41), siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general (36, 40).

RS de
distintos tipos
de estudios
2++

Trastornos psicóticos

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio (2, 18, 27, 36, 40-43), fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria (2, 4, 36, 40, 41). El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida (40). Sin embargo, debido a que este trastorno es poco frecuente en la población general ($\approx 1\%$), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.

RS de
distintos tipos
de estudios
2++

Los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas (36).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2+

Trastornos de ansiedad

Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado (4, 36). Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (40).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Trastornos de la conducta alimentaria

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general (40). Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio (2, 36, 44), sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía (40, 44).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Abuso de alcohol y de otras sustancias

Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias (4). No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (26). Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general (40) y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos (2, 4, 18, 26, 27, 36, 40-43) y en general, después de años de enfermedad (4).

Metanálisis
de distintos
tipos de
estudios 1+

Trastornos de personalidad

Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad (40), fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos (18, 36, 40, 43). El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Factores psicológicos

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico (45) y el perfeccionismo (46). Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva (40).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida (2,4,18,19,36,40), ya que el 91 % de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck (4).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio (46). Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio (47).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio (18).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida (2,4,18,27,36,40). Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (4). La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos (2, 43), debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento (40).

Datos de un metanálisis (26) muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (18).

Metanálisis
de distintos
tipos de
estudios 1+

Edad

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (2, 4, 18, 27, 36, 40-42, 48), teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona (27). Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales (4).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (18, 27, 36, 40, 41, 44). Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (44).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (40, 44), y como en el caso anterior, China e India presentan excepciones: China con la ingestión de plaguicidas e India con el suicidio a lo bonzo (18, 44).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Factores genéticos y biológicos

En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como: 1) factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH (2, 4, 18, 27, 36, 44, 49) o del gen del receptor 5-HT_{2A}36; 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (50), bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre (49), altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos (49), bajos niveles de colesterol en sangre (2) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (27, 44). Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato (27, 51).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2+

Un estudio realizado por Baca-García et al. (52) encontró tres polimorfismos de un solo nucleótido de tres genes (rs10944288, HTR1E; hCV8953491, GABRP y rs707216, ACTN2) que clasificaron correctamente el 67% de los intentos de suicidio y los no intentos en un total de 277 individuos.

Revisión
narrativa 4

Estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en la conducta suicida de los gemelos son explicadas por factores genéticos. Estas estimaciones de heredabilidad de la conducta suicida son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (40).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Enfermedad física o discapacidad

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio (2, 4, 18, 36, 42, 43). La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales (4).

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio (53).

Estudio de
cohortes 2++

Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de suicidios ha disminuido desde la introducción de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general (32).

Revisión
narrativa 4

4.1.2. Factores de riesgo familiares y contextuales

Historia familiar de suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida (2, 4, 36, 40, 44), especialmente en el género femenino (2, 18) y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado (44). La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos (4, 36, 40).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho (4). Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción (36).

Estudio casos
y controles
2+

Eventos vitales estresantes

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (2, 4, 18, 27, 40, 43).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Factores sociofamiliares y ambientales

Apoyo sociofamiliar

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol (26).

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social (4, 36, 40-42) y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (4).

Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad (4).

Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio (4, 18, 27, 36, 40-43), pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio (26).

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio (4).

Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio (27, 40, 41).

Etnia

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio (42). Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborigen (40, 44). Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al “contagio” entre grupos aislados, más que a culturas diferentes (44).

Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia (36). Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios (4).

Metanálisis de distintos tipos de estudios 1+

RS de distintos tipos de estudios 2++

Opinión de expertos 4

RS de distintos tipos de estudios 2++

Opinión de expertos 4

Estudio de cohortes 2++

RS de distintos tipos de estudios 2++

RS de distintos tipos de estudios 2++

Religión

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas (40). Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes (4).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Exposición (efecto “contagio”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes (2).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

4.1.3. Otros factores de riesgo

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida (2, 4, 27, 36, 40, 42, 44). Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida (4, 44).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes (54, 55). Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato (55). Un estudio realizado en España con mujeres que buscaron asistencia tras ser víctimas de violencia de género observó que, durante el tiempo que estuvieron sometidas a violencia, el 63,2% llevó a cabo un intento suicida que requirió asistencia médica y un 18,4% presentó ideación suicida. En la práctica totalidad de los casos existió violencia psíquica acompañada o no de violencia física o sexual (56).

Revisión
narrativa 4

También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 nos muestran que, en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales (57).

Orientación sexual

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes (2, 4, 18, 27, 36, 42, 44), debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida (4, 36).

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil (58, 59).

Metanálisis de distintos estudios 1+

Acoso por parte de iguales

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (27).

Serie de casos 3

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo (2, 18), al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida (2). Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento (2, 4).

RS de distintos tipos de estudios 2++

4.1.4. Factores precipitantes

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes (2, 4, 18, 27, 43), factores psicológicos individuales (27) o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio (2), pueden servir como factores facilitadores del suicidio.

RS de distintos tipos de estudios 2++

Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes) (4).

Opinión de expertos 4

4.1.5. Factores protectores

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo (18). Su conocimiento es muy importante y se pueden dividir en:

Personales (40, 60, 61):

- habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- tener confianza en uno mismo
- habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- presentar flexibilidad cognitiva
- tener hijos, más concretamente en las mujeres.

RS de distintos tipos de estudios 2++

Sociales o medioambientales (18, 19, 40, 43, 44, 60):

- apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- integración social
- poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- adoptar valores culturales y tradicionales
- tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

RS de
distintos
tipos de
estudios 2++

4.2. Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (62), tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (63) y el 95% (64). Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa (65).

Serie de
casos 3

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo *per se*.

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

4.2.1. Entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida (66).

Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio (66). La aproximación más adecuada sería utilizar ambas perspectivas en la medida de lo posible, teniendo en cuenta que la mejor opción viene determinada por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios (67).

Opinión de
expertos 4

Teniendo en cuenta lo anterior, deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya (tabla 3) (36, 42, 68-70):

Opinión de expertos 4

- 1) la evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen por qué ha tenido lugar una conducta suicida (antecedentes).
- 2) las características de la conducta suicida, con las que se busca identificar los elementos que podrían predecir su repetición.

Tabla 3. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición

Causas de conducta suicida: factores psicológicos y contextuales	Riesgo de conducta suicida
– Situación social – Relaciones interpersonales – Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales – Historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol y otras drogas. – Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.	– Características del intento: intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido. – Características personales: edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc. – Características contextuales: aislamiento social, clase social, enfermedad física.

Fuente: elaboración propia a partir de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (42)

El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas (tabla 4) (71). Estas recomendaciones, aunque propuestas para Atención Primaria, pueden orientar en general sobre cómo obtener información.

Opinión de expertos 4

Tabla 4. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida

CÓMO PREGUNTAR: ¿Se siente infeliz o desvalido? ¿Se siente desesperado? ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? ¿Siente la vida como una carga? ¿Siente que la vida no merece vivirse? ¿Siente deseos de cometer suicidio?
CUÁNDO PREGUNTAR: Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia
QUÉ PREGUNTAR: Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: OMS (3, 72)

En el inicio de la entrevista clínica es importante explicar con claridad los objetivos de la evaluación y también tener en cuenta el interés de que el paciente se implique en la toma de decisiones sobre el tratamiento (73).

Así mismo, son importantes la destreza y la actitud del clínico durante la entrevista a la hora de recabar información relevante sobre el riesgo de suicidio (42, 70). En la tabla 5 se indican algunas habilidades y errores propios de este ámbito (74), junto con las habilidades de comunicación verbal y no verbal, necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica: escucha activa (mirada, postura corporal, movimientos de manos, gestos de asentimiento), empatía, calidez, comprensión, asertividad, autocontrol emocional, etc. El análisis de las microexpresiones faciales (expresiones emocionales breves y sutiles que suelen pasar inadvertidas), también pueden ayudar al profesional a detectar estados emocionales (75).

RS de
distintos tipos
de estudios
3, Q
Opinión de
expertos 4

Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica

– Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal. – Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar. – Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes. – No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta. – Mostrar calma y seguridad. – Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas. – Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes. – Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía. – Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc. – Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación.
--

Fuente: Froján (2006) (74).

En la tabla 6 se detallan aquellos aspectos clave que deberían tenerse en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio, incluyéndose los datos personales y los factores de riesgo y de protección asociados con la conducta suicida (2, 36, 40, 42, 43, 48). También se recogen las características de la ideación/conducta suicidas, así como los aspectos más importantes de la evaluación clínica (2, 36, 42, 43, 48, 76). Al final de la tabla figura el tipo de conducta suicida según la nomenclatura de Silverman et al. (13, 14).

RS distintos
tipos de
estudios 2++

Tabla 6. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas

DATOS PERSONALES		
– Sexo – Edad	– País de origen – Grupo étnico	– Estado civil – Ocupación
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
– Presencia de trastornos mentales – Intentos previos de suicidio – Desesperanza – Presencia de ideación suicida – Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad – Historia familiar de suicidio – Presencia de eventos vitales estresantes – Factores sociales y ambientales – Antecedentes de suicidio en el entorno		– Habilidades de resolución de problemas – Confianza en uno mismo – Habilidades sociales – Flexibilidad cognitiva – Hijos – Calidad del apoyo familiar y social – Integración social – Religión, espiritualidad o valores positivos – Adopción de valores culturales y tradicionales – Tratamiento integral de la enfermedad física/ mental
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
– Planificación – Evolución – Frecuencia – Valoración de la Intencionalidad y determinación		– Desencadenantes – Valoración de la Intencionalidad – Letalidad de la conducta – Método – Intoxicación medicamentosa – Intoxicación por otro producto químico – Daño físico – Actitud ante la conducta suicida actual – Medidas de evitación de rescate – Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
– Alteración del nivel de conciencia – Afectación de la capacidad mental – Intoxicación por alcohol u otras drogas – Enfermedades mentales – Estado de ánimo – Planes de suicidio – Capacidad de otorgar un consentimiento informado – Necesidad de valoración por parte de especialista		– Ideación suicida – Comunicación suicida – Conducta suicida

Fuente: elaboración propia.

Esta información debería registrarse de forma explícita en la historia clínica y completarse, según sea necesario, en el seguimiento.

Reseñar que la información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (36, 43).

Opinión de expertos 4

4.2.2. Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas

Existe una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas/ conductas suicidas y factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza, la depresión, etc.

Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (10). Su uso no está generalizado en la práctica clínica y además existe el inconveniente de que algunos no han sido validados en muestras representativas ni en el ámbito clínico. Además, algunos carecen de la adaptación y validación al castellano.

Opinión de expertos 4

Se ha propuesto que un buen instrumento de evaluación debiera (77):

RS distintos tipos de estudios 2++, 3

- Estar diseñado según una definición operativa de la conducta suicida.
- Incluir un sistema cuantitativo de puntuación acompañado de especificaciones cualitativas sobre el nivel de riesgo para apoyar el diagnóstico y facilitar el seguimiento.
- Recabar información sobre aspectos clave como: método, frecuencia, duración, gravedad, motivación, factores precipitantes y protectores, ideación suicida e historia de conducta suicida previa.

También se incluyen las escalas que recomendadas en España, porque su uso se considera adecuado en la práctica clínica, como es el caso de la SAD PERSONS y otras, como la IS PATH WARM, que podrían ser útiles en la valoración del riesgo inmediato. Se han omitido aquellos instrumentos que no han sido validados de forma adecuada.

Escalas autoaplicadas

Escala de desesperanza de Beck

La escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) (79), fue diseñada para medir el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La desesperanza es uno de los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida y la APA (36) propone que la desesperanza medida con la BHS debería ser considerada un factor de riesgo de suicidio y, en consecuencia, uno de los objetivos del tratamiento.

RS distintos
tipos de
estudios 2++

La BHS consta de 20 preguntas de verdadero o falso. Cada respuesta se puntúa 0 o 1, por lo que el rango de puntuación oscila de 0 a 20. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio. Existe una traducción al castellano no validada en España, ya que el único estudio donde se evalúan sus propiedades psicométricas fue realizado en Perú (80).

Se ha encontrado que, a diferencia de los niveles obtenidos en la validación original de la escala (81), el punto de corte de 9 indicaría menor riesgo, tanto de suicidio como de intento de suicidio. Por lo que se refiere a los parámetros de sensibilidad y especificidad, para el suicidio consumado el primero fue de 0,80, y el segundo de 0,42. Para el intento de suicidio, la sensibilidad fue de 0,78 y la especificidad de 0,42 (82). Con estos resultados se considera que este punto de corte podría emplearse para identificar pacientes con riesgo de conducta suicida, pero la baja especificidad encontrada indica que no es un instrumento útil para seleccionar pacientes que podrían beneficiarse de una intervención (82).

Metanálisis
de estudios
cohortes 2++

El estudio SUPRE-MISS de la OMS (3) utiliza un sólo ítem de esta escala (*“el futuro me parece oscuro”*), porque considera que podría ser suficiente para medir la desesperanza (83).

Opinión de
expertos 4

Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida)

El Inventario de depresión de Beck, (*Beck Depression Inventory*, BDI) en sus dos versiones, BDI (84) y BDI-II (85), incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta (tabla 7). En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck ($r = 0,56$ a $0,58$) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores (78).

RS estudios
cohortes 2++

Tabla 7. Ítem sobre conducta suicida del BDI

No tengo pensamientos de hacerme daño	1
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	2
Me gustaría quitarme la vida	3
Me mataría si pudiera	4

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI) (86).

Se ha propuesto que este ítem podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones en la ideación suicida o como instrumento de cribado para valorar la necesidad de una evaluación más profunda a lo largo del tratamiento (78).

Escalas heteroaplicadas

SAD PERSONS

Diseñada por Patterson et al. (87), su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran (tabla 8). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

A pesar de la popularidad que goza esta escala, no se ha localizado ningún estudio donde se evalúen sus propiedades psicométricas en España, de forma que los puntos de corte provienen del estudio original. No obstante, la SAD PERSONS ha sido recomendada en nuestro país por su contenido didáctico y facilidad de aplicación (88) y también para su uso en Atención Primaria (89).

Opinión de
expertos 4

Tabla 8. Escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo de suicidio

<i>Sex</i>	Género masculino
<i>Age</i>	< 20 o > 45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento de suicidio previo
<i>Ethanol abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized plan for suicide</i>	Plan elaborado
<i>No spouse</i>	No pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo. 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomendando ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social. 7-10: precisa ingreso.	

Fuente: Patterson et al., 1983 (87).

IS PATH WARM

El acrónimo IS PATH WARM (tabla 9) (90) se forma también con la inicial de los factores de riesgo que analiza y la American Association of Suicidology la propuso como un instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida.

Tabla 9. Escala IS PATH WARM para la evaluación del riesgo de suicidio

<i>Ideation</i>	Presencia de ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de alcohol u otras drogas
<i>Purposelessness</i>	Pérdida de propósitos en la vida
<i>Anger</i>	Expresión de agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sentimientos de que no existe otra salida
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
<i>Recklessness</i>	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

Fuente: Berman, 2006 (90).

Aunque sin puntuaciones orientativas asociadas, podría ser útil para guiar la valoración del riesgo inmediato, puesto que cada uno de los factores de riesgo que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento (91).

Opinión de expertos 4

Escala de ideación suicida

La Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation*, SSI) fue diseñada por Beck para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente (92). Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados.

Ha mostrado una alta consistencia interna y una elevada fiabilidad interevaluadores. También ha demostrado adecuada validez concurrente (con el ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck) y discriminante (diferencia entre pacientes deprimidos potencialmente suicidas de los que no lo son). En cuanto a la validez predictiva, los pacientes en la categoría de alto riesgo (puntuación total mayor de 2) presentan siete veces más riesgo de suicidio que los que obtienen puntuaciones inferiores (78).

RS estudios cohortes 2++

Existe una traducción al castellano, pero no ha sido validada. Esta escala cuenta también con una versión de 19 ítems para medir el impacto de la ideación suicida en la vida del paciente (*Scale for Suicide Ideation-Worst*, SSI-W). Aunque ambas versiones han demostrado propiedades psicométricas adecuadas, la SSI-W presentó una correlación positiva más elevada con la historia de intentos previos (78).

Escala de intencionalidad suicida

La Escala de intencionalidad suicida (*Suicide Intent Scale*, SIS) de Beck cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio (93). Cada uno de sus 15 ítems se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento/intervención etc.); la segunda es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc. (ítems 9-15).

La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo alta consistencia interna y elevada fiabilidad interevaluadores. En cuanto a la validez predictiva, los resultados de diferentes estudios son inconsistentes; no obstante, el ítem sobre las precauciones tomadas para evitar el descubrimiento /intervención se ha asociado a un incremento del riesgo de suicidio (78). Existe una versión de la SIS adaptada y validada en una muestra española (94).

RS estudios
cohortes 2++

Escala de valoración de la depresión de Hamilton (ítem sobre conducta suicida)

La Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HRSD) es una escala heteroaplicada diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva (95) y se incluye en este apartado ya que incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación/conducta suicidas (tabla 10).

Este ítem presentó una alta correlación con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. También ha demostrado ser un predictor adecuado de la conducta suicida, ya que se observó un incremento del riesgo de suicidio de 4,9 veces en aquellos pacientes cuya puntuación en este ítem era 2 o superior (78). Existe validación de la escala al castellano (96).

RS estudios
cohortes 2++

Tabla 10. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Fuente: Escala de valoración de la depresión de Hamilton (95).

En las tablas 11 y 12 se presentan otras escalas diseñadas para la valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados con éste. También se incluye una entrevista semiestructurada para autopsia psicológica.

Tabla 11. Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Cuestionario de Conducta Suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> , SBQ) (97)	Valorar la ideación y conducta suicida.	4
Inventario de Razones para vivir (<i>Reasons for Living Inventory</i> , RFL) (98)	Valorar las creencias y expectativas en contra de la conducta suicida. Validada al castellano (99).	48
Cuestionario de Conducta Suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> , SBQ) (97)	Valorar la ideación y conducta suicida.	4
Escala de riesgo suicida de Plutchick (<i>Plutchik Suicide Risk Scale</i>) (100)	Evaluar el riesgo de suicidio. Validada al castellano (101).	15
Escala de impulsividad de Plutchick (<i>Plutchik Impulsivity Scale</i> , IS) (102)	Evaluar la tendencia a la impulsividad. Validada al castellano (103).	15
Escala de Impulsividad de Barrat (<i>Barratt Impulsiveness Scale</i> , BIS)	Impulsividad Validada al castellano (105).	30
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (<i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i> , BDHI) (106)	Agresividad Validada al castellano (107).	75

Ref: referencia, N: número

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Escala de Riesgo de Repetición (<i>Risk Repetition Scale</i> , RRS) (108)	Medir el riesgo de repetición durante el año posterior al intento.	6
Escala de Edimburgo de Riesgo de repetición (<i>Edinburgh Risk of Repetition Scale</i> , ERRS) (109)	Estimar el riesgo de repetición de conducta suicida.	11
Checklist de Evaluación del suicidio (<i>Suicide Assessment Checklist</i> , SAC) (110)	Evaluar factores relacionados con el riesgo de suicidio.	21
Escala de Evaluación del Suicidio (<i>Suicide Assesment Scale</i> , SAS) (111)	Medir el riesgo de suicidio.	20
Escala de intencionalidad modificada (<i>Modified Intent Score</i> , MIS) (112)	Medir el propósito suicida tras un intento de suicidio.	12
Escala de Riesgo-Rescate (<i>Risk Rescue Rating Scale</i> , RRRS) (113)	Medir la letalidad y la intencionalidad del intento de suicidio.	10
Escala de Riesgo de Suicidio (<i>Risk of Suicide Scale</i> , ROSS) (114)	Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio.	35
Estimador del Riesgo de Suicidio (<i>Risk Estimator for Suicide</i>) (115)	Estimación del riesgo de suicidio.	15
Índice de Suicidio Potencial (<i>Index of Potential Suicide</i> , IPS) (116, 117)	Evaluar el riesgo de suicidio mediante variables sociales y demográficas.	69
Cuestionario de Riesgo de Suicidio (<i>Risk Suicide Questionnaire</i> , RSQ) (118)	Evaluar el riesgo de suicidio. Existe versión en español (validada en México) (119).	4
Entrevista semi-estructurada para Autopsia Psicológica (<i>Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy</i> , SSIPA) (120)	Valoración retrospectiva de las circunstancias físicas, psicopatológicas y sociales de un suicidio. Validada al castellano (121)	69
Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i> , C-SSRS) (122)	Evaluación de la ideación y conducta suicida. Existe versión en español.	15
Escala de historia de agresión de Brown-Goodwing (<i>Agression History Scale</i> , AHS) (123)	Agresividad.	11
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (<i>International Neuropsychiatric Interview</i> , MINI) (124)	Detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos, entre ellos el riesgo de suicidio. Existe versión en español (125).	6

Ref: referencia, N: número

Fuente: elaboración propia.

Resumen de la evidencia

Factores de riesgo asociados a conducta suicida y factores protectores	
Factores individuales:	
1+	– Intentos previos de suicidio – Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.
2++	– Depresión mayor – Otros trastornos mentales (trastorno bipolar o psicosis) – Factores psicológicos (desesperanza o rigidez cognitiva) – Edad (adolescentes y edad avanzada) – Género (masculino para suicidios consumados y femenino para intentos de suicidio) – Presencia de enfermedad crónica o discapacitante.
Factores familiares y contextuales:	
2++	– Historia familiar previa de suicidio – Factores sociales y ambientales (falta de apoyo social, nivel socioeconómico, situación laboral...) – Historia de maltrato físico o sexual.
Otros factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida:	
2++	– Eventos vitales estresantes – Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos.
3	– Acoso por parte de pares (iguales) en los adolescentes.
4	– El riesgo de conducta suicida de un paciente aumenta proporcionalmente con el número de factores de riesgo que presenta el individuo, si bien algunos de ellos tienen un mayor peso específico que otros.
Factores protectores individuales o psicológicos:	
2++	– Habilidad para la resolución de problemas – Confianza en uno mismo – Habilidades sociales.
Factores protectores sociales o medioambientales:	
2++	– Apoyo social y familiar – Integración social – Poseer creencias y prácticas religiosas y valores culturales o tradicionales.
Evaluación del riesgo suicida	
3	La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida.
3	El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio oscila entre el 60% y el 95%.
4	Los mejores resultados en el manejo y prevención de la conducta suicida se obtienen cuando se incluye una valoración psicopatológica y social realizada por un especialista en Salud Mental en el proceso terapéutico.

4	La entrevista clínica es esencial en la evaluación del riesgo de suicidio.
4	Se han encontrado diferentes factores que influyen en la entrevista clínica, como son: el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación del entrevistador.
3	Los pacientes expresan mayor satisfacción cuando en la entrevista clínica los profesionales los implican en las decisiones sobre el tratamiento y les explican los objetivos y finalidad de la evaluación.
4	La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
2++	De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida son: – Escala de desesperanza de Beck – Escala de ideación suicida de Beck – Escala de Intencionalidad Suicida de Beck – Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck – Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
4	Aunque no validados en España y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, los acrónimos SAD PERSONS e IS PATH WARM pueden ser útiles por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida.

Recomendaciones

D ^{GPC}	Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.
✓	Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente.
D ^{GPC}	Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica.
Q	Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, así como que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico.
✓	Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones.
D ^{GPC}	Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
D	Se recomienda orientar la entrevista clínica a la recogida de datos tanto objetivos/descriptivos como subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a sus objetivos: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador.
D ^{GPC}	La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.

A B C	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente: – la presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias – la presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos – la evaluación de los factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.
D	Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
C	Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
D	Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.
C	Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio se recomienda tener en cuenta que cada uno puede tener razones diferentes y por tanto cada intento debe ser evaluado de forma independiente.
✓	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

5. Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en Atención Primaria

Preguntas a responder:

- ¿Cómo abordar la ideación suicida en Atención Primaria?
- ¿Cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en Atención Primaria?
- ¿Cuándo derivar a un paciente con intento de suicidio desde Atención Primaria a otro nivel asistencial?

Los profesionales de Atención Primaria tienen una extraordinaria importancia a la hora de la evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas, debido a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes y que en la mayoría de las ocasiones han desarrollado a lo largo de los años (126). Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con el médico de Atención Primaria. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su Servicio de Salud Mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior (127, 128).

La tipología de los pacientes que se evalúan en este ámbito puede ser de tres tipos: 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio; 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida y 3) los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado verbalmente (129).

Por otra parte, la atención sanitaria proporcionada en Atención Primaria dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona rural o urbana), la experiencia de los profesionales sanitarios implicados y el conocimiento previo del propio paciente (42).

5.1. Abordaje de la ideación suicida en Atención Primaria

En primer lugar, es importante señalar que hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (130).

En la tabla 13 se resumen las principales acciones que conviene realizar o evitar ante una situación de ideación suicida (3, 72).

Opinión de expertos 4

Tabla 13. Recomendaciones de comportamiento ante una situación de ideación suicida

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
– Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma – Mostrar apoyo y preocupación – Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo – Preguntar acerca de los intentos previos – Explorar posibilidades diferentes al suicidio – Preguntar acerca del plan de suicidio – Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio – Identificar otros apoyos – Quitar los medios, si es posible – Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda – Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	– Ignorar la situación – Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico – Decir que todo estará bien – Retar a la persona a seguir adelante – Hacer parecer el problema como algo trivial – Dar falsas garantías – Jurar guardar secreto – Dejar a la persona sola.

Fuente: OMS (3, 72)

No resulta fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Las preguntas deberán formularse de forma gradual y no ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática (130, 131).

En la tabla 14 se recogen una serie de recomendaciones de la OMS al respecto (3, 72).

Tabla 14. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre ideación suicida

CÓMO PREGUNTAR: ¿Se siente infeliz o desvalido? ¿Se siente desesperado? ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? ¿Siente la vida como una carga? ¿Siente que la vida no merece vivirse? ¿Siente deseos de cometer suicidio?
CUÁNDO PREGUNTAR: Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia
QUÉ PREGUNTAR: Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: OMS (3, 72)

Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la frecuencia y la gravedad de las ideas y la posibilidad real de suicidio.

Es importante también saber si el paciente tiene una planificación y posee los medios para cometer el suicidio, ya que en este caso el riesgo de suicidio sería mucho más alto.

A la hora de intervenir en estos pacientes, será necesario:

- Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis
- Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible
- Pactar unas medidas de contención con el paciente y su familia:
 - Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia.
 - Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales, en particular al ideado.
 - Aceptación por paciente y familia del seguimiento y derivación a Servicio de Salud Mental.

En muchas ocasiones, los pacientes que desean suicidarse pueden negar deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud de la persona evaluada (por ejemplo, un paciente agitado que súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo, etc.) habrá que considerar que pueda tratarse de una mejoría engañosa o falsa y que haya tomado la decisión de suicidarse.

En la tabla 15 se recogen algunas recomendaciones del programa SUPRE de prevención del suicidio de la OMS acerca de las principales acciones a tener en cuenta cuando un paciente tiene ideación y/o planificación suicida. Están dirigidas al personal de Atención Primaria en general, no exclusivamente a médicos o personal de enfermería, y se gradúan según el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida (3).

Opinión de
expertos 4

Tabla 15. Recomendaciones de la OMS para personal de Atención Primaria sobre como manejar personas potencialmente suicidas, según su nivel de riesgo

Riesgo	Acciones
Bajo: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan.	– Ofrecer apoyo emocional. – Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir. – Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio. – Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental. – Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto continuado.

Riesgo	Acciones
Medio: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.	– Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes. – Usar la ambivalencia. El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir. – Explorar alternativas al suicidio. Se tratará de explorar diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas. – Pactar un contrato. Conseguir que la persona prometa no cometer suicidio – sin contactar previamente con personal sanitario – por un periodo específico de tiempo. – Remitir a la persona al psiquiatra y concertar una cita tan pronto como sea posible. – Contactar con la familia, los amigos y compañeros de trabajo, y conseguir su apoyo.
Alto: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.	– Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. – Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio. – Haga un contrato de no suicidio. – Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.

Fuente: OMS (3)

Además de lo anterior, deberán tenerse en cuenta las siguientes situaciones clínicas que pueden ser signos de alarma relevantes para la toma de decisiones. Así, ante un paciente con ideación suicida se procederá a una **derivación urgente** desde Atención Primaria al Servicio de Salud Mental, en los siguientes casos (42, 72):

Opinión de expertos 4

- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta suicida grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida
- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. Si está disponible el contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia
- Presencia de tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte.

La **derivación** podrá ser **preferente** (en el plazo de una semana) en caso de que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- Alivio tras la entrevista
- Expresión de intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada / grave
- Apoyo sociofamiliar efectivo

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la derivación a la Unidad de Salud Mental de referencia y concertar una cita de seguimiento en Atención Primaria, para asegurar que la relación con el paciente continúe (130).

5.2. Evaluación de la conducta suicida en Atención Primaria

Tras un intento de suicidio deberán valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones (42).

Si la derivación por este motivo no fuera necesaria, será preciso evaluar la capacidad mental, la existencia de enfermedades mentales graves, el estado de ánimo y realizar una valoración psicosocial que incluya la evaluación de necesidades (identificación de factores de riesgo psicológicos y del entorno que puedan explicar dicho intento) y del riesgo de futuros episodios (identificación de una serie de factores predictores de la conducta suicida).

Se ha sugerido que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de los médicos de Atención Primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (132). En este sentido, la principal medida preventiva de la conducta suicida a adoptar sería la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica (130, 133).

Opinión de
expertos 4

Evaluación del paciente con intento de suicidio

Es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas en un lugar apropiado, caracterizadas por un nivel adecuado de privacidad y empatía, que faciliten la expresión de la intencionalidad suicida. En caso de episodios repetidos no se deberá minimizar el riesgo.

Los puntos más importantes a evaluar serían los siguientes (129, 131):

Opinión de
expertos 4

- Características del intento: peligrosidad objetiva y percibida por el paciente, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, deseos de morir, apoyos externos, actitud postintento
- Intentos autolíticos previos
- Evaluación de factores sociodemográficos
- Trastornos mentales asociados
- Antecedentes familiares (intentos de suicidio y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares)

Pueden ser sugestivos de riesgo inminente de suicidio la persistencia o aumento de intensidad de la ideación o plan suicida sobre todo en el último mes o último año y que en el momento de la evaluación el paciente presente agitación, violencia, distrés o incomunicación activa (negativismo) (134).

5.3. Derivación de un paciente con conducta suicida

La urgencia de la derivación dependerá de las características clínicas del cuadro y de la historia clínica del propio paciente. Cabe recordar que la gravedad o la trivialidad aparente de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones no se correlaciona necesariamente con la gravedad del trastorno mental. Si existiese alguna duda sobre la gravedad de un episodio de autolesiones, es recomendable contactar con el Servicio de Urgencias de referencia o la red de Salud Mental y evaluar la necesidad de la derivación por este motivo (42).

Se valorará la contención mecánica y la vigilancia en el caso de riesgo elevado de lesiones, así como necesidad de traslado urgente involuntario en pacientes con claro riesgo suicida (130).

La **derivación será urgente**, desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias del hospital de referencia, en los siguientes casos (42, 72):

Opinión de
expertos 4

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente).

La **derivación será urgente**, desde Atención Primaria al Servicio de Salud Mental², en los siguientes casos (42, 72):

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave o de cuadro confusional
- Conducta autolítica grave reciente

2 Dependiendo de su organización funcional, la atención urgente por parte del Servicio de Salud Mental podrá ser en el Servicio de Urgencias del Hospital de referencia o en otra ubicación, cerrada o ambulatoria.

- Repetidas tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte
- En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la derivación y concertar una cita de seguimiento, para asegurar la continuidad de la relación con el paciente (130).

Podría considerarse la **derivación preferente** al Servicio de Salud Mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes los criterios anteriores y se cumplan todas las circunstancias siguientes:

- Alivio tras la entrevista
- Expresión de intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Ausencia de factores clínicos riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada a grave
- Apoyo sociofamiliar efectivo.

Por último, una vez producido un episodio de conducta suicida, es importante asegurar una adecuada comunicación entre el Servicio de Salud Mental y el médico de Atención Primaria. A pesar de que éste juega un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes y muchas veces son atendidos en la consulta al poco tiempo de sufrir el episodio de conducta suicida, no siempre son informados de estos episodios (135).

Resumen de la evidencia

4	Distintos organismos nacionales e internacionales (OMS, PAPPS, 061) han elaborado diversas recomendaciones acerca de la intervención y el manejo de la ideación y la conducta suicidas en Atención Primaria.
4	La principal medida preventiva sería la capacitación de los profesionales de Atención Primaria en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la conducta suicida.
4	Ante un paciente con ideación y/o conducta suicidas, los puntos más importantes a evaluar serían: – las características del intento autolítico – los intentos previos – la evaluación de los factores sociodemográficos – los trastornos mentales asociados – los antecedentes familiares de conducta suicida y de trastorno mental.

Recomendaciones

D	Se recomienda la capacitación de los médicos de Atención Primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos sobre su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.
✓	Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.
D	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual. No deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
✓	Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación...).
D	En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al Servicio de Salud Mental, si: – Presencia de trastorno mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista – Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. En caso de estar disponible un contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia – Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
D	En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un Servicio de Urgencias hospitalario, si: – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al Servicio de Salud Mental, si: – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.
✓	En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al Servicio de Salud Mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes <u>ninguno</u> de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan <u>todas</u> las circunstancias siguientes: – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo
✓	Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓	Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el Servicio de Salud Mental y el médico de Atención Primaria.

6. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias

Preguntas a responder:

- ¿Cómo se estratifica el nivel de riesgo de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida?
- En un paciente que acude a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida, ¿qué otros aspectos deberían ser evaluados, además de los físicos, con el fin de tomar decisiones inmediatas?
- ¿Cuál debe ser la formación del médico de Urgencias en el reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conducta suicida?
- ¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario psiquiátrico de un paciente con conducta suicida?

Los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario (136, 137), suponiendo además, un volumen de trabajo nada despreciable.

En estos servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

Un importante desafío para los Servicios de Urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración más estrecha entre los Servicios de Urgencia y los de Salud Mental (138).

6.1. La clasificación de pacientes (triaje) en los Servicios de Urgencias

Los Servicios de Urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención sanitaria y priorizarlos según su gravedad. En los últimos años se han desarrollado sistemas informáticos que utilizan modelos de estratificación del riesgo y que permiten una rápida toma de decisiones. Estos sistemas dan más valor a la sensibilidad que a la especificidad, es decir, identifican la mayor parte de los casos susceptibles de gravedad, aunque también una pequeña proporción de casos negativos.

Concepto y modelos de triaje

El triaje se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al Servicio de Urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia. Su puesta en marcha precisa una adecuada estructura, tanto física como de personal y una escala de clasificación que sea válida, útil y reproducible (139).

Opinión de expertos 4

Se ha puesto de manifiesto la existencia de ciertos problemas en la organización y en la gestión de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias, que en ocasiones se objetivan en la propia clasificación de los pacientes que acuden o son remitidos a dichos servicios. Así, se ha visto que no existe homogeneidad en el tipo de profesional que efectúa el primer contacto con el paciente, no se utilizan protocolos de clasificación en el triaje, y en todo caso no está implantado un sistema de triaje normalizado y universalizado. Por ello, la disponibilidad de un modelo de triaje estructurado en los servicios de urgencia hospitalarios es una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad (140).

Los sistemas de triaje implantados en España tienen en común que se basan en cinco niveles de priorización y tienen como objetivo poder ser aplicados de forma segura, dentro de modelos de triaje estructurados. Las diferentes escalas de triaje relacionan las categorías de priorización con el grado de urgencia/gravedad y con la respuesta de atención necesaria de los profesionales, especialmente con el tiempo de visita médica o de asistencia inicial. La asignación de un nivel de triaje condicionará muchas veces las actuaciones posteriores (139).

Se describen a continuación los dos principales sistemas de triaje utilizados en España.

Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System o MTS) (141):

Tiene un formato electrónico y funciona en base a situaciones clínicas o categorías sintomáticas cerradas. Incorpora discriminantes clave, que son factores que permiten determinar el nivel de urgencia en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida o que se pueden catalogar dentro de una misma categoría sintomática.

Opinión de expertos 4

El resultado de la clasificación se corresponde con la tabla de niveles de gravedad de la figura 1, en la que se indica el color de identificación y el tiempo máximo de atención al paciente.

Figura 1. Niveles de gravedad en los sistemas de triaje

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min.
2	Muy urgente	Naranja	10 min.
3	Urgente	Amarillo	60 min.
4	Poco urgente	Verde	120 min.
5	No urgente	Azul	240 min.

Modelo Andorrano de Triage (MAT) (142):

Reconoce 56 categorías sintomáticas y dos discriminantes clave: las constantes vitales y el nivel de dolor. Cada categoría sintomática integra escalas de gravedad y aspectos específicos relacionados con el motivo de consulta. En el caso de la conducta suicida, las categorías sintomáticas que se pueden utilizar son:

Opinión de
expertos 4

- Trastorno mental: incluye algoritmos generales y escalas de constantes y signos vitales.
- Intoxicación: incluye algoritmos generales y escalas de parada cardio-respiratoria, shock, coma, etc...además de trastornos mentales.

La cualificación de los profesionales que realizan el triaje en base al MTS o MAT, habitualmente personal de enfermería, se establece mediante cursos de formación específicos y acreditados que contienen módulos teóricos y prácticos.

El triaje de pacientes con conducta suicida

La forma de presentación en un Servicio de Urgencias de los pacientes con conducta suicida es muy heterogénea, abarcando desde los que presentan una situación de compromiso vital, hasta los que debido a su trastorno mental pueden intentar huir del centro.

Las dos primeras medidas que deben adoptarse ante un paciente con conducta suicida son una evaluación inmediata de su situación clínica y la instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad. En líneas generales, la asistencia inmediata y de calidad está garantizada en los pacientes más graves, pero a medida que disminuye el grado de urgencia, la inmediatez y la calidad se hace más dependiente de una adecuada relación entre la oferta y la demanda.

Lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera una atención inmediata, por lo que, independientemente del sistema de triaje que se utilice y para concretar lo máximo posible el grado de necesidad de una atención inmediata, se deberían contestar las siguientes preguntas y documentarlas adecuadamente: 1) ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar?; 2) ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?; 3) ¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente?; 4) ¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico? (69).

Opinión de
expertos 4

Horowitz et al. (118) desarrollaron el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ) con el objetivo de detectar el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. Su versión en castellano, validada con niños y adolescentes mejicanos (119), obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza (143). Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems relacionados con la conducta suicida actual, ideación y conducta autodestructiva pasadas y factores estresantes actuales.

Estudio
cualitativo Q

No obstante, este cuestionario ha sido utilizado también por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un Servicio de Urgencias (144).

Serie de
casos 3

Basado en el cuestionario de Horowitz también se ha elaborado una herramienta de 14 ítems para el triaje del riesgo de suicidio, específica para pacientes de edad pediátrica (145).

Estudio
cualitativo Q

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del triaje sería que todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 3 (amarillo) del Sistema de Triage de Manchester, es decir que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al Servicio de Urgencias. Para ello se propone la versión breve del cuestionario de Horowitz et al. (118) para ser formulado por el personal encargado del triaje en el Servicio de Urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Tomando como referencia el artículo de Dieppe et al. (145), se han asignado unos códigos de colores de manera que, dependiendo de las respuestas, los pacientes serían clasificados con los códigos amarillo o naranja (figura 2).

Figura 2. Preguntas a formular en el triaje ante una conducta suicida

Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color.		

6.2. Evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias

Lugar de realización de la evaluación y medidas de seguridad

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. De ser posible debería existir un espacio específico para estas situaciones y disponer de un adecuado sistema de seguridad: la puerta debe abrir en ambos sentidos y no debe poder cerrarse desde el interior.

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes (146).

Actitudes de los profesionales de Urgencias ante la conducta suicida

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales (147, 148).

Una revisión sistemática de estudios cualitativos indica la existencia de una actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (73).

Estudio
cualitativo Q

Una posible explicación podría ser que la formación de los profesionales de los Servicios de Urgencias de un hospital general suele estar enfocada fundamentalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de patologías somáticas, por lo que en ocasiones, los pacientes con sintomatología psicológica pueden producir sensación de impotencia y generar actitudes negativas o de indiferencia (149, 150). Además, el estrés del trabajo incrementa esta actitud negativa hacia los pacientes con intentos de suicidio, sobre todo hacia aquellos con intoxicaciones medicamentosas repetidas (151).

Serie de
casos 3

Las personas con conducta suicida reiterada pueden provocar actitudes equivocadas en el personal sanitario que dificulten el posterior manejo de la conducta suicida. La persona que amenaza su vida ha de ser considerada, siempre y sin excepciones, como alguien que siente que tiene un serio problema, a quien hay que tratar del modo más adecuado y ayudar en la medida de lo posible.

Esta necesidad de una actitud adecuada del personal sanitario puede verse comprometida por ciertos pacientes, que para obtener algún beneficio, aducen ideas de suicidio o amenazan directamente con suicidarse si no se hace lo que piden (ingresar, obtener una baja laboral o una incapacidad, recuperar una pérdida afectiva, etc...). Son situaciones delicadas que desafían la pericia del profesional para prevenir la conducta suicida, cuyo riesgo puede ser subestimado y, además, evitar el refuerzo de una conducta disfuncional, con su consiguiente reiteración.

Evaluación del paciente con conducta suicida

Con frecuencia, los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias son valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa y en ocasiones algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente (152).

Por lo que respecta al médico de Urgencias Hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida) (152).

Las **competencias de los médicos de Urgencias Hospitalarias** en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes (69, 153):

Opinión de expertos 4

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en:
 - antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
 - antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
 - abuso de alcohol o drogas
 - situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros (2, 36) (ver el apartado correspondiente de la Guía).

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida (154).

Estudio de
cohortes 2+

La evaluación de un paciente con conducta suicida no siempre se realiza correctamente. Así, en un estudio realizado en España se observó que únicamente en el 22,5% de los informes de atención a pacientes con conducta suicida se cumplimentaban adecuadamente siete indicadores considerados de calidad (antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento) (65).

Serie de
casos 3

Una forma de mejorar dicha evaluación sería a través de la cumplimentación sistemática de aquellos datos considerados más relevantes, utilizando preferiblemente formatos estandarizados y documentando correctamente toda la información anterior en la historia clínica (155).

Serie de
casos 3

En la tabla 16 pueden verse los aspectos más importantes que deberían recogerse en la evaluación de un paciente con conducta suicida.

Tabla 16. Aspectos a recoger por parte del médico de Urgencias Hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida

DATOS PERSONALES	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Edad: _____ Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado/en pareja ☐ Separado/divorciado ☐ Viudedad Ocupación: ☐ Trabaja/estudia ☐ Paro ☐ Jubilado ☐ Otros _____
FACTORES DE RIESGO	Antecedentes de trastornos mentales: ☐ Depresión Mayor ☐ Trastorno Bipolar ☐ Trastornos psicóticos ☐ Ansiedad ☐ Tr. cond. alimentaria ☐ Abuso de alcohol/drogas ☐ Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: ☐ Si ☐ No Presencia reciente de ideación suicida: ☐ Si ☐ No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: ☐ Historia familiar previa de suicidio: ☐ Presencia de eventos vitales estresantes: ☐ Factores sociales y ambientales: Falta de apoyo social/familiar ☐ Historia de maltrato físico o abuso sexual ☐ Historia de acoso ☐
CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO	☐ Intoxicación medicamentosa, especificar: _____ ☐ Intoxicación por otro producto químico, especificar: _____ ☐ Daño físico (cortes, etc...) _____ ☐ Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida ☐ Si ☐ No Letalidad de la conducta suicida: ☐ Alta ☐ Intermedia ☐ Baja ☐ Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: ☐ Alivio/arrepentimiento ☐ Lamento de resultado no fatal
EVALUACIÓN CLÍNICA	Existencia de alteración del nivel de conciencia: ☐ Si ☐ No Afectación de capacidad de decisión: ☐ Si ☐ No Presencia de enfermedades mentales: ☐ Sí, especificar _____ ☐ No Estado de ánimo, especificar: _____ ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Eutimia ☐ Euforia ☐ Ánimo inadecuado ☐ Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: ☐ Si ☐ No Apoyo social o familiar actual: ☐ Si ☐ No
CONCLUSIONES	Riesgo de suicidio inmediato: ☐ Si ☐ No Capacidad de decisión: ☐ Si ☐ No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: ☐ Si ☐ No ☐ Inmediata ☐ En 24 horas ☐ En una semana ☐ Otro periodo, especificar: _____

Fuente: elaboración propia.

Evaluación por parte del especialista en Salud Mental

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. En general se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias. Por ello es esencial que dichos Servicios tengan acceso a especialistas en Salud Mental para poder llevar a cabo una adecuada valoración psiquiátrica. Dada la complejidad de la etiología y de la respuesta a dar a estos pacientes y a sus familiares, en aquellos servicios en donde se disponga de otros profesionales para la atención urgente, como trabajador social y psicólogo clínico, sería deseable desarrollar un modelo de respuesta multidisciplinar e integrador que atienda a todas estas demandas (156).

La evaluación de un paciente con conducta suicida por parte de un especialista en Salud Mental puede hacerse en el propio Servicio de Urgencias o posteriormente en una consulta externa. En el caso de que el paciente no sea evaluado por el especialista en el propio acto de atención urgente, deberán registrarse las razones en la historia clínica.

La derivación al especialista deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

Las **competencias de los especialistas en Salud Mental** serían las siguientes (69): Opinión de expertos 4

- Realizar una aproximación diagnóstica
- Evaluar conductas suicidas de repetición
- Establecer un plan de observación e intervención sobre el paciente
- Contactar con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado
- Establecer qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o hetero-agresividad, por lo que deben ser más vigilados
- Implementar los planes de tratamiento incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociofamiliares.

La evaluación del riesgo de suicidio en el Servicio de Urgencias

Existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio y de esta manera, a la evaluación clínica global realizada por el facultativo (157).

Como hemos visto en el apartado de Evaluación, la escala SAD PERSONS es ampliamente utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo de suicidio y a la toma de decisiones sobre si ingresar o no al paciente (87). A pesar de que esta escala no ha sido validada ni existen estudios que evalúen sus propiedades psicométricas, ha sido recomendada en España por su contenido didáctico y su facilidad de aplicación (88) y para su uso también en Atención Primaria (89).

Opinión de expertos 4

Cooper et al. (158) desarrollaron una sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida (tabla 17), obteniendo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 25% en la identificación de pacientes con alto o bajo riesgo de repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses. Los autores consideran que la aplicación de este instrumento podría facilitar la evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias y centrar los recursos psiquiátricos en aquellos pacientes de alto riesgo.

Estudio cualitativo Q

Tabla 17. Preguntas del test *Manchester Self-Harm* para la conducta suicida

- ¿Tiene antecedentes de conducta suicida? - ¿Ha estado a tratamiento psiquiátrico previo? - ¿Está actualmente a tratamiento psiquiátrico? - ¿El episodio actual es por sobredosis de benzodicepinas?
Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente de “alto riesgo” de repetición de la conducta suicida.

Fuente: Adaptado de Cooper et al., 2006 (158)

Un posterior estudio de estos mismos autores (159) comparó la sensibilidad y especificidad del test frente a la evaluación global del riesgo de conducta suicida realizada por especialistas en Salud Mental o en Urgencias (tabla 18), siendo los resultados favorables al test. Para los autores, aquellos pacientes con bajo riesgo de nueva conducta suicida, necesitarían una evaluación psiquiátrica pero podría realizarse de forma diferida a nivel ambulatorio.

Estudio cualitativo Q

Tabla 18. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester

Evaluación clínica (Esp. en S. Mental o Urgencias)	Test de Manchester
- Sensibilidad: 85% (IC 95%, 83-87)	- Sensibilidad: 94% (IC 95%, 92-96)
- Especificidad: 38% (IC 95%, 37-39)	- Especificidad: 26% (IC 95%, 24-27)
- Valor predictivo positivo: 22% (IC 95%, 21-23)	- Valor predictivo positivo: 21% (IC 95%, 19-21)
- Valor predictivo negativo: 92% (IC 95%, 91-93)	- Valor predictivo negativo: 96% (IC 95%, 94-96)

Fuente: Cooper et al., 2007 (159)

Sin embargo, este test no valora aspectos clave como el grado de letalidad de la tentativa, su planificación, la presencia de trastorno mental actual, etc. por lo que podría ser válido para un primer intento de suicidio (tipos I-II), pero no para la conducta suicida de, por ejemplo, un paciente con un primer brote psicótico que podría puntuar cero, y ser catalogado como de bajo riesgo de repetición.

¿Qué hacer con un paciente con conducta suicida que desea abandonar el Servicio de Urgencias antes de ser valorado?

Si un paciente con una conducta suicida desea marcharse antes de haber sido realizada una evaluación de su estado y son infructuosos los intentos de persuasión para que permanezca en el Servicio de Urgencias, se deberá intentar valorar al paciente lo antes posible y si es necesario tomar las medidas que se consideren oportunas, especialmente si la persona continúa expresando intencionalidad suicida. En algunos casos (riesgo de auto o heteroagresión) se habrá de valorar, incluso, la idoneidad de utilizar medidas de contención. Es importante tener en cuenta que los pacientes que abandonan el Servicio de Urgencias antes de una adecuada evaluación, tienen un alto riesgo de repetición de su conducta suicida (146).

En los casos en que los pacientes se nieguen a recibir tratamientos que potencialmente pueden salvarle la vida, será muy importante realizar una evaluación de la competencia para la toma de decisiones.

Al abandonar el hospital el paciente debería recibir por escrito, tanto el plan de tratamiento y seguimiento en la Unidad Salud Mental, como aquella información necesaria acerca de cómo recibir ayuda futura.

Calidad de la atención a personas con conducta suicida

Es fundamental que la atención prestada a las personas con conducta suicida sea de calidad, resumiéndose a continuación cinco posibles áreas de mejora (73):

RS de
estudios
cualitativos Q

- Mejora en la comunicación entre pacientes y profesionales: mayor consideración en el trato a los pacientes, información sobre su situación y posibilidad de participar en las decisiones de tratamiento.
- Mayor preparación profesional acerca de la conducta suicida: una mejor información y una formación específica sobre el tratamiento de la conducta suicida podría mejorar la interacción entre profesionales y pacientes.
- Mayor empatía hacia las personas con conducta suicida: se necesita que los pacientes sean escuchados y no juzgados y que el trato con el personal sea natural, les muestren su preocupación y les den apoyo.
- Mejor acceso a la asistencia sanitaria especializada: es precisa una mayor presencia de los especialistas en Salud Mental en los hospitales y una mejora de las infraestructuras que permitan unos menores tiempos de espera.

- Mejor información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general: las personas con conducta suicida no siempre entienden lo que les está sucediendo o por qué lo han hecho, sintiéndose muchas veces solas, por lo que necesitan que se les facilite más información sobre la conducta suicida y su prevalencia. También es importante que se haga extensiva a familiares y cuidadores y a la sociedad en general, de manera que se reduzca el estigma que esta situación tiene.

6.3. Formación del médico de los Servicios de Urgencias

Los profesionales no especializados en Salud Mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. En este sentido, se ha demostrado que la formación, tanto en la evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en el manejo de estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con la de los cuidados proporcionados (160).

Un estudio en el que se comparó la evaluación psicosocial realizada a pacientes con conducta suicida en un Servicio de Urgencias, antes y después de una sesión de formación específica, mostró un incremento del 13% al 46% en el porcentaje de historias clínicas consideradas adecuadas, mejorando también la comunicación entre los profesionales del Servicio de Urgencias y los especialistas de Salud Mental (161).

Serie de
casos 3

Otro programa de adiestramiento en la evaluación de la conducta suicida también demostró mejoras en el manejo de los pacientes por los participantes (médicos de Atención Primaria, de Servicios de Urgencias y profesionales de Salud Mental) (162). Sin embargo, las tasas de suicidio en dicha área sanitaria se mantuvieron constantes, antes y después de la intervención, por lo que cabría concluir que los programas de formación del personal sanitario no son suficientes para reducir la tasa de suicidio entre la población (163).

Serie de
casos 3

La formación del médico de Urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir todos aquellos aspectos considerados de su competencia y, entre otros, los siguientes:

- Formación adecuada en la realización de una evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo
- Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato
- Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de emergencia, especialmente del consentimiento informado del tratamiento y, en situaciones de no consentimiento, habilidad suficiente para manejar una situación de emergencia.

Por otra parte, en la formación del médico de urgencias se deberían cumplir los siguientes requisitos:

- Asegurar que todo profesional que se incorpore a un Servicio de Urgencias reciba una formación específica dentro de la primera semana de su incorporación
- La formación deberá especificar su duración y el contenido
- Se deberá contemplar el grado de competencia necesario para la atención de estos pacientes

6.4. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social.

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible (36), aunque un factor clave a la hora de decidir si una persona puede ser tratada de forma ambulatoria o mediante ingreso hospitalario es su seguridad, ya que, en general, los pacientes con mayor intencionalidad suicida se manejan mejor ingresados (76, 164, 165).

Opinión de expertos 4

La GPC elaborada por el *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (76) considera los siguientes factores:

RS de
ECA 1+

- Factores cuya presencia aconseja la hospitalización del paciente:
 - necesidad de tratamiento médico de la conducta suicida
 - tratamiento psiquiátrico más intensivo (p. ej. psicosis aguda)
 - ausencia de adecuado soporte psicosocial (166).

- Factores en los que la hospitalización deberá tenerse en cuenta (167, 168):

ECA 1+

- cuando falla la alianza terapéutica y la intervención en la crisis, persistiendo la actitud suicida
- cuando el paciente tiene insuficiente soporte para permanecer en la comunidad.

Por su parte, la APA (36) elaboró los siguientes criterios de GPC 4 hospitalización del paciente con conducta suicida (tabla 19):

Tabla 19. Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el Servicio de Urgencias
<u>Necesidad de ingreso</u> Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si: – Paciente psicótico. – Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado. – Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate. – Presencia de planes o ideación persistente. – El paciente lamenta haber sobrevivido. – El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida. – Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. – Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda. – El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario. En presencia de ideación suicida con: – Plan específico de alta letalidad. – Importantes intentos de suicidio previos. <u>El ingreso puede ser necesario</u> – Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario. En presencia de ideación suicida con: – Psicosis. – Trastorno psiquiátrico mayor. – Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves. – Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección). – Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día.	– Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva. – Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado. – Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. – Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio. – En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo. <u>Alta desde el SU con recomendaciones de seguimiento</u> Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando: – La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al Servicio de Urgencias. – Métodos/planes e intento de baja letalidad. – El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo. – El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento. <u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización</u> – Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios.

Fuente: traducido de American Psychiatric Association (36)

Son escasos los estudios que analizan los criterios de ingreso hospitalario de los pacientes con conducta suicida.

Baca et al. (169) observaron que de las 47 variables demográficas y clínicas recogidas en 509 pacientes atendidos por conducta suicida, únicamente 11 se asociaron significativamente con la hospitalización (tabla 20), siendo la de mayor valor predictivo, la intención de repetir el intento de suicidio.

Serie de
casos 3

Tabla 20. Variables asociadas con el ingreso hospitalario

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el Servicio de Urgencias
Intención de repetir la conducta suicida	Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida
Plan para usar un método letal	Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo
Bajo funcionamiento psicosocial antes de la conducta suicida	Disponibilidad de un método para suicidarse que no fue usado
Hospitalización psiquiátrica previa	Creer que el intento podría influir en otros
Conducta suicida el año anterior	Disponer de soporte familiar
Planificación para que nadie pueda salvar su vida después de la conducta suicida	

Fuente: Baca et al. (169).

Sin embargo, un posterior estudio de los mismos autores (170) reanalizó los datos anteriores mediante la técnica *Data Mining*, observando una sensibilidad del 99% y una especificidad del 100% con únicamente cinco variables, que serían las predictoras de indicación de hospitalización de un paciente con conducta suicida:

Serie de
casos 3

- Consumo de fármacos o alcohol durante la conducta suicida
- Lamento tras ver que el intento de suicidio no fue efectivo
- Ausencia de soporte familiar
- Ser ama de casa
- Historia familiar de intentos de suicidio.

Un estudio finlandés nos muestra un 25% de hospitalizaciones de 1198 tentativas de suicidio atendidas, siendo los principales criterios de hospitalización psiquiátrica, la edad avanzada, la presencia de trastornos psicóticos o de trastornos del humor, la ausencia de consumo de alcohol antes de la conducta suicida, la enfermedad física, la tentativa de suicidio en un día de semana, los tratamientos o consultas psiquiátricas previas y el hospital que atendió la tentativa de suicidio (171).

Serie de
casos 3

Un estudio transversal en el que se evaluaron 404 pacientes atendidos hospitalariamente por conducta suicida mostró que el método de conducta suicida, la historia psiquiátrica previa y un diagnóstico psiquiátrico contribuyeron significativamente a la decisión de llevar a cabo un tratamiento ambulatorio o de ingreso hospitalario. En particular, los métodos de conducta suicida diferentes de la intoxicación medicamentosa o de las lesiones cortantes (lo que implica métodos más agresivos) se asociaron con el ingreso hospitalario. Pacientes con historia de ingreso psiquiátrico y un diagnóstico actual de esquizofrenia o trastornos psicóticos fueron ingresados con mayor frecuencia, mientras que aquellos pacientes con diagnósticos de trastornos adaptativos o neuróticos se asociaron más con tratamientos ambulatorios (172).

Serie de casos 3

Por último, en una muestra de 257 adultos con conducta suicida, la hospitalización se asoció significativamente con el diagnóstico de psicosis, historia previa de intentos de suicidio y la existencia de un plan de suicidio preconcebido. Una vez controlados los factores de confusión, dichas variables clasificaron correctamente el 80% de las decisiones de hospitalización (173).

Serie de casos 3

Resumen de la evidencia

Q	La versión breve del Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ) podría ayudar al personal encargado del triaje a conocer el grado de necesidad de una atención inmediata en aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Las preguntas a formular serían las siguientes: – ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? – ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? – ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? – ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?
4	La probabilidad de suicidio aumenta con el número de factores de riesgo presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros.
3	La recogida sistemática de los datos considerados más relevantes de la historia clínica, utilizando preferiblemente formatos estandarizados, mejora la evaluación del paciente con conducta suicida.
4	La escala SAD PERSONS no ha sido validada en España ni existen estudios que evalúen sus propiedades psicométricas.
Q	El test de Manchester Cooper, aunque con alta sensibilidad en la identificación de pacientes con riesgo de repetición de la conducta suicida, podría, aunque no en todos los casos, ser válido para un primer intento de suicidio (tipos I-II).
Q	Se han identificado una serie de áreas de mejora en la atención de la conducta suicida: comunicación entre pacientes y profesionales, formación de los profesionales, empatía hacia las personas afectadas, acceso a la asistencia sanitaria especializada e información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general.
3	La formación de los profesionales, tanto en evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora sus actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención a estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con los cuidados proporcionados.
4	En general, la decisión de ingresar o no al paciente dependerá de tres factores principales: la repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, el riesgo suicida inmediato del paciente y la necesidad de tratamiento del trastorno mental de base.

Recomendaciones

✓	Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
✓	Se propone la versión breve del cuestionario de Horowitz para ser formulado por el personal encargado del triaje en el Servicio de Urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.
D	Los profesionales no especializados en Salud Mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.
✓	La formación del médico de Urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: – evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo – habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato – conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia.
✓	La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓	Durante su estancia en el Servicio de Urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓	El médico de Urgencias Hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.
D	En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.
✓	Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de Urgencias Hospitalarias. En ocasiones, esta evaluación podría diferirse, derivándose con carácter preferente a una consulta de Salud Mental.
✓	La derivación al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.
✓	Se recomienda la mejora en las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: – Comunicación entre pacientes y profesionales – Empatía – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general.
D ^{GPC}	La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores: – La repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida – El riesgo suicida inmediato del paciente – Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base – Existencia de apoyo social y familiar efectivo.

7. Tratamiento de la conducta suicida en Atención Especializada (Salud Mental)

Preguntas a responder:

- En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
- ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?
- ¿Cual es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

Una de las mayores dificultades en el estudio del tratamiento de la conducta suicida, es que el suicidio consumado es un hecho excepcional, por lo que se necesita una muestra muy amplia para mostrar diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan distintos tratamientos. A esta dificultad hay que añadir que muchos estudios excluyen a los pacientes de alto riesgo suicida y que los periodos de seguimiento no suelen ser largos. Debido a esto, una estrategia alternativa para analizar el efecto de un tratamiento sobre el suicidio es seleccionar variables de resultado altamente asociadas a la conducta suicida (174).

7.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida

Existe una serie de dificultades específicas en los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos:

- La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica) que afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
- Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento.
- En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo-conductuales.

Se localizaron diferentes revisiones sistemáticas (175, 176) y metanálisis (166, 177, 178) que evaluaban la psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida. También se

encontraron revisiones sistemáticas específicas sobre psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida en trastornos de la personalidad (179) y trastorno bipolar (180), así como revisiones específicas sobre una terapia en particular, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) (181), la terapia de resolución de problemas (TRP) (182) o la terapia dialéctico-conductual (TDC) (183, 184).

Para actualizar el conocimiento en relación con las terapias que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, se seleccionó el metanálisis realizado por Tarrier et al. en 2008 (181). Para el resto de modalidades de psicoterapia empleadas en el tratamiento de la conducta suicida se tomó como referencia la guía NICE (42). Esta guía, además de las terapias de corte TCC, aporta también evidencia sobre Terapia interpersonal (TIP), Terapia familiar (TF) y Terapia psicodinámica. Tiene también un apartado que evalúa la terapia a largo plazo versus a corto plazo y que incluye un único estudio (185) que no aclara el tipo específico de psicoterapia empleada ni ofrece resultados concluyentes.

7.1.1. Terapias de corte cognitivo-conductual

Aunque los modelos cognitivo y conductual de forma independiente parten de supuestos diferentes, se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

La investigación más reciente en el ámbito de la prevención de la conducta suicida se ha centrado en este tipo de tratamientos. Así, el metanálisis de Tarrier et al. (181) incluye 28 estudios de los que 18 fueron publicados a partir del año 2000.

Características de los estudios incluidos en el estudio de Tarrier et al. (2008)

En este metanálisis se incluyeron estudios que utilizan técnicas cognitivo-conductuales como parte sustancial del tratamiento para reducir la conducta suicida. Se incluyeron aquellos estudios en los que se midió alguna variable de resultado relacionada con la conducta suicida (tasa de repetición, ideación, desesperanza y satisfacción con la vida). Cuando se midió más de una variable, se seleccionó la más relevante en relación al suicidio.

Metanálisis
de ECA 1+

Se observó cierto grado de variabilidad entre los estudios incluidos en cuanto a la metodología, las técnicas concretas de tratamiento y su implementación. Además, gran parte de estos estudios se realizaron en EE.UU. y con muestra mayoritariamente adulta. A pesar de esto, un aspecto común a todos los trabajos es que son homogéneos tanto a nivel macroterapéutico (estrategia) como microterapéutico (procesos y mecanismos) (181). De todas estas modalidades de psicoterapia, la más frecuente fue la TDC.

En el metanálisis de Tarrier et al. se incluyen las siguientes intervenciones psicoterapéuticas:

- Terapia cognitivo-conductual (tabla 21)
- Terapia dialéctico-conductual (tabla 22)
- MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (tabla 23)
- Terapia de resolución de problemas (tabla 24)
- Otras terapias de corte cognitivo-conductual: Terapia conductual, TCC en formato grupal, tratamiento integrado, LifeSpan, entrenamiento de habilidades y Terapia breve basada en las soluciones (tabla 25).

Las características de estos estudios se resumen en las tablas que se presentan a continuación, junto con una breve descripción del tipo específico de terapia empleada.

Terapia cognitivo-conductual

Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye técnicas conductuales en mayor o menor medida, de ahí la denominación de TCC (186).

Tabla 21. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Patsioskas y Clum; 1985 (187)	15	Intento de suicidio (ideación)	Terapia individual	10/10
Salkovskis et al.; 1990 (168)	20	Intento de suicidio (repetición [†])	Tto. habitual	5/5
Klingman y Hochdorf; 1993 (188)	237		No tratamiento	10/12
Raj et al.; 2001 (189)	40	Autolesión deliberada (ideación)	Tto. habitual	10/12
Wood et al.; 2001 (190)	63	Autolesión (ideación)	Tto. habitual	12/5
March et al.; 2004 (191)	439	Depresión (ideación)	Fluoxetina vs Fluoxetina + TCC vs placebo	14/11
Brown et al.; 2005 (192)	120	Intento de suicidio (ideación)	Tto. habitual	9/9
Tarrier et al.; 2006 (193)	278	CS en esquizofrenia (repetición [†])	Counselling vs tto. habitual	17/19

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; [†]Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad.

N: número pacientes; CS: conducta suicida; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (181).

La TCC parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de

conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención, que puede ser la depresión, la conducta suicida, etc. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o cuando hay otras patologías asociadas (186).

Terapia dialéctico-conductual

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan (194) específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

Uno de los objetivos centrales de este modelo, que combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas autolesivas como de la conducta suicida, motivo por el cual existe un número considerable de estudios que abordan su eficacia.

De modo genérico, la TDC se centra en los siguientes elementos clave del trastorno límite de la personalidad:

El desarrollo de la plenitud de la conciencia o atención plena (*mindfulness*): es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.

- La regulación emocional, partiendo del supuesto de que la personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimentan emociones de forma muy intensa y lábil.
- La eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales.
- El aumento de la tolerancia a la ansiedad. Parte de que el dolor y el malestar forman parte de la vida y el hecho de no aceptarlo incrementa aún mas el malestar.

Los estudios de TDC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se reflejan en la tabla 22.

Tabla 22. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Linehan et al.; 1991 (195)	44	CS en TLP (ideación)	Tto habitual	182/104
Linehan et al.; 1999 (196)	28	TLP y dependencia drogas (intento [†])		156/104
Koons et al.; 2001 (197)	20	CS en TLP (repetición [†])		69/48
Rathus y Miller; 2002 (198)	111	CS en TLP (intento [†])		28/24
Verhuel et al.; 2003 (199)	58	Autolesión, TLP (intento [†])		191/104
Katz et al.; 2004 (200)	62	Intento de suicidio, ideación (ideación)		20/14
Van den Bosch et al.; 2005 (201)	58	TLP (intento [†])	Tto comunitario	178/104
Linehan et al.; 2006 (202)	101	TLP, CS (Intento [†])		89/65

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; [†]Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; CS: conducta suicida; TLP: trastorno límite de la personalidad; Tto: tratamiento; ref: referencia
Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (181).

MACT

La MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (tabla 23), es una terapia que incluye elementos de la TCC, TDC y biblioterapia. Se basa en el entrenamiento de habilidades y es muy empleada en pacientes con trastornos de la personalidad. Incluye sesiones con el terapeuta y también concede un importante papel al material de autoayuda (179).

Tabla 23. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Evans et al.; 1999 (203)	34	Autolesión, TLP (repetición [†])	Tto habitual	5/3
Tyrer et al.; 2003 (204)	480	Autolesión (repetición)		7/7
Weinberg et al.; 2006 (205)	30	Autolesión, trastorno bipolar (repetición [†])		3/6

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; [†]Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; TLP: trastorno límite de la personalidad; Tto: tratamiento; ref: referencia.
Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (181).

Terapia de resolución de problemas

La TRP parte de la base de que un incremento de las habilidades de resolución de problemas puede ayudar a reducir la carga que suponen y la ideación suicida. Este tipo de terapia

habitualmente comienza con un listado y priorización de problemas, propuesta y selección de las estrategias para afrontarlos, posibles obstáculos y monitorización de todo el proceso. También se entrena la generalización de las habilidades adquiridas a otras situaciones (206). En la tabla 24 se presentan los estudios sobre TRP incluidos en Tarrier et al. (181).

Tabla 24. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Lerner y Clum; 1990 (207)	18	Ideación suicida (ideación)	<i>Counselling</i>	15/10
Mcleavy et al.; 1994 (208)	39	Intoxicación voluntaria (desesperanza)	Resolución de problemas en formato breve	5/5
Rudd et al.; 1996 (209)	264	Ideación suicida (intento [†])	Tto habitual	126/36
Nordentof et al.; 2005 (210)	401	Intento de suicidio, ideación (repetición [†])	Tto habitual	42/14

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; [†]Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (181).

Otras terapias de corte cognitivo-conductual

En este apartado se incluyen los estudios que utilizan técnicas cognitivas y/o conductuales de forma preferente pero, o bien estas técnicas están integradas en un protocolo amplio de tratamiento que engloba sesiones grupales y/o familiares (211, 212), o bien se centran en una técnica concreta (213, 214) (tabla 25).

Tabla 25. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Liberman y Eckman; 1981 (211)	Terapia conductual	24	Intento de suicidio (repetición [†])	<i>Insight oriented therapy</i>	32/8
Nordentof et al.; 2002 (212)	Tto integrado	341	Primer episodio de psicosis (intento [†])	Tto habitual	58/39
Power et al.; 2003 (215)	Tto habitual + <i>LifeSpan</i>	42	Primer episodio de psicosis (desesperanza)	Tto habitual	10/10
Donaldson et al.; 2005 (213)	Entrenamiento de habilidades	39	Intento de suicidio (ideación)	<i>Counselling</i>	12/7
Rhee et al.; 2005 (214)	Terapia breve basada en las soluciones	55	Ideación suicida (satisfacción con la vida)	Terapia de factores comunes vs lista de espera	8/8

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; [†]Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (181).

Resultados del metanálisis

De los 28 estudios seleccionados inicialmente para la revisión, cuatro de ellos no pudieron incluirse en el metanálisis (196, 204, 210, 212), por lo que finalmente fueron 24.

El resultado global fue que las terapias de corte cognitivo-conductual presentaron un efecto positivo sobre la conducta suicida en comparación con otros tratamientos. Además, se realizaron diferentes análisis agrupando los estudios según sus características, con los resultados siguientes:

Metanálisis
de ECA 1+

- Edad: el tamaño de efecto fue significativo para adultos, pero no cuando la muestra fue mayoritariamente adolescente.
- Grupos de comparación: las terapias obtuvieron un tamaño de efecto significativo cuando se compararon con los grupos “no tratamiento” o “tratamiento habitual”, pero no fue significativo cuando se comparó con otra forma de terapia.
- Objetivo del tratamiento: el tamaño del efecto fue significativo cuando la ideación/conducta suicidas fue de modo expreso uno de los objetivos de la intervención, pero no lo fue cuando el objetivo de la psicoterapia se centró en otros aspectos para reducir la conducta suicida (depresión, esquizofrenia, distrés).
- Variable de resultado: en un primer análisis se encontró que todas fueron significativas menos cuando ésta fue la desesperanza. Sin embargo, sólo dos estudios la incluían como variable más cercana a la conducta suicida. En un reanálisis donde se incluyeron todos los estudios en los que se midió, se encontró que el tamaño de efecto fue significativo.
- Tipo de terapia: en este análisis se comparó la TDC frente al resto de los tratamientos. Tanto las psicoterapias cognitivo-conductuales como las basadas en la TDC obtuvieron un tamaño del efecto significativo y comparable entre sí.
- Modo de terapia: los tratamientos individuales, así como los tratamientos individuales con sesiones grupales obtuvieron tamaños de efecto más fuertes que los tratamientos basados de forma exclusiva en sesiones grupales.

Evidencia científica disponible posterior al estudio de Tarrier et al. (2008)

Posteriormente a este estudio se publicaron 9 ECAs sobre el tratamiento de la conducta suicida con psicoterapias cognitivo-conductuales (tabla 26).

Se localizó un ECA sobre TRP (216) que evaluó su efectividad (6 sesiones de frecuencia semanal) frente a la lista de espera. La muestra estuvo formada por adolescentes con depresión y riesgo suicida. En el grupo que recibió TRP se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas de depresión (Hamilton y BDI) y

ECA 1+

una reducción del riesgo de suicidio medido con la escala de probabilidad de suicidio (*Suicide Probability Scale*, SPS). También se halló un aumento significativo de la autoestima y la asertividad en el grupo que recibió TRP.

Otro ensayo evaluó la TRP en pacientes mayores con depresión mayor, en comparación con el tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en la colaboración con el médico de Atención Primaria de profesionales de enfermería y psicólogos que realizaron asesoramiento, psicoeducación y la evaluación. Los pacientes recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo o TRP durante 12 meses y sus resultados se compararon con el grupo de tratamiento habitual (tratamiento farmacológico antidepresivo, *counselling* o derivación a Salud Mental). El grupo que recibió la intervención experimental obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control, durante la intervención y tras un año de seguimiento (217).

ECA 1-

Otro estudio comparó la efectividad de la TCC unida al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno de la personalidad. Se encontró una reducción significativa del número de intentos de suicidio en el grupo que recibió la TCC al final del estudio y durante el seguimiento de dos años (218).

ECA 1+

En 2007 se publicó el estudio ADAPT (219) en el que se comparó la efectividad del tratamiento con fluoxetina frente a fluoxetina +TCC en adolescentes con depresión moderada o grave. Se incluyeron aquellos pacientes que no respondieron a una breve intervención psicoeducativa realizada previamente al inicio del estudio. La ideación y conducta suicidas se midió con las escalas K-SADS-PL y HoNOSCA. Además de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y la TCC, todos los pacientes recibieron cuidados habituales (monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales). Se encontró que añadir TCC a la fluoxetina, no mejoró las variables clínicas, aunque cabe destacar que los cuidados habituales de este estudio son casi una intervención en sí mismos.

ECA 1++

Otros autores (220) evaluaron la eficacia de la TCC en comparación con el *Befriending* en la reducción de la conducta suicida en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, sintomatologías positiva y negativa activas y resistentes a la medicación. La media de sesiones fue de 19 en un periodo de 9 meses.

ECA 1+

Los resultados mostraron que si bien ambos grupos presentaron una reducción de la conducta suicida, ésta solo fue significativa en el grupo que recibió TCC, manteniéndose la mejoría hasta el final del periodo de seguimiento.

También se evaluó el efecto de la TCC en formato corto tras un episodio de conducta suicida en pacientes con conducta suicida recurrente o crónica (221). La TCC se añadió al tratamiento habitual (psicofármacos, otras formas de psicoterapia y hospitalización) y se comparó con este último. Se vió que el grupo que recibió la TCC mejoró de forma significativa en todas las variables de resultado medidas (conducta suicida, depresión, ansiedad, autoestima y resolución de problemas). También se observó que las dificultades en la regulación de emociones, como el control de impulsos y las conductas orientadas a un objetivo, tienen un papel importante como mediadores de la conducta suicida (222).

ECA 1+

Sobre la TCC en formato grupal, Hazell et al. (223) intentaron replicar el estudio de Wood et al. (190) para comprobar si la TCC grupal (5 sesiones) es más efectiva que el tratamiento habitual en adolescentes para la prevención de la conducta suicida. No se encontró esa eficacia superior, aunque algunas diferencias metodológicas entre ambos estudios y la menor experiencia de los profesionales en este último caso, podrían explicar las diferencias.

ECA 1+

Un estudio (224) comparó la efectividad de tres tratamientos psicoterapéuticos para el trastorno límite de la personalidad: TDC, psicoterapia basada en la transferencia (*Transference focused psychotherapy*) y terapia de apoyo de corte psicodinámico. Se concluyó que tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida.

ECA 1+

Otro ECA (225) evaluó la efectividad de la TDC en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en ambos grupos y en todas las variables medidas, aunque sin diferencias entre ellos. Reseñar que la intervención en el grupo control fue muy amplia e incluyó algunos aspectos comunes a la TDC, como la psicoeducación o las sesiones de autoayuda.

ECA 1+

Tabla 26. Estudios de terapias de corte cognitivo-conductual posteriores

Autor; año (ref.)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/Sesiones*
Eskin et al.; 2008 (216)	Terapia de resolución de problemas	46	Depresión y CS (Probabilidad de suicidio)	Lista de espera	4/6
Unutzer et al.; 2006 (217)	Terapia de resolución de problemas	1801	Ideación suicida	Tto habitual	ND/4-8
Davidson et al.; 2006 (218)	Terapia cognitivo-conductual	106	TLP (intentos de suicidio)	Tto habitual	30/30
Goodyer et al.; 2007 (219)	Terapia cognitivo-conductual + fluoxetina + cuidados estándar†	208	Depresión (ideación y conducta suicida)	Fluoxetina + cuidados estándar†	ND/19
Bateman et al.; 2007 (220)	Terapia cognitivo-conductual	63	CS (ideación e intensidad) en esquizofrenia	<i>Befriending</i>	ND/19
Slee et al.; 2008 (221)	Terapia cognitivo-conductual	82	CS (ideación)	Tto habitual	12/12
Hazell et al.; 2009 (223)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	72	Autolesión (ideación)	Tto habitual	12/5
Clarkin et al.; 2007 (224)	TDC	62	CS en TLP	PBT vs TA	ND/ TDC y TA =52; PBT=104
McMain et al.; 2009 (225)	TDC	180	TLP (CS)	Tto habitual	144/144

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Cuidados estándar: monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales. CS: conducta suicida, N: número de pacientes; ND: no determinado; PBT: psicoterapia basada en la transferencia; ref: referencia; TA: terapia de apoyo; TDC: Terapia dialéctico-conductual, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento. Fuente: elaboración propia.

Por último, una revisión sistemática (183) mostró que la TDC podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas específicamente en adolescentes con TLP y trastorno bipolar. Esta revisión sistemática incluye el metanálisis de Tarrier (181), la revisión sistemática realizada por Guilé et al. (226), además de un ECA y cuatro estudios observacionales.

RS de distintos estudios, 1+, 2+

7.1.2. Terapia interpersonal

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman y Weissman (227). Aunque originalmente se diseñó para pacientes con depresión, en la actualidad su ámbito de actuación se ha extendido a diferentes trastornos.

La TIP tiene muchos aspectos en común con la terapia cognitiva, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original dispone de 3 etapas a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar

se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones (186).

NICE (42) incluye un estudio (228) cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la TIP psicodinámica breve (una vez por semana, 4 semanas y por una enfermera en el domicilio del paciente) en personas tras un episodio de intoxicación voluntaria. El grupo control recibió el tratamiento habitual en Atención Primaria (excluyendo cualquier tipo de psicoterapia o seguimiento psicológico). A los 6 meses de seguimiento se encontró que el grupo que recibió TIP había mejorado de forma significativa en comparación con el grupo control (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el BDI y mayor satisfacción con el tratamiento).

ECA 1+

En pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor/menor e ideación suicida se realizó una intervención consistente en la prescripción de citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. En el grupo de tratamiento habitual, se dió información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión. A los 12 meses, ambos grupos obtuvieron una reducción de la ideación suicida, aunque los pacientes del grupo experimental presentaron una disminución mayor de la gravedad de la depresión y mayor tasa de recuperación que el grupo control (229). A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (230).

ECA 1+

Un último estudio (231) evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida en comparación con el tratamiento habitual (en el ámbito escolar). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza.

ECA 1+

Las características de los estudios anteriores se resumen en la tabla 27.

Tabla 27. Estudios incluidos de terapia interpersonal

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Guthrie et al.; 2001 (228)	119	CS (repetición)	Tto habitual	3/4
Bruce et al.; 2004 (229), Alexopoulos et al.; 2009 (230)	568	Ideación suicida (ideación)	Tto habitual	Sin datos
Tang et al. 2008 (231)	73	CS (ideación suicida)	Tto habitual (ámbito escolar)	10/12

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número pacientes; CS: conducta suicida, Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración propia.

7.1.3. Terapia familiar

La TF toma como modelo la teoría general de sistemas y hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Desde la TF se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de los miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. Se trata por tanto de un modelo que trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia. Aunque existen diferentes escuelas, la terapia familiar podría dividirse en conductual, psicodinámica y sistémica.

Las características comunes de las intervenciones familiares son:

- Incluye varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración aproximada de una hora.

La guía NICE (42) incluye un solo estudio (232) que compara la TF en el hogar llevada a cabo por dos trabajadores sociales frente al tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en una sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento en el domicilio del paciente. Todos los participantes fueron menores de 16 años. En este estudio no se encontró evidencia suficiente para determinar si existe una diferencia significativa entre ambas formas de tratamiento en la prevención de la repetición de la conducta suicida y en la reducción de la ideación. En cuanto a la desesperanza, no se encontraron diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento.

ECA 1+

No se ha localizado ningún estudio posterior sobre TF.

7.1.4. Terapia psicodinámica

Deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. Una diferencia fundamental entre el psicoanálisis y la terapia psicodinámica es que esta última se centra en el aquí y ahora, y el objetivo del tratamiento es el problema actual del paciente (233).

Una variante de este tipo de tratamiento, aplicada en pacientes con conducta suicida, es la terapia psicodinámica deconstructiva. Es un tratamiento estandarizado desarrollado para problemas complejos de conducta, como adicciones, trastornos de la alimentación y también para autolesiones y conducta suicida recurrente. Esta terapia favorece la elaboración e integración de experiencias interpersonales y atribuciones de uno mismo y de otros y se basa en una alianza terapéutica positiva (234).

La guía NICE no incluye ningún estudio sobre la terapia psicodinámica como tratamiento de la conducta suicida.

Se localizó un estudio (235) en el que se evaluó la efectividad de la terapia psicodinámica deconstructiva frente al tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol. En este estudio se encontró que la terapia psicodinámica disminuye de forma estadísticamente significativa la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional.

ECA 1+

En otro estudio (236) se evaluó la psicoterapia psicodinámica a corto plazo realizada en hospital de día frente a la terapia ambulatoria habitual en trastornos de la personalidad. La intervención en el grupo experimental consistió en una combinación de las terapias psicodinámica y cognitivo-conductual en formato grupal durante 18 semanas. Encontraron una mejoría global en ambos grupos en todas las variables medidas (ideación y conducta suicidas, estrés sintomático, problemas interpersonales, funcionamiento global y problemas de la personalidad) (tabla 28).

ECA 1+

Tabla 28. Estudios incluidos de terapia psicodinámica

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Gregory et al.; 2009 (235)	30	TLP y abuso de alcohol (CS)	Tto habitual	Sin datos/48
Arnevik et al.; 2009 (236)	114	TLP (CS)	Terapia ambulatoria habitual	Sin datos/16

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número de pacientes; CS: conducta suicida, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento, ref: referencia.
Fuente: elaboración propia.

7.2. Tratamiento farmacológico de la conducta suicida

Como ya se ha comentado anteriormente, la conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales (237, 238). La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida.

El tratamiento farmacológico de la misma deberá incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad,...).

Existen escasos estudios específicos del tratamiento de la conducta suicida, ya que la mayoría analizan aquellos fármacos empleados en el abordaje de las patologías subyacentes a dicha conducta.

Para contestar a la pregunta clínica se efectuó una búsqueda de GPC, revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios primarios, realizándose una selección de artículos específicamente para cada uno de los siguientes grupos de fármacos: antidepresivos, litio, anticonvulsivantes y antipsicóticos.

7.2.1. Fármacos antidepresivos

Las propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas de los antidepresivos les confieren eficacia contra la depresión y la ansiedad, condiciones que con frecuencia subyacen a la ideación y conducta suicidas. La acción sobre el sistema serotoninérgico de los ISRS reduce la impulsividad y la agresividad, vinculadas a menudo con la conducta suicida (239).

La mayor disponibilidad y uso de los antidepresivos (ISRS y nuevos antidepresivos) desde finales de los años 80 ha coincidido en distintos países con una reducción notable de las tasas de suicidio por lo que en distintos estudios se ha sugerido una posible relación entre estos factores (44).

Pacientes con trastorno afectivo

Trastorno depresivo

El tratamiento antidepresivo produce una disminución de la ideación y de la conducta suicidas (36, 166, 186, 229, 230, 239-243), si bien, la mayoría de los estudios realizados son de corta duración (de semanas a pocos meses) (tabla 29).

Tabla 29. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida

Autor; año (ref)	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones	Nivel de Evidencia
March et al.; (TADS) 2004 (191)	439 adolescentes, 12-17 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.	Fluoxetina (20-40 mg), terapia cognitivo-conductual (15 sesiones), combinación de ambas o placebo.	Reducción significativa de la ideación suicida en el grupo de terapia combinada.	ECA 1++
Gibbons et al.; 2007 (240)	226 866 pacientes adultos. Diagnósticos de trastorno depresivo unipolar e inespecífico (incluyeron episodio depresivo único, recurrente, distimia y trastorno depresivo no clasificado en otros conceptos).	ISRS, AD no ISRS (bupropion, mirtazapina, nefazodona, y venlafaxina), AD tricíclicos	Los ISRS disminuyen el riesgo de intentos de suicidio en pacientes adultos con depresión.	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Mulder et al.; 2008 (244)	195 pacientes ambulatorios (> 18 años) con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.	Fluoxetina dosis media 28,1 mg/día o nortriptilina 93,5 mg/día dosis media durante 6 semanas, hasta los 6 meses se permitían otras combinaciones.	Reducción significativa de Ideación y conducta suicidas cuando se tratan con AD.	Serie de casos 3

Autor; año (ref)	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones	Nivel de Evidencia
Alexopoulos et al.; 2009 (230)	598 pacientes mayores de 60 años con depresión mayor o síntomas depresivos. Dos ramas de tratamiento: 1) 15 sesiones de medidas de ayuda, monitorización de síntomas depresivos y efectos secundarios realizadas por un "cuidador" (enfermero/a, asistente social, psicólogo/a). El médico pauta tratamiento con citalopram y/o psicoterapia interpersonal. 2) Tratamiento habitual con información sobre el tratamiento de la depresión.	Citalopram 30 mg/día (posibilidad de otros AD) y/o psicoterapia interpersonal comparado con grupo control con tratamiento habitual (18-24 meses).	El seguimiento mantenido y el tratamiento para la depresión, reduce ideación suicida y aumenta las tasas de remisión de la depresión a largo plazo.	ECA 1+
Zisook et al.; 2009, STAR-D (243)	4041 pacientes ambulatorios (18-75 años) con trastorno depresivo mayor no psicótico.	Citalopram 10-60 mg durante 12-14 semanas.	Disminución de ideación suicida en pacientes con ideación previa.	Serie de casos 3

ECA: ensayo clínico aleatorizado; AD: antidepresivos; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ref: referencia. Elaboración propia.

Una revisión de distintos estudios publicados en pacientes con trastorno depresivo observa que el tratamiento con fluoxetina, paroxetina o fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien apuntan que este efecto antisuicida no está demostrado en estudios de más larga duración que los publicados hasta esa fecha. Por otra parte, analizando todos los datos de los estudios publicados, concluyen que no se evidencia un aumento de ideación o conducta suicidas durante el tratamiento con antidepresivos (239).

RS de ECA
1+ y otros
estudios 2++

En el estudio TADS, realizado en adolescentes con depresión mayor (DSM-IV), la ideación suicida, presente entre el 27 y el 29% de los pacientes, se redujo en todos los grupos de tratamiento (fluoxetina, TCC, combinación de ambas o placebo), aunque esta reducción fue significativa únicamente en el grupo de terapia combinada (191).

ECA 1++

Un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno depresivo inespecífico, observó una menor tasa de intentos de suicidio entre los pacientes tratados con antidepresivos que entre los que no lo fueron, si bien esta menor tasa fue únicamente significativa para los ISRS y los tricíclicos (240).

Estudio
cohortes 2+

En los pacientes con trastorno depresivo que presentan agitación asociada estaría indicado un tratamiento precoz y limitado en el tiempo con ansiolíticos. Al ser fármacos que pueden provocar dependencia, se deberá realizar una monitorización y evitar su uso en aquellos pacientes con dependencia y abuso de sustancias (245).

La evidencia epidemiológica proveniente de autopsias psicológicas indica que en las víctimas de suicidio, la depresión podría haber sido tratada de forma insuficiente. Esta conclusión se basa en la baja frecuencia con que se detectan antidepresivos en la sangre de los pacientes con conducta suicida. También se ha observado que, cuando mejoran las habilidades de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, las cifras de suicidios consumados bajan, especialmente en mujeres (44).

Desde una perspectiva clínica, la fuerte asociación entre depresión y suicidio, además de la eficacia y seguridad de los nuevos antidepresivos, apoyaría su uso como parte de un abordaje integral de los pacientes con trastorno depresivo mayor y potencial riesgo suicida, incluyendo su uso prolongado en pacientes con trastorno depresivo recurrente (36, 241, 245).

Opinión de
expertos
GPC 4

Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) pueden ser letales en sobredosis, lo que limita su uso en pacientes potencialmente suicidas (36, 241, 245) en los que es importante restringir la cantidad diaria de fármaco disponible (245). Por su seguridad, los ISRS se consideran los fármacos de primera elección en este tipo de pacientes. Otros nuevos antidepresivos, como el bupropion o la mirtazapina, tienen también baja letalidad en sobredosis (36, 245).

Opinión de
expertos
GPC 4

Trastorno bipolar

A diferencia de la depresión unipolar, existe escasa evidencia del beneficio de los antidepresivos a corto y largo plazo sobre la conducta suicida (246).

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en pacientes con trastorno bipolar (247) se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes durante el tratamiento con antidepresivos en monoterapia, menos con estabilizadores del ánimo y de frecuencia intermedia con tratamiento combinado. Una limitación importante del estudio es que, al ser retrospectivo, posiblemente los pacientes de mayor gravedad hubieran recibido con más frecuencia tratamiento con antidepresivos.

Estudio
cohortes 2+

Especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo I, existe riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (248).

Serie de
casos 3

Otros diagnósticos

La evidencia de la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepresivos se limitaría únicamente a aquellos diagnosticados de depresión mayor (36, 242). En los trastornos de personalidad del cluster B (que incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista), el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria, los resultados son inconsistentes (242).

Relación entre fármacos antidepresivos y conducta suicida

Desde la década de los noventa existe una polémica sobre la posible relación de los antidepresivos de nueva generación con la ideación y conducta suicidas en la infancia y adolescencia. Como se ha señalado (249), la discusión surge por un artículo de Teicher et al. en 1990 (250) en el que se señala que la fluoxetina podía inducir o exacerbar la conducta suicida. El problema radica en que normalmente los ECA de fármacos antidepresivos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas (242).

En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adoptó las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil (251). En la tabla 30 se resumen las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes (241).

Tabla 30. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en niños y adolescentes

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> ; 2000. Reino Unido, (252).	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada.
<i>Committee on Safety of Medicines (CSM)</i> ; 2003. Reino Unido, (253).	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años. – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos.
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2004. EE.UU. (254).	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica.
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2007. EE.UU., (255).	– Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo.
<i>Committee on Human Medicinal Products</i> de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA); 2005, (256).	– Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial. – Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas.
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España, (257, 258)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable. – No deberían utilizarse otros antidepresivos. – Necesarios más estudios para garantizar seguridad.

DM: depresión mayor

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (241).

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en el adulto está bien documentada (186, 259).

Con el objetivo de dilucidar la relación entre paroxetina y conducta suicida en pacientes adultos, Kraus et al. realizaron en 2010 un estudio retrospectivo de 57 ECA. En él comparaban paroxetina con placebo en diferentes trastornos mentales, concluyendo que la paroxetina, en comparación con placebo, no se asocia con un aumento del riesgo de conducta suicida en el conjunto de pacientes tratados. En un subgrupo (11 pacientes de 3455), mayoritariamente jóvenes y con trastorno depresivo mayor, sí se encontró un aumento significativo de conducta suicida (aunque ningún suicidio consumado), aunque casi todos habían sufrido estrés psicosocial previo al intento. Aunque este estudio tiene importantes limitaciones, como el escaso número de casos, la naturaleza retrospectiva del mismo y la financiación por la industria farmacéutica, los autores recomiendan una monitorización cuidadosa durante la terapia con paroxetina (249).

RS de
ECA 1+

La atribución de un rol suicidogénico a los antidepresivos (260) resulta contradictoria con los estudios publicados hasta la fecha. Para llegar a una conclusión de esa naturaleza, habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se asocian con el acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica.

7.2.2. Litio

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual el litio reduce el riesgo de suicidio, aunque podría deberse a una reducción de la impulsividad, de la agresividad y de la falta de control conductual (2, 261-264), produciendo una estabilización del humor y haciendo disminuir la angustia y la conducta agresiva (265).

La mayoría de los estudios comparan el tratamiento con litio frente a placebo u otra terapia, en pacientes con trastorno afectivo mayor, trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor recurrente (36, 68, 239, 245, 266-269). En el anexo 5 se incuye una tabla con los artículos incluidos en cada uno de los estudios evaluados.

El metanálisis realizado en 2006 por Baldessarini et al. (266) es el estudio más amplio y con mayor nivel de evidencia de los seleccionados en la búsqueda. El resto de los citados anteriormente no aportan estudios relevantes que no hayan sido ya incluidos en éste. Incluye un total de 45 estudios de los que 31 eran ECAs, con un total de 85 229 pacientes. El objetivo del metanálisis fue comparar las tasas de intento de suicidio y de suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor tratados a largo plazo con litio frente a un grupo control. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Metanálisis
de distintos
estudios 1+

- Disminución de la tasa de intentos de suicidio (1,2%/año) en los pacientes tratados con litio frente a los no tratados (3,9%/año).
- Disminución de la tasa de suicidios consumados en los pacientes tratados con litio (0,1%/año) frente a los no tratados (0,7%/año).

- La mayor reducción de la conducta suicida fue en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores.

Las conclusiones de los autores fueron que el tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores. Este efecto lo atribuyeron a la disminución de la agresividad e impulsividad con el tratamiento y sugieren que el litio podría ser más efectivo en la reducción de riesgo suicida que otros estabilizadores como la carbamazepina, divalproato y lamotrigina.

Otro estudio del mismo grupo realizado posteriormente (270) muestra que el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que recibían carbamazepina o ácido valproico.

Metanálisis
de distintos
estudios 1+

Una búsqueda de estudios primarios localizó tres estudios no incluidos previamente: un ECA (271) y dos estudios de cohortes retrospectivos (272, 273).

El ensayo clínico (271) evaluó el efecto protector del litio sobre el suicidio en 167 pacientes adultos con intentos previos en los 3 meses previos. Los pacientes estaban diagnosticados de trastorno depresivo mayor (76%), distimia (4,8%) o trastorno adaptativo (19,2%) y fueron aleatorizados para recibir litio o placebo durante doce meses. Aunque los autores concluyen que el tratamiento con litio se asoció con un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente, debería interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio (alta tasa de abandono y heterogeneidad de la muestra incluida).

ECA 1+

Un estudio retrospectivo (272) comparó las tasas de suicidio consumado e intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar que recibieron tratamiento con litio vs valproato y/o otros anticonvulsivantes. Se observó un mayor riesgo de intentos de suicidio en los pacientes tratados con valproato frente a los que tomaban litio, aunque no un mayor riesgo de suicidio consumado.

Estudio de
cohortes 2+

El último estudio retrospectivo (273) comparó las tasas de conducta suicida entre el litio y anticonvulsivantes (valproato y carbamazepina) y entre periodos de toma del estabilizador versus discontinuación. Este estudio se ha excluido de las conclusiones de esta Guía debido a la metodología del estudio y por sus limitaciones, entre otras, el empleo de múltiples psicofármacos de forma concomitante al litio y anticonvulsivantes.

Estudio de
cohortes 2-

Otros estudios de menor nivel de evidencia muestran también los efectos beneficiosos del tratamiento con litio sobre la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar.

Una revisión narrativa (274) que incluye uno de los metanálisis anteriores (266) y un estudio retrospectivo (275), concluye que el litio reduce el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar u otro trastorno afectivo mayor. Otra revisión narrativa sobre el papel de la psicofarmacología en la prevención del suicidio concluye que, en la actualidad, a pesar de los inconvenientes del tratamiento con litio, debería ser el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno bipolar con riesgo de suicidio y parece tener un papel protector de los actos suicidas de pacientes con trastornos depresivos (276).

Revisión
narrativa 4

Por último, reseñar un documento editado por el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” que concluye que en pacientes con trastorno bipolar se ha demostrado que el tratamiento con sales de litio reduce el riesgo de conducta suicida y su mortalidad a partir del primer año y que la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida, por lo que se recomienda la retirada gradual al menos durante dos semanas (88).

Opinión de
expertos 4

7.2.3. Fármacos anticonvulsivantes

La acción de los fármacos anticonvulsivantes sobre los receptores GABAérgicos hace que además de su acción anticonvulsiva tengan también una acción ansiolítica, por lo que algunos de ellos podrían ser de utilidad en casos de riesgo suicida, al estabilizar el humor y reducir el comportamiento agresivo e impulsivo (277).

Existen pocos estudios que evalúen el efecto de los anticonvulsivantes sobre la conducta suicida, siendo metodológicamente limitados (270). La mayoría de los seleccionados en la búsqueda bibliográfica abordan el tratamiento con anticonvulsivantes en el trastorno bipolar (36, 239, 266, 270, 272, 273, 275, 276, 278-280) y sólo algunos en pacientes con trastorno afectivo mayor (266), esquizofrenia (36, 273, 280) o trastorno límite de la personalidad (239).

En esta revisión se incluyen estudios sobre ácido valproico y carbamazepina (36, 239, 272, 273, 275, 279, 280), gabapentina (272), lamotrigina y oxycarbazepina (279). Sólo se encontró un estudio que comparase el ácido valproico con la olanzapina (278). En la tabla 31 se pueden ver las características, objetivos y conclusiones de los distintos estudios incluidos.

Tabla 31. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas

Autor; año (ref.)	Pacientes	Comparación	Estudio Nivel de Evidencia
Guía APA; 2003 (36).	Trastorno bipolar o esquizofrenia.	CBZ/ AV vs litio.	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Ernst y Goldberg; 2004 (239).	Trastorno bipolar	CBZ/AV vs litio.	RS 2+
	Trastorno límite de personalidad.	CBZ vs placebo	

Autor; año (ref.)	Pacientes	Comparación	Estudio Nivel de Evidencia
Yerevanian et al.; 2007 (273).	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia, manía.	Distintos estabilizadores, AD, AP y litio.	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Yerevanian et al.; 2003 (280).	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia.	CBZ/AV vs litio.	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Collins et al.; 2008 (272).	Trastorno bipolar.	Litio vs valproato/gabapentina/ CBZ.	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Goodwin et al.; 2003 (275).	Trastorno bipolar I y II.	Litio vs AV/ CBZ.	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Sondergard et al.; 2008 (279).	Trastorno bipolar.	Litio vs AC, LMG y oxcarbazepina).	Estudio observacional retrospectivo 2+
Baldessarini y Tondo; 2009 (270).	Trastorno bipolar.	Litio vs AC.	Metanálisis 1+
Houston et al.; 2006 (278).	Pacientes con trastorno bipolar.	Riesgo suicida con olanzapina + litio o AV.	ECA 1+

APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AP: antipsicóticos; AD: anti-depresivos; AC: anticonvulsivantes; AV: ácido valproico; CBZ: carbamazepina; LMG: lamotrigina; ref: referencia.
Elaboración propia.

Las conclusiones de los anteriores estudios se pueden resumir en:

- El riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que reciben carbamazepina o ácido valproico (36, 270, 272, 275). Metanálisis de distintos estudios 1+
- Estudios que analizaban la carbamazepina y el ácido valproico vs litio en pacientes con trastorno bipolar encontraron resultados favorables al litio aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En pacientes con trastorno límite de personalidad, la carbamazepina presentó una disminución significativa de la conducta suicida respecto al placebo (239). RS de distintos estudios 2+
- Los estudios que concluyen que existe cierta protección de la carbamazepina frente a la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar, presentan deficiencias metodológicas (273, 280). Estudio de cohortes 2-

Un estudio observó menor riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio que con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina), aunque en ambos casos, el tratamiento continuado disminuyó el riesgo de suicidio. En pacientes inicialmente tratados con anticonvulsivantes, las tasas de conducta suicida disminuyeron al cambiar a litio o utilizarlo como potenciador, mientras que no se modificaron si el tratamiento inicial era el litio y se realizó el cambio o la potenciación con un anticonvulsivante (279). Estudio de cohortes 2+

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con trastorno bipolar, los fármacos anticonvulsivantes son eficaces en el tratamiento de las fases maníacas (ácido valproico) o depresivas (lamotrigina), aunque no está demostrado que reduzcan las tasas de suicidio consumado o de tentativas de suicidio (88).

Opinión de expertos 4

Respecto a pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha observado un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (239).

Estudio de cohortes 2+

Riesgo de conducta suicida de los anticonvulsivantes

La *Food and Drug Administration* (FDA) advirtió en 2008 del incremento de conducta suicida en pacientes con trastornos mentales tratados con anticonvulsivantes (281). El estudio de once fármacos antiepilépticos mostró un incremento de la conducta suicida con todos ellos, manifestado ya una semana después del inicio de tratamiento y persistiendo durante 24 semanas. El riesgo relativo de suicidio fue mayor en los pacientes con epilepsia en comparación con pacientes con trastornos mentales. Aunque la FDA analizó sólo estos fármacos antiepilépticos, considera que sus conclusiones podrían ser extrapolables a todos los fármacos de este grupo terapéutico.

A raíz del documento anterior se llevaron a cabo diferentes estudios con el fin de dilucidar la relación existente entre fármacos anticonvulsivantes y conducta suicida (tabla 32). Sin embargo, las conclusiones de los estudios son distintas y los pacientes evaluados presentaban trastornos diferentes.

Tabla 32. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida

Autor; año (ref.)	Pacientes	Objetivo Comparación	Estudio Nivel de Evidencia
Patorno et al.; 2010 (282).	Pacientes con tratamiento con AC.	AC (topiramato o CBZ) frente otros AC (gabapentina, LMG, oxcarbazepina y TGB).	Estudio cohortes retrospectivo 2+
Bjerring et al.; 2010 (283).	6780 suicidios con tratamiento AC.	Investigar riesgo conducta suicida asociado a tratamientos AC.	Estudio cohortes retrospectivo 2-
Gibbons et al.; 2009 (284).	Pacientes con trastorno bipolar.	Determinar si fármacos AC aumentan el riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar.	Estudio observacional 3
Arana et al.; 2010 (285).	Pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar.	Examinar asociación entre fármacos. AC y conducta suicida.	Estudio retrospectivo de casos controles 2+

AC: anticonvulsivantes; CBZ: carbamazepina; TGB: tiagabina; LMG: lamotrigina; ref: referencia. Elaboración propia.

Un estudio de cohortes retrospectivo (282) comparó los nuevos fármacos anticonvulsivantes (gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, y tiagabina) frente a fármacos de referencia como el topiramato y la carbamazepina. Para los autores, el uso de gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina aumentan el riesgo de conducta suicida en comparación con el uso de topiramato o carbamazepina.	Estudio de cohortes 2+
En trastorno bipolar, un estudio observó una asociación entre algunos antiepilépticos y un aumento de riesgo de conducta suicida, si bien presentaba importantes limitaciones metodológicas (283). Otro estudio no evidenció incremento del riesgo de conducta suicida debido al tratamiento anticonvulsivante (284).	Estudio de cohortes 2- y observacional 3
Por último, para actualizar la advertencia de la FDA sobre el aumento de conducta suicida con el tratamiento antiepiléptico, Arana et al. evaluaron pacientes con epilepsia, depresión y trastorno bipolar, no hallando una asociación entre los anticonvulsivantes y un aumento de riesgo de conducta suicida en pacientes con epilepsia (285).	Estudio de casos controles 2+

7.2.4. Fármacos antipsicóticos

Los primeros antipsicóticos se utilizaron en la práctica clínica a principios de los años 50, formando actualmente un grupo heterogéneo de fármacos clasificados en de primera generación o convencionales y de segunda generación o atípicos. Ambos grupos han demostrado ser eficaces en el control de la conducta impulsiva, así como en el comportamiento autoagresivo y heteroagresivo (261).

La mayoría de los estudios localizados se realizaron en pacientes con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, y solo algunos en pacientes con depresión o con trastorno límite de la personalidad (36, 42, 44, 68, 178, 239, 245).

Antipsicóticos convencionales o de primera generación

No se conoce hasta que punto, los antipsicóticos de 1ª generación, como flufenazina, tiotixeno y haloperidol, pueden ser beneficiosos a la hora de limitar el riesgo suicida de pacientes con trastornos psicóticos (36, 262). En la tabla 33 se resumen los estudios incluidos.

La guía de la APA hace referencia a que desde la introducción en los años 50 de los antipsicóticos, los suicidios asociados a la esquizofrenia no han disminuido especialmente, lo que sugiere que los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (36).	Opinión de expertos 4
---	-----------------------

Tabla 33. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación

Autor; año (ref.)	Pacientes/estudios	Comparación	Estudio Nivel de Evidencia
Ernst y Goldberg; 2004 (239)	14 estudios, pacientes con esquizofrenia, trastorno límite de personalidad u otros diagnósticos.	Múltiples medicaciones (clorpromacina, flufenacina, haloperidol, trifluoperacina, flupentixol)	RS de distintos tipos de estudios 2++
Hawton et al.; 1998 (166)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol vs placebo	RS de ECAs 1+. (Sólo un estudio)
GPC NICE; 2004 (42)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol (20 mg depot) vs placebo	RS de ECAs 1+
	Pacientes con intentos previos de suicidio, N = 58 (30 12,5 mg y 28 1,5 mg)	Flufenazina depot 12,5 mg vs 1,5 mg	

GPC: guía de práctica clínica, APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; ref: referencia.
Elaboración propia.

Una revisión sistemática observó que el haloperidol y la trifluoperazina se asociaban con una reducción del riesgo suicida debido al efecto reductor de la impulsividad. Las conclusiones de los autores resaltaban la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (239).

RS de
distintos
estudios 2+

En pacientes con trastorno límite de personalidad, el tiotixeno (no comercializado actualmente en España), el haloperidol y la trifluoperazina presentan un efecto anti-impulsivo y, por tanto, una reducción de riesgo suicida (239, 261)

Opinión de
expertos 4

Un estudio en el que se comparó flupentixol (20 mg en forma depot, actualmente no disponible en España en esta formulación) frente a placebo, mostró una reducción significativa del riesgo de conducta suicida, aunque el ensayo era relativamente pequeño (30 personas completaron el tratamiento durante seis meses) y todos los sujetos habían tenido intentos previos de suicidio (166).

RS de
ECA 1+

Por su parte, la GPC realizada por NICE incluye también otro ECA realizado en 58 pacientes a tratamiento durante 6 meses con distintas dosis de flufenazina (12,5 mg vs 1,5 mg en forma depot), sin encontrar diferencias significativas en la reducción de episodios de conducta suicida (42).

RS de
ECA 1+

Por último, el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, los antipsicóticos de segunda generación podrían ser superiores a los convencionales en la prevención del suicidio. Otra de las recomendaciones de dicho Comité es que el uso de los antipsicóticos depot sería más conveniente en pacientes con alto riesgo de suicidio, ya que aseguran el tratamiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos. Además, en pacientes con trastorno límite de la personalidad o trastornos de la personalidad con elevada impulsividad, los antipsicóticos a dosis bajas resultarían útiles para el control del impulso suicida (88).

Opinión de expertos 4

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación

Clozapina

Es el antipsicótico atípico con más datos sobre la reducción del riesgo de conducta suicida y el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento y reducción del riesgo de conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente.

En la tabla 2 del anexo 5 se muestran los objetivos, número de estudios y conclusiones de las guías, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordan el tratamiento con clozapina (44, 239, 245, 286, 287).

Un estudio de cohortes (288) realizado en 2001 no encontró una protección significativa de la clozapina frente al suicidio consumado, aunque sí un menor riesgo global de muerte.

Estudio de cohortes 2+

En 2003 se realizó el *International Suicide Prevention Trial* (InterSePT), un ECA multicéntrico e internacional con 980 pacientes que comparaba el efecto de la clozapina vs olanzapina sobre la conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, todos ellos con intentos de suicidio previos o ideación suicida actual. A los dos años de seguimiento se observó una reducción significativa de la conducta suicida en aquellos pacientes tratados con clozapina, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en la tasa de suicidio consumado (289).

ECA 1++

Todos los metanálisis y revisiones posteriores (36, 44, 68, 239, 245) hacen mención a ambos estudios y apoyan las conclusiones del InterSePT.

Otros estudios de carácter no sistemático (2, 274, 276, 287) hacen también hincapié en los beneficios de la clozapina en la prevención de intentos de suicidio en pacientes esquizofrénicos o con trastornos esquizoafectivos, si bien en algún caso se indica que esta reducción es menor que la que produce el litio en los pacientes con trastornos afectivos (274).

Revisiones narrativas 4

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, la clozapina se debería considerar como el único fármaco antipsicótico que ha demostrado una reducción en las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas (88).

Opinión de
expertos 4

A pesar de todo ello, la clozapina está considerada un medicamento de especial control médico pudiendo ser utilizada sólo en el caso de que el paciente sea resistente al tratamiento con otros antipsicóticos y en España no está permitido su uso como antipsicótico de primera elección.

Olanzapina

Los resultados del estudio InterSePT (289) en cuanto a reducción de la conducta suicida son mejores para la clozapina que para la olanzapina. Destacar que los intentos de suicidio en los pacientes tratados con olanzapina fueron aproximadamente la mitad que los producidos previamente a la introducción del tratamiento, lo que sugiere también un posible efecto beneficioso de la olanzapina sobre el riesgo de conducta suicida.

ECA 1++

La revisión sistemática de Ernst et al. (239) realizó tres comparaciones con olanzapina:

RS de
distintos
estudios 2+

- Olanzapina vs risperidona en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos: tras 28 semanas se obtuvieron tasas significativamente más bajas de intentos de suicidio con la olanzapina.
- Olanzapina vs haloperidol en pacientes psicóticos crónicos: al año de seguimiento se observó un riesgo 2,3 veces menor de comportamiento suicida con la olanzapina.
- Olanzapina vs haloperidol vs placebo: no se encontraron diferencias en la incidencia de suicidio entre los tres grupos, aunque sí una reducción de pensamientos suicidas en el grupo de la olanzapina.

Risperidona

Los estudios realizados hasta la fecha con risperidona son metodológicamente limitados debido al tamaño muestral. La revisión sistemática de Ernst et al. (239) realiza un epígrafe sobre risperidona y además del estudio reseñado anteriormente de olanzapina frente a risperidona, incluye un estudio realizado en 123 pacientes con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo, depresión psicótica o esquizofrenia en el que se compara la risperidona frente a una combinación de haloperidol y amitriptilina, no observando diferencias significativas en la ideación suicida. Otro estudio incluido en esta revisión presentaba un escaso tamaño muestral por lo que no se ha tenido en cuenta.

RS de
distintos
estudios 2+

Un ECA llevado a cabo en 2008 con el objetivo de investigar la eficacia de la risperidona administrada conjuntamente con antidepresivos sobre la conducta suicida en pacientes con depresión mayor observó que la risperidona como coadyuvante es beneficiosa en este tipo de pacientes y reduce el riesgo suicida. Ahora bien, su extrapolación a la práctica clínica es difícil debido nuevamente al pequeño tamaño muestral (290).

ECA 1+

7.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, la TEC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia (36, 291-294).

La técnica precisa ser realizada con anestesia general y se han descrito efectos secundarios inmediatos, como confusión mental, amnesia y cefalea y trastornos cognitivos a corto plazo (292, 295).

La decisión de indicar la TEC deberá basarse siempre en criterios como la gravedad de la enfermedad, la consideración de indicaciones y contraindicaciones médicas, la resistencia a otros tipos de tratamiento, la valoración de situaciones especiales como el embarazo o el riesgo grave de suicidio, antecedentes de buena respuesta en un episodio anterior y la preferencia del paciente (296).

Eficacia y seguridad de la TEC en el tratamiento de la conducta suicida

En 2005 se publicó una revisión sistemática con el objetivo de establecer la efectividad y el coste-efectividad de la TEC como tratamiento de la depresión (uni o bipolar), esquizofrenia, catatonía y manía (297). Los estudios incluidos evaluaban la TEC sola o asociada a fármacos o psicoterapia frente al tratamiento con TEC simulada, fármacos o estimulación magnética transcraneal. Los autores incluyeron cuatro revisiones de estudios de diferente diseño metodológico (298-301) y dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, la del grupo *UK ECT* (302) y la del *Cochrane Schizophrenia Group ECT* (303), en las que se evidencia la eficacia y seguridad del tratamiento con TEC en pacientes con depresión mayor, no existiendo suficiente evidencia para realizar conclusiones sobre su efectividad en la esquizofrenia, catatonía y manía.

En esta revisión, el suicidio como variable de resultado no fue evaluado en ninguno de los ensayos clínicos incluidos. La evidencia se obtuvo únicamente de estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo que muestran resultados contradictorios respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (tabla 34).

Tabla 34. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC

Autor; año (ref.)	Tipo de estudio Nº pacientes	Diagnóstico	Resultados
Tsaung et al.; 1979 (304)	Estudio retrospectivo de series de casos N = 74	Trastorno esquizoafectivo	No mortalidad por suicidio en los pacientes tratados con TEC, frente a tres suicidios entre los que no la recibieron.
Avery y Winokur; 1976 (305)	Estudio retrospectivo de series de casos N = 519	Trastorno depresivo	Menor conducta suicida en pacientes que recibieron TEC o tratamiento antidepresivo respecto a pacientes con tratamiento antidepresivo inadecuado o que no recibieron ni TEC ni antidepresivos.
Babigian y Guttmacher; 1984 (306)	Estudio retrospectivo de series de casos N = ND	Trastorno depresivo	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo que recibieron TEC y controles que no la recibieron.
Black et al.; 1989 (307)	Estudio retrospectivo de series de casos N = 1076	Trastorno afectivo primario	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes tratados con TEC, antidepresivos o un tratamiento considerado inadecuado.
Sharma; 1999 (308)	Estudio de casos y controles N = 45	Depresión mayor (45%), trastorno bipolar (27%), esquizofrenia (13%), trastorno esquizoafectivo (9%) y otros diagnósticos (9%)	Mayor número de suicidios (n = 7) en el grupo tratado con TEC que en el grupo control (n = 2).

N: número de pacientes; TEC: terapia electroconvulsiva; ref: referencia.

Posteriormente a la citada revisión (297), únicamente se ha publicado un ECA y dos estudios caso-control que evalúan la TEC y consideran la conducta suicida como variable de resultado.

Un estudio retrospectivo caso-control en pacientes tratados con TEC por presentar trastorno mental grave (trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno esquizoafectivo) y asociación con abuso de sustancias calculó la puntuación obtenida con el 24-ítem *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24) antes y después de recibir la TEC. Los resultados se compararon con las puntuaciones al ingreso y al alta de controles pareados que no recibieron TEC, aunque sí tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron una mejoría de las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala, siendo mayor en el grupo TEC, y dentro de él, fue más pronunciado en el grupo con trastorno mental grave asociado a abuso de sustancias. Los autores sugieren que la TEC podría ser una de las primeras opciones de tratamiento en pacientes con trastornos depresivos graves, ideación suicida y abuso de sustancias (309).

Estudio caso-control 2+

Un estudio de 1206 pacientes ingresados por depresión mayor grave entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998 observó que los intentos de suicidio fueron menos frecuentes durante y después de la TEC que con el tratamiento con fármacos antidepresivos, y la gravedad del intento de suicidio se redujo en aquellos pacientes con al menos 4 semanas de tratamiento farmacológico antidepresivo, en comparación con no tratamiento y TEC. Por ello, los autores recomiendan la continuación con tratamiento antidepresivo después del tratamiento con TEC, lo que podría tener un efecto preventivo disminuyendo la tasa de suicidios consumados y reduciendo la severidad y la frecuencia de intentos de suicidio (310).

Estudio caso-control 2+

Por último, en pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar sometidos a tres sesiones semanales de TEC bilateral se observó que de los 131 pacientes con alta intencionalidad suicida expresada, alcanzaron cero puntos en la escala de Hamilton (ausencia completa de ideas, gestos y conducta suicida) el 80,9% de los mismos, el 38% al cabo de una semana de tratamiento y el 61,1% tras dos semanas (311).

Serie de casos 3

Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso

NICE (292) basándose en los mismos estudios incluidos en una revisión sistemática previa (297), considera que la TEC debería utilizarse únicamente para conseguir una rápida mejoría cuando persisten síntomas graves a pesar de un tratamiento adecuado y/o cuando se considera que el cuadro clínico puede amenazar la vida de la persona, en pacientes con depresión mayor grave, catatonia o un episodio maníaco grave o prolongado.

GPC 4

El *Royal College of Psychiatrists* (UK) (293) considera que la TEC podría ser el tratamiento de elección en el trastorno depresivo grave cuando existe una necesidad urgente de tratamiento, como por ejemplo, cuando el episodio se asocia con:

Opinión de expertos 4

- Conducta suicida
- Ideación o planes suicidas serios
- Situación que amenaza la vida debido a que el paciente rechaza alimentos o líquidos.

El *Bundesärztekammer* (Asociación Médica Alemana) (291) propone la TEC como tratamiento de primera elección en varias patologías y, en concreto, en la depresión grave con alta probabilidad de suicidio o rechazo de alimentos.

Opinión de expertos 4

El *Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (294) considera que la principal indicación de la TEC sería la depresión mayor, especialmente con síntomas psicóticos o catatónicos y/o riesgo suicida o de rechazo de comida o bebida.

Opinión de expertos 4

La APA (36), basándose en un documento previo (312), recomienda la TEC en aquellos casos de depresión mayor grave con presencia de ideación o conducta suicidas y, en algunas circunstancias, en casos de ideación o conducta suicidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar maniaco o mixto. Aunque no existe evidencia de la reducción a largo plazo del riesgo de suicidio, tras el empleo de un ciclo de TEC, la APA recomienda un mantenimiento con fármacos o TEC.

GPC 4

El Consenso Español sobre TEC (296) considera como síndromes depresivos con indicación primaria de TEC, *“aquellos episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas”*.

Otras indicaciones que se consideran son:

Resistencia o contraindicación al tratamiento antidepresivo

- Depresión/manía durante el embarazo
- Situaciones somáticas críticas que requieran una rápida respuesta terapéutica.

No se hace referencia a la TEC en otros trastornos como esquizofrenia o manía aguda.

En la tabla 35 se resumen los principales diagnósticos y situaciones clínicas en las que estaría indicada la TEC.

Tabla 35. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Depresión mayor grave, – con alto riesgo de suicidio (291, 294) <ul style="list-style-type: none"> – con/sin síntomas psicóticos – con necesidad de rápida respuesta terapéutica – por preferencia del paciente (186) – Esquizofrenia con ideación o conducta suicidas grave (36) y/o grave agitación o estupor catatónico – Trastorno esquizoafectivo con ideación o conducta suicidas grave (36) |
|---|

Fuente: elaboración propia.

En relación a la utilización de la TEC en niños y adolescentes, la evidencia científica es limitada debido a la falta de estudios controlados que demuestren su efectividad, si bien estudios de casos sugieren que podría ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente, no existiendo estudios en niños preadolescentes (241).

Resumen de la evidencia

Intervenciones psicoterapéuticas	
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en adultos con conducta suicida cuando se comparan con “no tratamiento” o “tratamiento habitual”. Cuando se comparan con otras formas de psicoterapia no existen diferencias significativas en la efectividad comparada.
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir ésta de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados.
1+	En adultos, los tratamientos cognitivo-conductuales de carácter individual o combinados con sesiones grupales obtienen mejores resultados que en formato grupal. Sin embargo, en adolescentes, la terapia grupal parece más eficaz que la terapia individual.
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y conducta suicida, la terapia dialéctico-conductual muestra una efectividad comparable al resto de tratamientos cognitivo-conductuales.
1-	En personas mayores de 60 años con depresión e ideación suicida, el <i>Collaborative Care</i> (TRP, antidepresivos, seguimiento telefónico) obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual.
1+	La terapia cognitivo-conductual obtuvo buenos resultados en la reducción de la conducta suicida: en pacientes con trastorno límite de la personalidad y pacientes con conducta suicida recurrente unida al tratamiento habitual y en comparación con éste, y en pacientes con esquizofrenia en comparación con <i>befriending</i> .
1+	En adolescentes con depresión, la terapia de resolución de problemas obtuvo mejores resultados que la lista de espera.
3	En adolescentes con trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, la terapia dialéctico-conductual podría ser efectiva en la reducción de la conducta suicida”.
1++	En adolescentes con depresión mayor, la terapia combinada de fluoxetina y terapia cognitivo-conductual produjo una mejoría más rápida en comparación con fluoxetina y terapia cognitivo-conductual de forma independiente y presenta un efecto protector de la conducta suicida. Sin embargo en adolescentes con depresión moderada-grave, la terapia cognitivo-conductual en combinación con fluoxetina y cuidados estándar amplios no fue más efectiva que la fluoxetina combinada con dichos cuidados.
1+	La terapia interpersonal obtuvo buenos resultados en adultos con conducta suicida frente al tratamiento habitual y también en adolescentes con riesgo suicida en el ámbito escolar frente al tratamiento habitual.
1+	En mayores de 60 años con depresión e ideación suicida, la terapia interpersonal y/o el citalopram fueron efectivos en comparación con el tratamiento habitual.
1+	No existe evidencia suficiente para determinar si en menores de 16 años con ideación y conducta suicidas, la terapia familiar es un tratamiento eficaz como tratamiento domiciliario.
1+	En pacientes con abuso de alcohol y conducta suicida, la terapia psicodinámica deconstructiva es eficaz en la disminución de la conducta suicida en comparación con el tratamiento habitual.
1+	En pacientes con trastornos de la personalidad, la terapia psicodinámica breve en hospital de día no obtuvo mejores resultados que el tratamiento ambulatorio habitual.
Tratamiento farmacológico (Fármacos antidepresivos)	
1+	En pacientes con trastorno depresivo mayor, el tratamiento con ISRS produce una disminución de las tasas de suicidio. No se ha demostrado que su uso aumente el riesgo de suicidio en este grupo de pacientes.
1++	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida, la terapia combinada (ISRS-fluoxetina + terapia cognitivo-conductual) reduce la ideación suicida de forma significativa.

1+	La evidencia de la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepresivos se limitaría únicamente a los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor.
1+	En pacientes mayores de 60 años con depresión mayor, e ideación suicida, el seguimiento mantenido y el tratamiento para la depresión con terapia combinada (citalopram + terapia interpersonal), reduce ideación suicida y aumenta las tasas de remisión de la depresión a largo plazo.
2+	El tratamiento con antidepresivos en monoterapia en pacientes con trastorno bipolar puede aumentar la conducta suicida.
Tratamiento farmacológico (Litio)	
1+	El tratamiento con litio a largo plazo reduce las tasas de intentos de suicidio y de suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores.
1+	El ácido valproico y la carbamazepina se han mostrado también eficaces en la reducción de la conducta suicida, aunque en menor proporción que el litio.
4	La retirada rápida del litio se asocia con un aumento de conducta suicida.
Tratamiento farmacológico (Fármacos anticonvulsivantes)	
1+	En pacientes con trastorno bipolar, el riesgo de conducta suicida es menor cuando éstos son tratados con litio que con carbamazepina o ácido valproico.
2+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad existe un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina en el control de la conducta suicida.
2+	Los pacientes con trastorno bipolar a tratamiento continuado con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina) presentan una reducción de las tasas de conducta suicida, si bien los resultados sugieren una superioridad del tratamiento continuado con litio en la prevención del suicidio.
2+	Los pacientes con epilepsia presentan un mayor riesgo de conducta suicida cuando son tratados con gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina que con topiramato y carbamazepina.
Tratamiento farmacológico (Fármacos antipsicóticos)	
1++	La clozapina ha mostrado efectos significativos en la reducción de la conducta suicida en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia.
1+	En pacientes adultos con esquizofrenia, la olanzapina ha mostrado una reducción de la conducta y del pensamiento suicida, aunque en menor grado que la clozapina.
1+	En pacientes adultos con intentos previos de suicidio, el flupentixol (no disponible en España en la formulación recomendada) reduce el riesgo de conducta suicida de forma significativa frente al placebo.
1+	La risperidona como coadyuvante en pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida podría ser beneficiosa y reducir el riesgo suicida.
Terapia electroconvulsiva	
3	Estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo muestran un posible efecto positivo de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida.
2+	En un estudio caso-control con escaso número de pacientes con trastorno mental grave asociado o no a abuso de sustancias, la terapia electroconvulsiva mejoró las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24), siendo más pronunciada en el grupo con ambos trastornos.
2+	En un estudio caso-control con pacientes con depresión mayor grave, los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en los pacientes tratados con terapia electroconvulsiva.
3	En pacientes con trastorno depresivo, la terapia electroconvulsiva reduce la intencionalidad suicida, medido con el ítem 3 de la escala de Hamilton, alcanzando cero puntos el 38% de los pacientes al cabo de una semana, el 61% tras dos semanas y el 76% al cabo de tres semanas.

Recomendaciones

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.
✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional y contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (autolesiones, ideación suicida, desesperanza o conductas suicidas).
B	En adultos se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.
B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, además del tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor), se recomienda valorar las terapias cognitivo-conductuales en formato grupal.
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico (Antidepresivos)	
A	Para el tratamiento farmacológico de pacientes adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo ISRS.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D ^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.
C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
Tratamiento farmacológico (Litio)	
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.

B	En pacientes adultos con trastorno depresivo mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
Tratamiento farmacológico (Fármacos anticonvulsivantes)	
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
C	En pacientes con epilepsia y riesgo suicida, se recomienda el tratamiento con topiramato o carbamazepina.
C	Se recomienda la vigilancia de los pacientes con epilepsia que están siendo tratados con gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina, ya que puede aumentar el riesgo de conducta suicida.
Tratamiento farmacológico (Fármacos antipsicóticos)	
A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.
D^{GPC}	En algunas circunstancias, la terapia electroconvulsiva podría emplearse en casos de ideación o conducta suicidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con episodios maníacos o mixtos.
D^{GPC}	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

8. Aspectos legales del suicidio en España.

Preguntas a responder:

- ¿Cuáles son los aspectos legales más importantes a la hora de abordar la conducta suicida en España?

8.1. Código Penal y suicidio

¿Está penado el suicidio en España?

El suicidio en España no está penado aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado. Lo que sí está castigado por el Código Penal (CP) en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la inducción al suicidio (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión) (313).

En cuanto a la cooperación por razones humanitarias (Art. 143.4 CP) (313) es decir, *“el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos y difíciles de soportar, solamente será castigado con la pena inferior en grado”*.

¿Cómo recoge el Código Penal la imprudencia profesional?

Con el título genérico de imprudencia punible, el Código Penal recoge los delitos culposos, es decir, aquellos delitos en los que se origina un daño, sin intención, pero cuyo resultado puede evitarse o debió ser previsto (313).

La jurisprudencia considera necesarios una serie de requisitos para poder considerar una acción como culposa:

1. Acción u omisión voluntaria
2. Reprochable por su naturaleza negligente o su falta de previsión
3. Infracción del deber objetivo de cuidado
4. Causación de un resultado dañoso
5. Relación causal entre la acción u omisión y el resultado dañoso.

Por tanto, para calificar de imprudente una determinada acción u omisión sanitaria es preciso realizar un doble reproche, por una parte el reproche de la acción y por otra, el reproche del resultado.

El Código Penal español tipifica el delito de imprudencia en su Art. 142 punto 1º, *“el que por imprudencia grave causare la muerte a otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años”*. En el punto 3º del referido

artículo se matiza lo siguiente: “*Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años*” (313,314).

8.2. Tratamiento de la conducta suicida en régimen de internamiento

¿Cómo recoge la Ley de Autonomía del Paciente el internamiento involuntario?

Los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales del Sistema Sanitario vienen regulados por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (315) cuyos principios básicos señalan que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la ley. Estas excepciones tienen que ver por una parte con la existencia de un riesgo para la salud pública y por otra con la existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización (consultando cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con él). La existencia de riesgo suicida queda incluida en el último epígrafe.

¿Cómo recoge la Ley de Enjuiciamiento Civil el internamiento involuntario?

La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero regula en su Art. 763 (316) lo referente al internamiento no voluntario por trastorno psíquico señalando que “*el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento*”. La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida.

El internamiento hay que comunicarlo al juez en el plazo de 24 horas debiendo el tribunal aprobar o dejar sin efecto la medida en un plazo máximo de 72 horas, período de tiempo que en nuestro estado de derecho corresponde con el denominado “*habeas corpus*” (314,317).

Como es lógico, la indicación de internamiento plantea la cuestión de la duración del mismo. Es evidente que un paciente no puede estar indefinidamente ingresado debido a la existencia de un eventual riesgo suicida, sino que debe ser valorado en su evolución, hasta que este riesgo sea controlable en tratamiento ambulatorio (318).

El Tribunal Constitucional, en la Sentencia del 2 de Diciembre de 2010 (BOE 5 enero 2011) (319) declara inconstitucional los párrafos primero y tercero del Art 763.1 de la Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil (316). El Tribunal Constitucional realiza dicha declaración en base a que la privación de libertad individual debe contemplarse obligatoriamente en una Ley Orgánica al quedar afectado un derecho fundamental.

Señalar por último que de forma general, la responsabilidad civil derivada de la actividad sanitaria determina una obligación de medios, no de resultados, lo que implica que el fracaso de las medidas preventivas no supone necesariamente una mala práctica,

sino que ésta vendría aparejada cuando el profesional sanitario no hubiera prestado atención a signos evidentes de riesgo o que apreciándolos no hubiera tomado decisiones para evitarlos (negligencia o imprudencia).

¿Quién puede pedir un ingreso involuntario?

Nada prescribe la ley sobre quién puede pedir un ingreso involuntario, por lo que cualquier persona puede poner en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo hacia sí mismo o hacia terceros, precise esta medida. La ley, no obstante, establece dos tipos de grupos de personas obligadas a pedir el ingreso involuntario: los tutores respecto de sus pupilos y los padres respecto de sus hijos sometidos a patria potestad.

Con la solicitud de ingreso involuntario se presenta la documentación médica más reciente de la que se disponga. No es necesario que el médico informante sea especialista en psiquiatría, pero tiene que manifestar la necesidad de la medida.

8.3. Responsabilidades sanitarias derivadas del suicidio

¿Cuál es la causa más frecuente de demandas judiciales en psiquiatría?

La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica (320). En la mayor parte de los casos se pide la aplicación de la figura de “imprudencia temeraria” por no prever ni prevenir adecuadamente el comportamiento suicida del paciente (321).

En los suicidios, el profesional sanitario sólo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional haya sido manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

¿En qué se fundamenta la responsabilidad profesional en el ámbito sanitario?

Responsabilidad es la obligación de responder ante la Ley de nuestra actuación profesional y la obligación de reparar o satisfacer el daño originado, los perjuicios ocasionados y el sufrimiento creado. Su fundamento es la producción de un daño originado por una conducta inadecuada, no voluntaria pero que debió ser prevista y en la que se ha vulnerado el deber objetivo de cuidado. Dicha conducta inadecuada puede ser, según la jurisprudencia, imprudente (asumiendo riesgos innecesarios), negligente (con grave dejadez o descuido) o imperita (carencia de conocimientos o de experiencia) (314).

Los casos más frecuentes de mala praxis de la que puede derivar responsabilidad son los siguientes:

- Diagnóstico incorrecto-negligente que da lugar a un alta indebida de un paciente que posteriormente se suicida o se lesiona.
- Diagnóstico incorrecto-negligente del que deriva un ingreso o retención improcedente.
- En el manejo del paciente: fracaso para proteger o controlar a un paciente con conducta suicida.

¿Cuáles serían algunos de los aspectos de buena práctica en el abordaje de la conducta suicida?

- Se ha de valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio, y si no se dispone de medios suficientes, remitir al enfermo para su tratamiento apropiado a otros profesionales o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada.
- El profesional sanitario debe ser también capaz de manejar las situaciones de crisis, informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico, motivar al paciente para el tratamiento y asumir la responsabilidad de su situación.
- Es necesario efectuar las oportunas advertencias del potencial suicida del tratamiento a fin de evitar demandas legales por imprudencia profesional. A efectos legales conviene saber que, aunque el prospecto de los medicamentos por analogía actúa como un “consentimiento informado”, es mucho más correcto y seguro anotar en la historia clínica las advertencias sobre el riesgo de suicidio que se han hecho, tanto al paciente como a su familia.
- En último lugar, existen medidas de control consistentes en el ingreso con un mayor o menor grado de vigilancia.

Una cuestión clave es realizar una historia clínica completa y correcta del paciente, que ayudará a realizar un seguimiento adecuado del mismo y a prevenir dificultades al responsable del tratamiento. En ella deben anotarse todas las exploraciones practicadas, el riesgo estimado de suicidio, todas las medidas tomadas al respecto y recoger la evolución y cada una de las decisiones adoptadas.

Sin embargo, no ha de olvidarse que algunos suicidios son inevitables, por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia.

¿Cuándo hay responsabilidad de la Administración?

La Ley del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Real Decreto (RD) 429/1993 establece que los particulares deben ser indemnizados por la administración de toda lesión que sufran salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea por consecuencia de un funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Tiene que haber una relación causa-efecto directa, inmediata y exclusiva entre el daño y el servicio público (314).

En el caso del tratamiento de pacientes que presentan antecedentes de conducta suicida, se hace preciso extremar las funciones de vigilancia y de custodia, en cumplimiento de la función garante asignada al personal e instituciones sanitarias por el Art. 10.6.c) de la Ley General de Sanidad (322).

8.4. La confidencialidad y el secreto profesional en relación al suicidio

¿Qué establece la Ley de Autonomía del Paciente sobre el derecho a la intimidad?

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

¿Qué dice el Código Penal sobre el secreto profesional?

El secreto profesional se regula por primera vez en España en el actual Código Penal (Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre), Arts. 197, 198 y 199, ya que hasta ese momento sólo existía una consideración deontológica y administrativa, pero no penal (313).

En la actualidad, el secreto profesional se circunscribe al siguiente marco legislativo:

- Constitución Española (Arts. 18-20-24) (323)
- Código Penal (Arts. 197-199) (313)
- Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Art. 7) (315)
- Ley General de Sanidad de 1986 (322)
- Ley 5/92 de Protección de Datos Informáticos (324)
- Código Deontológico (apartado 6; Arts. 43 a 53) (325).

El secreto profesional obliga a todos cuantos estén de una forma u otra en contacto con el paciente y el actual Código Penal, en su Art. 199.1, se expresa en los siguientes términos: *“el que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de 6 a 12 meses”*. El mismo artículo en el punto 2 añade: *“el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo y reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión de 2 a 6 años”* (313).

¿Cuáles son las excepciones al secreto profesional sanitario?

Si el guardar secreto para los sanitarios es un imperativo legal, existen una serie de situaciones que son la excepción. Los facultativos podrán revelar los datos sanitarios de un paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito (no debemos olvidar que el Art. 263 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal no exime al personal sanitario de denunciar los hechos delictivos que conozca por razón de su oficio, como sí lo hace con eclesiásticos y abogados y que el Art. 411 del mismo texto legal tampoco contempla el secreto médico como causa de dispensa para no declarar como testigo en procedimientos penales) (326). En los procesos civiles se prevé expresamente la posibilidad de solicitar al juez que te exima de guardar el secreto profesional si se declara como perito.

- Cuando estemos en presencia de una enfermedad infecto-contagiosa y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública. En estos casos el médico tiene además la obligación de declarar la enfermedad ante la autoridad sanitaria competente.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En este sentido el código considera un eximente de responsabilidad cuando se actúa en un “estado de necesidad” para evitar un mal propio o ajeno.
- Tampoco existe la obligación de secreto cuando se declara como imputado, denunciado o acusado. En los informes a otro compañero (incluidos inspectores médicos) no existe la obligación de secreto pues ahí lo que se produce es la figura de “secreto compartido”.

Resumen de aspectos legales

Código Penal y Suicidio: el suicidio en España no está penado. Sí recoge en el Código Penal la inducción al suicidio y la cooperación al suicidio y la imprudencia profesional.

Internamiento involuntario en caso de riesgo suicida es una de las excepciones de la Ley de Autonomía del paciente y sólo sería posible si existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización. Requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas.

Cualquier persona puede pedir un internamiento involuntario poniendo en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo a sí mismo o hacia terceros precise esta medida. Precisa de informe realizado por cualquier facultativo en la que conste la necesidad de ingreso.

La conducta suicida es la **causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra** por mala práctica.

- La Responsabilidad profesional puede ser por:
- conducta imprudente (asumiendo riesgos innecesarios)
- Negligente (dejadez o descuido)
- Imperita (carencia de conocimientos y experiencia)

Casos más frecuentes mala praxis:

- negligencia al no ingresar o dar de alta a un paciente que a continuación se suicida o lesiona;
- diagnóstico incorrecto del que deriva un ingreso o detención improcedente, fracaso en la protección o control de un paciente suicida.

El profesional sanitario tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

Formas de actuación preventiva sobre la conducta suicida:

- Valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio
- Realizar una historia clínica completa y correcta
- Informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico
- Informar del posible potencial suicida del tratamiento tanto al paciente como a su familia
- Adoptar otras medidas de control si se precisa: internamiento con un mayor o menor grado de vigilancia
- Si no se dispone de medios/herramientas terapéuticas remitir al paciente para tratamiento por otros profesionales o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada.

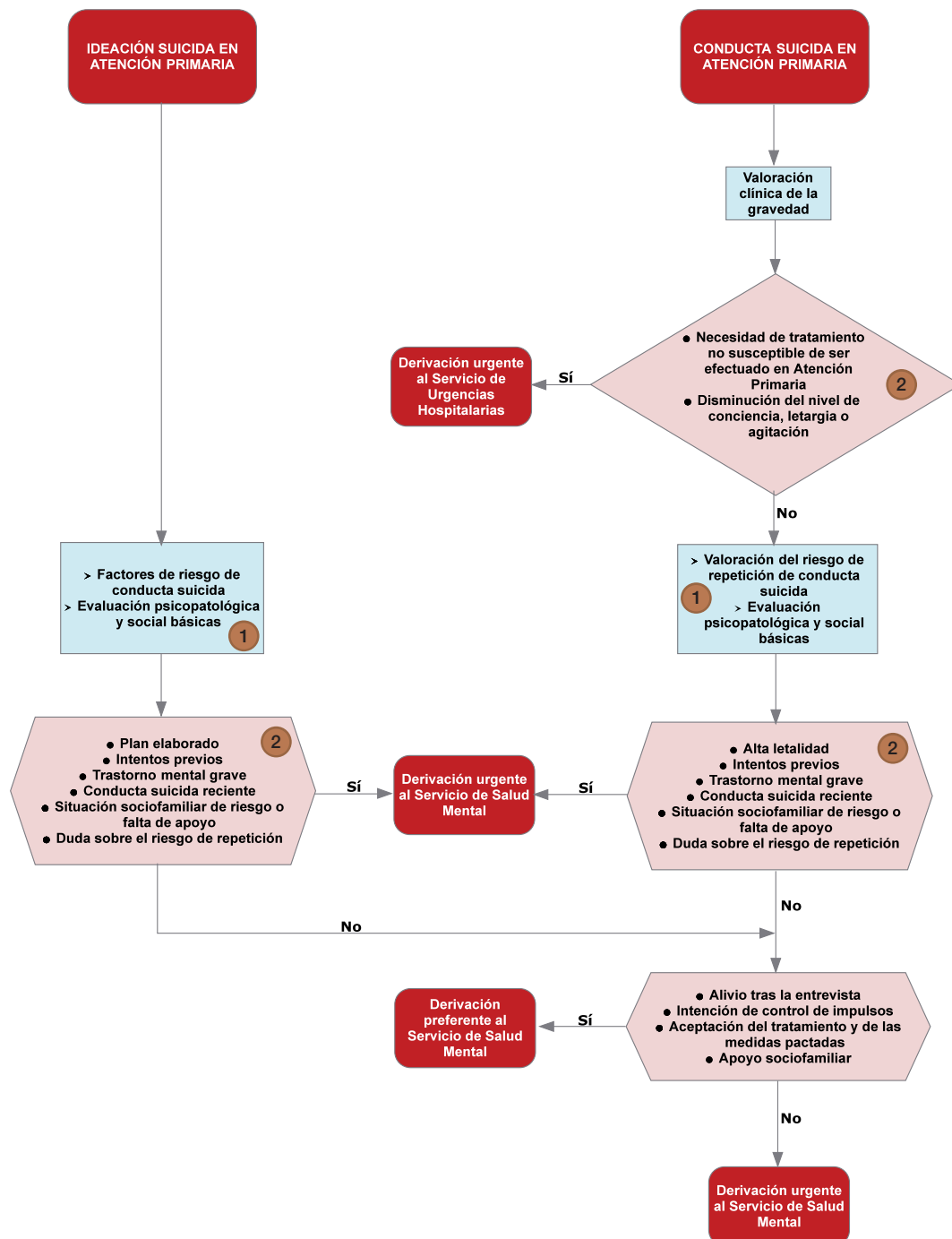
Secreto profesional: toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

Excepciones al secreto profesional:

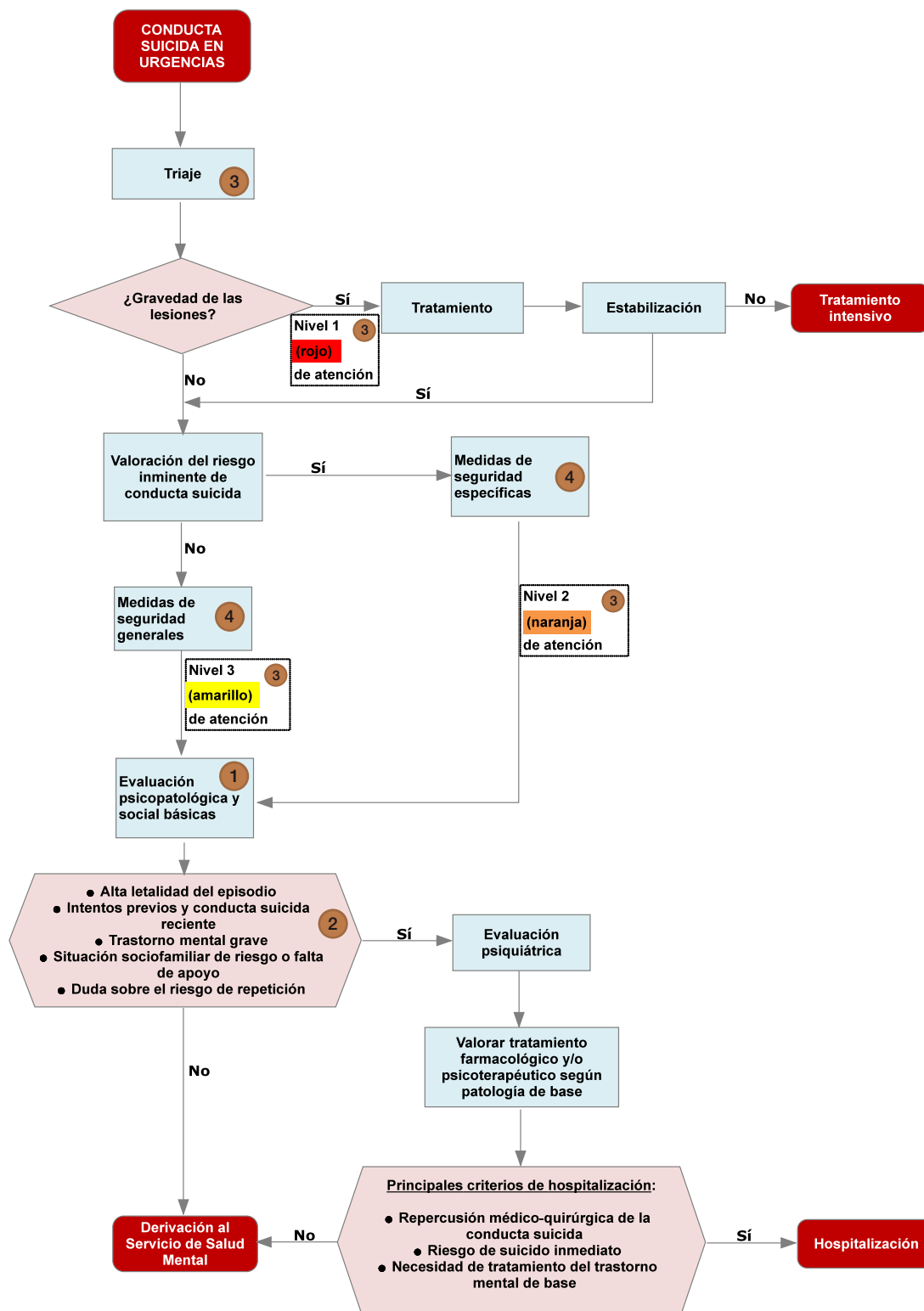
- Conocimiento de la existencia de un delito
- Presencia de enfermedad infecto-contagiosa y riesgo grave para terceras personas o para la salud pública
- Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización (estado de necesidad)
- Declaración como imputado, denunciado o acusado
- Informes a otro compañero, incluida inspección médica (secreto compartido).

9. Estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Algoritmo de conducta suicida en Atención Primaria



Algoritmo de conducta suicida en el Servicio de Urgencias Hospitalarias



NOTAS DEL ALGORITMO

Generales

El manejo de la ideación y la conducta suicidas deberá incluir siempre:

- Psicoeducación
- Apoyo individual y familiar
- Coordinación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales
- Atención a la posible patología de base y a comorbilidades
- Hacer partícipe a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento
- Garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

1. Evaluación psicopatológica y social básicas

Tras un episodio de ideación o conducta suicidas se debe realizar una evaluación psicopatológica y del medio social básicas, tanto en Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Deberá incluir la evaluación de los factores psicológicos y contextuales y una valoración de los factores de riesgo. Esta evaluación será preliminar y se completará posteriormente por el Servicio de Salud Mental. Podrá ser necesario contar con la valoración e intervención de los Servicios Sociales.

La derivación al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

2. Criterios de derivación

La decisión final sobre la derivación a otro dispositivo y el carácter de dicha derivación (urgente o preferente) se realizará mediante una valoración global de estos criterios. De forma general, se considera que al menos uno de los criterios debe ser positivo para decidir la derivación urgente. Los motivos de dicha derivación deberán ser registrados convenientemente en la historia clínica.

En algunos casos, y como medida de seguridad, será necesario hacer el traslado desde Atención Primaria en ambulancia.

3. Triage

Todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias Hospitalarias debido a una conducta suicida deberían ser catalogados de forma que se asegurase su atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada.

Utilizando el sistema de triaje de Manchester, los niveles de atención serían los siguientes:

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min.
2	Muy urgente	Naranja	10 min.
3	Urgente	Amarillo	60 min.

El Cuestionario de Riesgo de Suicidio podría ayudar en el triaje a conocer el grado de necesidad de atención inmediata (en personas en las que no existe afectación física grave). Las preguntas del cuestionario serían las siguientes:

- ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?
- ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?
- ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?
- ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?

4. Medidas de seguridad

Deberán adoptarse todas aquellas medidas de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad. De forma general, a los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino y no debe haber medicamentos a su alcance. En algunos casos será necesario avisar al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar estos objetos potencialmente dañinos.

Cuando existe un riesgo inminente de conducta suicida, además de las medidas anteriores, deberá valorarse la necesidad de contención mecánica, no dejar a la persona sola y/o asegurar la supervisión y contacto regular con algún profesional del Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Anexos

Anexo 1. Información para pacientes y familiares



LA CONDUCTA SUICIDA

Información para pacientes, familiares y allegados

CONTENIDO

- Información General:
 - Algunas preguntas sobre el suicidio
 - ¿Cuáles son los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio?
 - ¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta en el suicidio?
 - ¿Qué sucesos o circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?
- Folletos específicos:
 - INFORMACIÓN PARA PACIENTES que presentan ideas suicidas
 - INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ALLEGADOS
 - ¿QUÉ PODEMOS HACER cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida en un familiar o allegado?
 - ¿QUÉ PODEMOS HACER con aquéllos que han sufrido el suicidio de alguien cercano?
 - ¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado?

Agradecimiento

El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica desea dar las gracias de forma especial a **José Luis Iglesias Diz** y a **Luis Iglesias Fernández**, autores de las ilustraciones que aparecen en este documento.

Esta información ha sido elaborada a partir del conocimiento basado en la literatura científica disponible en el momento de la publicación.

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t).

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia- t Nº 2010/02.

Introducción

El documento que tiene en sus manos busca proporcionarle información sobre uno de los problemas más graves de salud de los últimos años: el suicidio. En el año 2010 se publicaron datos donde se puso de manifiesto que en 2008, el suicidio en España fue la primera causa de muerte violenta, superando a los accidentes de tráfico. Pero a diferencia de éstos, no se percibe una reacción por parte de la sociedad, posiblemente debido a que el conocimiento sobre el suicidio no se ha divulgado convenientemente y de forma objetiva, siguiendo vigentes muchos mitos o creencias sobre el mismo.

Tratar el tema del suicidio no es fácil ya que en él intervienen muchos factores. Además, es relativamente fácil caer en estereotipos sobre el suicidio, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares.

No debemos quedarnos indiferentes ante la magnitud de este problema y las siguientes páginas tienen precisamente ese objetivo y el de poder influir en el suicidio de modo positivo.

La información que le facilitamos sobre el suicidio se ha escrito pensando en las personas que sufren, en quienes les rodean (y quieren) y en los profesionales. Aquí no encontrará opiniones particulares, sino los resultados y conclusiones extraídos de estudios científicos seleccionados por su calidad y neutralidad.

Esperamos que le resulte de ayuda y que cumpla el objetivo de apoyar a quienes lo lean y lo apliquen en sí mismos o en los demás.



INFORMACIÓN GENERAL

ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL SUICIDIO

¿Qué personas podrían tener un mayor riesgo de suicidio?

Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar o consumir un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir. Los más frecuentes son:

- » Haber tenido un intento de suicidio previo
- » Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental
- » Abuso de drogas o alcohol
- » Antecedentes familiares de suicidio o violencia
- » Padecer una enfermedad física o tener desesperanza³
- » Antecedentes de abuso sexual en la infancia
- » Tendencias impulsivas o agresivas.

¿Qué comportamiento presenta una persona que quiere suicidarse?

La persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual.

Entre estos cambios podemos encontrar:

- » Tristeza
- » Ideas de suicidio
- » Escribir notas de despedida
- » Entrega de posesiones valiosas
- » Aislamiento
- » Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas
- » Presencia de trastornos del sueño y del apetito.



¿Puede heredarse el riesgo de suicidio?

Los factores genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. Así, entre los factores familiares, la ausencia de apoyo, un bajo nivel socioeconómico y educativo de la familia o antecedentes de suicidios en ella parecen incrementar el riesgo de suicidio.

3 Aunque es una palabra difícil de definir, podríamos decir que una persona con desesperanza tiene la convicción o la seguridad de que su problema o carencia actual no se resolverá en el futuro inmediato.

Sin embargo, esto no significa que la conducta suicida sea inevitable para personas con este historial genético o familiar; simplemente significa que pueden ser más vulnerables y deben tomar medidas para reducir su riesgo, tales como solicitar ayuda y tratamiento ante un primer signo de alarma.

¿La depresión aumenta el riesgo de suicidio?

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, el padecer depresión aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si ésta es grave. Así, cerca del 60-90% de las personas que se suicidan tienen síntomas de depresión.

¿Aumenta el uso de alcohol y otras drogas el riesgo de suicidio?

El abuso de alcohol o de otras drogas se asocia con mayor riesgo de suicidio. Este abuso suele ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, a tener mayor número de problemas sociales y económicos, y entre personas con conductas de alto riesgo que pueden resultar con frecuencia en lesiones.



¿Qué significa “suicidio por contagio” o “imitación”?

La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo...) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar.

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.

¿Cómo puedo ayudar a una persona que ha intentado suicidarse pero parece que sólo lo hace para llamar la atención?

No se debe restar importancia a un acto suicida y creer que la persona lo realiza para llamar la atención. Todas las personas que hacen un intento de suicidio desean expresar que algo no va bien, que nos demos cuenta de que se sienten mal e incapaces de adaptarse a las exigencias que les pide la vida.

¿Cómo se puede ayudar al familiar o al amigo de una persona que se ha suicidado?

Lo primero que debemos hacer es permitirles expresar su pena y sus emociones. El duelo por una persona que se ha suicidado se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el vivirlo como una mancha en la familia y otras muchas emociones. Superar esta situación puede llevar dos años o más.

¿Es posible predecir el suicidio?

Actualmente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Aunque los investigadores han identificado algunos factores que hacen que un individuo tenga un alto riesgo de suicidio, realmente muy pocas personas con estos factores llegan a intentar suicidarse. El suicidio es relativamente infrecuente por lo que es difícil predecir qué personas con factores de riesgo finalmente se suicidarán.

¿Qué pueden hacer los medios de comunicación a la hora de informar sobre un suicidio?

Los medios de comunicación pueden minimizar el riesgo de contagio proporcionando una información concisa de los suicidios. Las noticias sobre suicidios no deben ser repetitivas, porque la exposición prolongada puede aumentar la posibilidad del contagio en personas vulnerables. El suicidio es el resultado de muchos factores, por lo que el reportaje no debe dar explicaciones simplistas, como por ejemplo que un evento negativo reciente en la vida de la persona ha sido la causa del suicidio. Tampoco se debería divulgar una descripción detallada del método de suicidio utilizado, glorificar a la víctima ni señalar que el suicidio fue efectivo en lograr una meta personal.

Estas mismas recomendaciones deberían aplicarse a la información que se divulga a través de Internet, dado el uso masivo y cotidiano de esta fuente de información.



¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio?

Creencias erróneas	Situación real
EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
EL QUE LO DICE NO LO HACE	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. El que se suicida pudo expresar lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
TODO EL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL	Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental. Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre.
EL SUICIDIO SE HEREDA	Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo. Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar (habilidades en la resolución de los problemas, tener confianza en uno mismo, integración social, etc....)
HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTÁ EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE	Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo. Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
EL SUICIDA DESEA MORIR	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman. Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE	Pretende evitar el suicidio al equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad. Los que intentan suicidarse no son cobardes sólo son personas que sufren.
EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN VALIENTE	Pretende equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor. Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta.
SÓLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN	Pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos mas efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.
SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA	Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad. Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio.

¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta de un suicidio inmediato?

Una señal de alerta nos indica que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando como realizarlo.



Si usted se da cuenta de que alguien conocido está actuando de un modo extraño, que no tiene que ver con su carácter habitual, es importante que hable con él sobre lo que puede estar pasando.

Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a la familia como a amigos, conocidos y profesionales de la salud) para intervenir y prevenir que esta persona se suicide.

Las siguientes conductas son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida:

- » Amenazan con dañarse o matarse
- » Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio
- » Hablan o escriben sobre la muerte, el morir o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)
- » Expresan sentimientos de desesperanza
- » Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza
- » Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables
- » Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida
- » Incrementan el uso de alcohol u otras drogas
- » Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno
- » Se muestran ansiosos o agitados
- » Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo
- » Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión
- » Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos
- » Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban

» Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito.

En caso de identificarlos, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varios al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando la ayuda y el apoyo de otros.

¿Qué circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?

Algunos acontecimientos o situaciones de la vida, a los que llamaremos precipitantes, pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona. Estos precipitantes pueden ser vistos como la gota de agua que rebosa el vaso y pueden llevar a alguien que estuvo pensando en quitarse la vida, a dar el paso de intentarlo.

Algunos ejemplos de sucesos y circunstancias que pueden actuar como **precipitantes**:

- » Una discusión con una persona importante o con alguien amado
- » La ruptura o pérdida de una relación afectiva
- » El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público
- » Abuso de alcohol o de otra sustancia
- » Un reportaje sobre el suicidio o métodos de suicidio
- » La aparición o el agravamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física o accidente
- » Cambios inesperados en las circunstancias de la vida
- » Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia
- » Pérdida de estatus social, o episodio vivido como de pérdida del respeto por parte de los demás.



Más información

- ACUDA A SU CENTRO DE SALUD
- Teléfono de urgencias: 061 o 112.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.
- Teléfono de la Esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.
- www.suicidioprevencion.com



INFORMACIÓN ESPECÍFICA

INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN IDEAS SUICIDAS

¿Qué puede hacer usted si ha comenzado a pensar en el suicidio?

A continuación le exponemos una serie de recomendaciones importantes para una persona que tiene ideas de suicidio:

1. Aunque no se le ocurra otra solución que el suicidio, no significa que no la haya, sino que **usted no la puede ver en ese momento**. Otra persona puede ayudarle a encontrar esa solución.
2. **Busque ayuda lo antes posible**. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.
3. **Hable de sus pensamientos suicidas**. No se guarde para si mismo sus pensamientos suicidas.
4. **Posponga cualquier decisión** acerca del suicidio: cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.
5. **Permanezca acompañado** hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.
6. **Las crisis son transitorias**. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.
7. Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino **acabar con su sufrimiento**. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.
8. **Piense en las cosas o personas importantes** que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.
9. **No se aíle**. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.
10. **Trate de centrarse en el día a día**. Pensar mas allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.
11. **Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol**. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.
12. **Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien**. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas sustancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.

13. Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento.

Hable de sus pensamientos y sentimientos sobre el suicidio con su médico. Converse sobre los modos con los que usted se mantiene a salvo y asegúrese de que recibe los mejores tratamientos y cuidados.

14. Escriba un diario en el que pueda anotar las cosas realmente importantes para usted. Escriba sus sentimientos y léalos cuando los pensamientos suicidas le aparezcan.



Más información

- ACUDA A SU CENTRO DE SALUD
- Teléfono de urgencias: 061 o 112.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.
- Teléfono de la Esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.
- www.suicidioprevencion.com

INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ALLEGADOS

¿QUÉ PODEMOS HACER cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida en un familiar o allegado?

1. **Estar atento.** Si alguien que usted conoce muestra algunos o todas las señales de alerta para el suicidio y/o ha experimentado algún factor precipitante, debería actuar inmediatamente para asegurar su seguridad.
2. **Conservar la calma.** Si alguien que usted conoce muestra señales de alerta o ha alcanzado su tope, intente no reaccionar de modo exagerado.
3. **Hablar con esa persona.** Mientras le muestra que usted entiende que se sienta desesperado o que en este preciso momento se encuentran en una posición difícil y frágil. Hágale saber que hay ayuda disponible, que no siempre se sentirá tan mal, y que con la ayuda correcta es posible que pueda manejar sus problemas y sentirse mejor en el futuro.
4. **Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar nunca sola a la persona.** Si duda sobre el riesgo concreto, hable con ella y busque la ayuda de otras personas.
5. **Valorar el riesgo.** Hable con la persona que podría estar en riesgo de suicidio y valore la situación. ¿Tiene un plan para matarse? ¿Tiene los medios para llevarlo a cabo? Si es así, la persona tiene un riesgo elevado de suicidio. Busque ayuda inmediatamente llamando al 061 o al 112 inmediatamente y ayúdele a mantenerse a salvo.
6. **Hablar con otras personas que la conozcan.** Si usted cree que alguien puede tener ideas de suicidio, hable con otras personas que la conozcan para saber si ellos han notado también algo fuera de lo habitual o por si piensan lo mismo.
7. **Ofrecer ayuda en tareas prácticas.** Esto puede proporcionar a la persona la oportunidad de hacer otras tareas también importantes, pasar algún tiempo intentando resolver su situación o dándole tiempo libre, algo muy necesario. Acepte que la ayuda que usted ofrece puede ser rechazada, ya que algunas veces, las personas encuentran difícil aceptar apoyo o no quieren admitir que necesitan ayuda.
8. **Saber dónde pedir ayuda.** Consiga información sobre los sitios y los servicios de apoyo en su comunidad y en su entorno. Tenga una lista de números de contacto y los horarios de atención de estos servicios. Proporcione ayuda práctica para que la persona en riesgo de suicidio tenga una atención adecuada a sus necesidades y situación. Tengan un plan de emergencia por si resulta que el servicio no está disponible o que tiene una larga lista de espera.
9. **Cúidese usted mismo.** Ayudar a alguien a enfrentarse a los traumas y al estrés puede ser muy fatigoso y dejarnos agotados. Encuentre algún tiempo para las cosas con las que usted disfruta y busque a otras personas que puedan ayudarlo a apoyar a quien más lo necesita.

¿QUÉ PODEMOS HACER con aquéllos que han sufrido el suicidio de alguien cercano?

El día después del suicidio de un familiar o allegado

La pérdida de un ser querido por suicidio es un hecho terrible, doloroso e inesperado y puede ocasionar un dolor intenso y prolongado que será diferente y único en cada persona que lo sufre. Las reacciones emocionales, como angustia, desprecio, negación, vergüenza o culpa son reacciones normales de **expresión del sufrimiento**. Otras veces, las personas del entorno presentan actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio que contribuyen a que los familiares o seres queridos de la persona que se ha suicidado se aislen y se sientan estigmatizados. Todo ello lleva a sufrir duelos complicados, depresión e incluso suicidio.

A menudo, los familiares o seres queridos se obsesionan con el **motivo del suicidio** y de si podrían haber hecho algo por evitarlo o por ayudar al ser querido, lo que con frecuencia genera sentimientos de culpa. Otras veces pueden sentir que son los demás los que les culpan del suicidio y les conduce a negar lo que pasó o a esconder sus sentimientos.

Lo más sencillo y lo mejor que se puede hacer como amigo es escuchar lo que los familiares o allegados de la persona que ha consumado un suicidio nos dicen, sin crítica, prejuicios ni juicios de valor. En muchas ocasiones suelen ser reticentes a explicar la historia abiertamente y manifestar sus sentimientos. Para ayudarles, debemos dejar de lado todas nuestras creencias preconcebidas sobre el suicidio y las víctimas del suicidio.



La infancia y el suicidio

Aunque existe el mito de que los “niños no sufren”, lo cierto es que ante una pérdida pueden experimentar sentimientos equiparables a los de los adultos. No obstante, la expresión del sufrimiento puede ser diferente en función de la edad y capacidades del niño.

Los niños son más vulnerables al entorno del que dependen y que les ofrece cuidados, protección y seguridad. Ante la pérdida de una persona es frecuente que aparezcan sentimientos de culpa y/o abandono, ya que los niños pueden pensar que la muerte de un ser querido ha ocurrido porque fueron malos o porque no se comportaron bien. En este caso es importante aclararles que la muerte no fue culpa suya y ofrecer al niño una sensación de continuidad y seguridad.

El “secretismo” sobre el suicidio para proteger a los niños puede tener consecuencias actuales y futuras. Es importante dar una explicación a la situación y contestar a las preguntas que los niños hagan con respuestas apropiadas para su edad y capacidad, preferiblemente por personas cercanas. También es importante acompañarlo y respetarlo en las expresiones emocionales que realice, reforzar lazos sociales y familiares que permitan establecer una estructura de apoyo, y reducir en lo posible el impacto de la pérdida restaurando el ritmo normal de la vida cotidiana del niño en cuanto sea posible y ofreciéndole una sensación de continuidad y seguridad.

Las reacciones más habituales a este acontecimiento pueden adoptar la forma de alteraciones en el comportamiento, alteraciones emocionales y disminución del rendimiento académico. Su evolución dependerá en parte de cómo transcurra la situación en su entorno más próximo, de modo que a medio plazo, una adecuada recuperación y estabilización del entorno familiar del niño (por ejemplo, una buena resolución del estado emocional del resto de familiares que conviven con él) favorecerá en gran medida su propia recuperación. En caso de que tales dificultades sean relevantes, podrá ser de ayuda una valoración específica de las mismas en los servicios de atención a la salud mental infanto-juvenil de su comunidad.



Algunas recomendaciones

- **PREGÚNTALE SI PUEDES AYUDAR** y cómo puedes hacerlo. Es posible que no esté preparado para compartir su dolor y necesite un tiempo para aceptar la ayuda.
- **DÉJALE HABLAR A SU PROPIO RITMO**. Lo compartirá contigo cuando esté preparado para hacerlo.
- **TEN PACIENCIA**. La repetición forma parte del proceso de superación y puede que tengas que escuchar la misma historia muchas veces.
- **UTILIZA EL NOMBRE DEL SER QUERIDO** en lugar de “él” o “ella”. Esto humaniza al fallecido y resulta más reconfortante.
- **PUEDE QUE NO SEPAS QUÉ DECIR**, pero eso no importa. Lo que el superviviente necesita es tu presencia y escucha incondicional.
- **NO SE TRATA DE DECIRLE CÓMO DEBE ACTUAR O QUÉ DEBE SENTIR**, ya que esto es individual y diferente en cada persona.
- **EVITA FRASES COMO “YO SÉ LO QUE SIENTES”**, a menos que también hayas vivido una situación similar.

¿QUÉ HACER Y QUE NO HACER ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado?

QUÉ HACER	
✓	HAGA ALGO AHORA: Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busque urgentemente ayuda si la necesita llamando al 112 ó 061 o lleve a la persona al Servicio de Urgencias más próximo.
✓	HABLAR SOBRE EL SUICIDIO: Hablar sobre el suicidio no va a meterle esa idea en la cabeza y, sin embargo, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos. Un plan detallado indica mayor riesgo. No se comprometa a guardarlo como un secreto desde el momento en el que la seguridad física de la persona es su principal preocupación.
✓	ACEPTAR SU PROPIA REACCIÓN: Usted puede sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si le está costando dominarse, solicite la ayuda de alguien de confianza.
✓	ESTAR AHÍ POR ÉL O POR ELLA: Pase algún tiempo con esa persona, anímele a hablar de cómo se está sintiendo, identifique a quien podría pedir apoyo, y anime a la persona para que acepte tener apoyo también más adelante.
✓	ACEPTAR LO QUE LE ESTÁ DICIENDO: Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin juzgarlo. Diga cosas como "Aquí estoy para ayudarte", "Hablemos" y "Estoy aquí por ti".
✓	ADOPTAR MEDIDAS DE SEGURIDAD: Pregúntese hasta qué punto la persona está pensando en suicidarse. Si usted está claramente preocupado no deje sola a esa persona. Retire cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, incluyendo el acceso a cualquier vehículo.
✓	DECIDIR QUÉ HACER: Comenten de modo conjunto qué decisión tomar. Usted podría necesitar contar con más ayuda (compañeros, padres, amigos cercanos u otras personas) para convencer a la persona para buscar ayuda profesional. Sólo compartiendo esa información puede usted asegurarse que la persona tenga la ayuda y apoyo que necesita.
✓	ANIMAR A LA PERSONA A OBTENER APOYO: – Médicos de Atención Primaria y Urgencias – Servicio de Salud Mental – Servicios Sociales – Orientadores escolares, Educadores – Servicios religiosos – Servicios de ayuda tanto <i>on line</i> como telefónica.
✓	PEDIR UN COMPROMISO: Pídale a la persona que se comprometa a no callar su malestar y preocupación y a hablar con alguien si vuelven las ideas de suicidio. Esto facilitará que el busque ayuda.
✓	CUIDARSE A SÍ MISMO: Es difícil y emocionalmente agotador apoyar a alguien que piensa en suicidarse, no lo haga usted solo. Encuentre a alguien con quien hablar, tal vez amigos, familiares o un profesional sanitario.
✓	MANTENERSE INVOLUCRADO: Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente. La continua preocupación de la familia y amigos es muy importante para la recuperación de la persona. Manténgase atento o atenta a la evolución de la persona.

QUÉ NO HACER	
	NO REHUIR LOS PROBLEMAS. No deje a la persona sola si cree que su vida está en riesgo inmediato.
	NO BANALIZAR, NI DESAFIAR. No trate con ligereza cualquier amenaza, sobre todo si la persona empieza a bromear con eso. NO minimice la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. Retar a que lo haga no va a ayudarlo. No le diga cosas como “A qué no eres capaz... Si lo haces, hazlo bien”
	NO UTILIZAR GRITOS O REPRIMENDAS. No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal. ¡No vaya a ser otra petición de ayuda! Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue con un buen grito.
	NO TEMER PREGUNTAR. No le de miedo preguntar a la persona por qué está tan triste y tan deprimida ni si se quiere hacer daño a sí misma.
	NO JUZGAR, NO COMPARAR. No le diga que eso es de cobardes, o que es de valientes y que él o ella no lo es. No le diga cosas como “algo habrás hecho para estar así”, responsabilizándola de toda la situación, o señalar que “está mucho mejor que otras personas”. Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar.
	NO MANTENGA TODO EN SECRETO. Entre la vida de su amigo y su confianza, escoja la vida.
	NO DÉ SOLUCIONES SIMPLISTAS. Una solución obvia y simple puede ayudar a incrementar los sentimientos de incapacidad, vergüenza o soledad en la persona.
	NO INTENTE AYUDAR A LA PERSONA USTED MISMO SIN AYUDA DE NADIE. No piense que usted es quien mejor la conoce, que nunca le va a faltar ni a cansarse y que los demás sobran, incluyendo los profesionales.

Más información

- ACUDA A SU CENTRO DE SALUD
- Teléfono de urgencias: 061 o 112.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.
- Teléfono de la Esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.
- www.suicidioprevencion.com

Anexo 2. Glosario

Alianza terapéutica: establecimiento de una relación interpersonal entre el paciente y el profesional caracterizada por la colaboración, el consenso y orientación a resultados. Es un componente esencial en el proceso terapéutico, puesto que favorece la comunicación, aumenta la confianza del paciente y la colaboración con el tratamiento.

Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

Autoayuda: aprendizaje o potenciación de repertorios de conducta o capacidades de afrontamiento de situaciones y estados emocionales negativos, sin intervención o con participación mínima del terapeuta. Tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud.

Autolesión: conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada). También se denomina gesto suicida.

Autopsia psicológica: Método de recogida de datos tras un suicidio. Consiste en la entrevista a familiares y allegados con la finalidad de recabar información acerca de la existencia previa de ideación/ comunicación suicida y presencia de factores de riesgo.

Befriending: conjunto de técnicas similares a las empleadas en la terapia de apoyo.

Cluster B, trastornos de personalidad: incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisita. Al igual que en otros clusters, existe cierto grado de superposición entre los trastornos que lo componen, sobre todo entre el antisocial y el límite de la personalidad.

Cochrane Library Plus: versión en castellano de la revista electrónica *The Cochrane Library*, el principal vehículo de información de la Colaboración Cochrane. Se consulta a través de Internet y se actualiza cada tres meses. Apareció en 2002 y es la única versión en lengua no inglesa de la Cochrane Library.

Comorbilidad: situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como por ejemplo, depresión y ansiedad.

Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan suicida.

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia de que: a) la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, b) la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.

Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad).

Consejo u orientación (*counseling*): pretende descubrir los factores emocionales en conflicto que condicionan problemas de personalidad. En consecuencia, tiene por fin ayudar a comprender los obstáculos que impiden el desarrollo normal de la personalidad y los medios de superarlos en orden a favorecer el funcionamiento de los procesos psicológicos constructivos. Es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.

Cuidados habituales: cuidados que reciben los pacientes según el área donde se lleven a cabo. La definición de cuidados habituales o tratamiento habitual empleada varía en los diferentes estudios, e incluye diferentes intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.

Data Mining: conjunto de técnicas que se basan en algoritmos, más o menos sofisticados, que se aplican sobre un conjunto de datos para obtener unos resultados. Proporciona un nuevo sistema para el manejo de grandes bases de datos.

Derivación: envío de un paciente de un servicio asistencial a otro, ya sea para consulta o para atención, debido a que el servicio que deriva no está preparado o cualificado para proporcionarlas. La prioridad de la derivación es establecida por el médico prescriptor y dependerá del proceso que motiva la consulta, de la patología y/o de la situación personal del paciente.

Desesperanza: esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores, con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS).

Eficacia: grado en el que una determinada intervención en condiciones ideales produce un resultado beneficioso. Los ensayos clínicos aleatorizados son el patrón oro en la evaluación de la eficacia.

Efectividad: grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en circunstancias ordinarias.

Ensayo clínico aleatorizado: estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre dos o más opciones posibles. Uno de los grupos suele recibir el tratamiento convencional (grupo control), que sirve como patrón de comparación, mientras que otro grupo recibe el tratamiento objeto de estudio (grupo experimental).

Escala autoaplicada: instrumento de evaluación diseñado para ser cumplimentado por el propio individuo o por un informante.

Escala heteroaplicada: instrumento de evaluación diseñado para ser cumplimentado por un examinador. Para su aplicación es necesario que el profesional cuente con diferentes niveles de capacitación profesional según el instrumento.

Estudio de cohortes: consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.

Estudio de casos-control: estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

Estudio observacional: conjunto de estudios epidemiológicos donde no hay intervención por parte del investigador, si no que éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

Embase (*Excerpta Medica data BASE*): base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier que está especializada en el campo de la biomedicina y la farmacología. Contiene más de 12 millones de registros y se puede consultar desde 1974.

Evaluación psicosocial: evaluación que incluye diferentes componentes, de los cuales los más importantes son la evaluación de los factores psicológicos y sociales que pueden explicar la conducta suicida.

Grupos de apoyo: suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por paraprofesionales entrenados o supervisados por profesionales.

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

LifeSpan: modelo de terapia breve individual con orientación cognitiva específicamente diseñada para jóvenes con trastornos mentales graves y riesgo inminente de suicidio. La terapia incluye de 8 a 10 sesiones individuales y 4 fases: inicial, de evaluación del riesgo de suicidio, módulos cognitivos y de cierre.

Lista de espera: término empleado en los ensayos clínicos para designar al grupo con el que se compara la intervención experimental. Se caracteriza porque las variables clínicas de los participantes asignados a este grupo se miden al final del periodo de espera, y posteriormente reciben el tratamiento.

Locus de control: es el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. El locus de control interno es la percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de las propias acciones, mientras que el locus de control externo es la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.

Manejo de contingencias: variedad de técnicas skinnerianas u operantes que comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.

Medline: base de datos bibliográfica producida por la *National Library of Medicine* de los Estados Unidos. Recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4500 revistas médicas desde 1966. Cada registro de Medline contiene los datos básicos de la referencia bibliográfica para su posterior recuperación. PubMed es un sistema de recuperación de la información basado en tecnología world wide web, que permite buscar en bases de datos, entre ellas Medline.

Metanálisis: método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.

Método RAND/UCLA: técnica de consenso. Se basa en una modificación del método Delphi. Con este método se permite combinar las opiniones de una serie de expertos que se constituyen en un panel para discutir la utilización de un procedimiento médico.

Mindfulness: también denominada plenitud de la conciencia o atención plena, es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.

NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*): organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al *National Health Service*.

Plan suicida: propuesta de un método con el cual llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Psicoeducación: programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.

Recaída: empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.

Recuperación: es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses.

Recurrencia: desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.

Remisión: la remisión requiere que el paciente esté asintomático y que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos, y, además, debe producirse una restauración total de la función.

Respuesta: ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de la depresión.

Revisión sistemática: forma de investigación que proporciona un resumen de los estudios existentes sobre una pregunta específica, utilizando para ello métodos explícitos y sistemáticos de identificación, evaluación crítica y síntesis de la literatura científica.

Técnicas de solución de problemas: el entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.

SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*): se formó en 1993 con el objetivo de elaborar y diseminar guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Suicidio: muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

SUPRE: programa que lanzó la OMS en 1999 para la prevención del suicidio.

Tamaño del efecto: es una estimación del efecto de un tratamiento cuando se compara con el grupo control (por ejemplo, otro tratamiento activo, no tratamiento o tratamiento habitual). Un ejemplo de tamaño del efecto es el riesgo relativo (empleado para variables dicotómicas) y la diferencia de medias ponderada y estandarizada (ambas para variables continuas).

Terapia cognitivo-conductual: se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

Terapia conductual: es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica es estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje.

Terapia dialéctico-conductual: es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros diagnósticos. La TDC emplea técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico).

Terapia electroconvulsiva: procedimiento consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.

Terapia familiar: hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención, debido a que algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infantojuvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Terapia interpersonal: aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

Terapia no directiva: procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice, como procedimiento para evitar dirigir al cliente. Su característica distintiva sería la actitud del terapeuta, que promueve las condiciones de la relación terapéutica que favorecen los procesos de cambio psicológico.

Terapia de apoyo: intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, suicidabilidad, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.

Terapia de solución de problemas: intervención psicológica que se centra en el afrontamiento de áreas problemáticas específicas. Para ello el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta en la identificación, priorización y manejo de dichas áreas.

Terapia psicodinámica: deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

Tratamiento habitual: es el tratamiento o cuidado normal según el área donde se realice y en el contexto clínico diario. Es empleado habitualmente como grupo de comparación en los estudios experimentales.

Triage: revisión clínica y sistemática de un conjunto de pacientes con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación que determine el nivel de urgencia.

Anexo 3. Abreviaturas

ADAPT	<i>Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial</i>
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe</i>
Art	Artículo
AP	Atención Primaria
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BHS	<i>Beck Hopelessness Scale</i>
BPRS-24	<i>Brief Psychiatric Rating Scale-24</i>
CCAA	Comunidades Autónomas
CS	Conducta Suicida
DARE	<i>Database of Abstracts Reviews of Effectiveness</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>
ECA	Ensayo clínico aleatorio
ECT	<i>Electroconvulsive therapy</i>
EE.UU.	Estados Unidos de América
EMA	Agencia Europea del Medicamento
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
ESEMeD	<i>European Study of the Epidemiology of Mental Disorders</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GPC	Guía de Práctica clínica
HoNOSCA	<i>Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents</i>
HRSD	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
IBECs	Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IMAO	Inhibidor de la monoaminooxidasa
IC	Intervalo de confianza
IME	Índice médico español
INE	Instituto Nacional de Estadística
InterSePT	<i>International Suicide Prevention Trial</i>
IS PATH WARM	<i>Ideation, Substance abuse, Purposelessness, Anger, Trapped, Hopelessness, Withdrawing, Anxiety, Recklessness, Mood</i>
K-SADS-PL	<i>Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version</i>
MACT	<i>Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy</i>

MAT	Modelo Andorrano de Triage
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
NHS	<i>National Health Services</i>
NHS-EED	<i>National Health Services-Economic Evaluation Database</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NZGG	<i>New Zealand Guidelines Group</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PICO	Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado
RD	Real Decreto
RS	Revisión Sistemática
RSQ	<i>Risk of Suicide Questionnaire</i>
SAD PERSONS	<i>Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking, Organized plan for suicide, No spouse, Sickness</i>
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SPS	<i>Suicide Probability Scale</i>
SSI	<i>Scale for Suicide Ideation</i>
SSI-W	<i>Scale for Suicide Ideation-Worst</i>
SSM	Servicio de Salud Mental
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
SUPRE	<i>Suicide Prevention</i>
TADS	<i>Treatment for Adolescents with Depression Study</i>
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TDC	Terapia dialéctico-conductual
TEC	Terapia electroconvulsiva
TF	Terapia familiar
TIP	Terapia interpersonal
TRIP	<i>Turning Research into Practice</i>
TRP	Terapia de resolución de problemas
UK	<i>United Kingdom</i>

Anexo 4. Conflictos de interés

Coordinadores y miembros del grupo elaborador

María Álvarez Ariza, Gerardo Atienza Merino, Celia Canedo Magariños, Manuel Castro Bouzas, Jesús Combarro Mato, Elena de las Heras Liñero, Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Alejandro García Caballero, Amparo González García, Delia Guitián Rodríguez, María del Carmen Maceira Rozas, Belén Martínez Alonso, José Mazaira Castro, M^a Luisa Mosteiro Álvarez, Laura Pérez Méndez, Teresa Reijas Ruiz y Yolanda Triñanes Pego, declararon ausencia de conflictos de interés.

Colaboradores expertos

Carmen Senra Rivera, Marta Medrano Varela, Susana García-Baquero Borrell y José Ramón García Palacios declararon ausencia de conflictos de interés. Enrique Baca García declaró haber recibido financiación para investigación y dotación de material para el Servicio.

Revisores externos

Germán E. Berrios, Julio Bobes García, Mercedes Borda Más, Rosendo Bugarín González, María Consuelo Carballal Balsa, Ana Díaz Pérez, M^a Dolores Franco Fernández, Lucas Giner Jiménez, Javier Jiménez Pietropaolo, Germán López Cortacáns, Raimundo Mateos Álvarez, Berta Moreno Küstner, Pablo Pascual Pascual, Manuel Portela Romero, Francisco Rodríguez Pulido, Pilar Alejandra Saiz Martínez, Carmen Senra Rivera y Gustavo Turecki, declararon ausencia de conflictos de interés.

Enric Aragonés declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly) y financiación para investigación (Lilly). Manuel Arrojo Romero participó en la elaboración del capítulo “Valoración del intento de suicidio” del Tratado de Medicina de Urgencias, financiado por Laboratorios Menarini. Mario Páramo participó en la elaboración del documento “Recomendaciones preventivas de manejo de comportamientos suicidas” de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, financiado por Laboratorios Adamed. Víctor Pérez Solá declaró haber recibido financiación como ponente en conferencias y cursos (Lilly, Astra-Zeneca, BMS) y por actividades de consultoría para compañías farmacéuticas (Lilly, Astra-Zeneca, BMS).

Anexo 5. Tablas

Tabla 1. Artículos incluidos en tratamiento con litio

Autor; año (ref) TE y NE	Objetivo	Estudios incluidos		Conclusiones
Schou; 1998 (269) RS de distintos estudios NE 2+	Estudiar si el tratamiento profiláctico del litio, reduce la mortalidad y el comportamiento suicida.	13 estudios: – Norton and Whalley 1984 – Coppen et al 1991 – Vestergaard and Aagaard 1991 – Müller-Oerlinghausen et al 1992a – Müller-Oerlinghausen et al 1992b – Müller-Oerlinghausen et al 1996 – Hanus and Zapletálek 1984	– Ahrens et al 1995 – Lenz et al 1994 – Nilsson 1995 – Lepkifker et al 1985 – Szanto et al 1993 – Felber and Kyber 1994	En los estudios revisados, la mortalidad de los pacientes durante el tratamiento con litio no fue significativamente más alta que en la población general. Después de la interrupción del litio la mortalidad fue significativamente más alta de nuevo.
Ernst y Golderg; 2004 (239) RS de distintos estudios NE 2+	Examinar la información existente sobre si los psicotrópicos han demostrado en ensayos clínicos y estudios de seguimiento una reducción de las tendencias suicidas en pacientes psiquiátricos.	11 estudios: – Prien et al 1974 – Muller-Oerlinghausen et al 1996 – Thies-Flechtner et al 1996 – Coryell et al 2001	– Tondo et al 2001 – Bocchetta et al 1998 – Schou 1998 – Tondo et al 1998 – Nilsson 1999 – Baldessarini et al 2003 – Goodwin et al 2003	El litio reduce la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar. No existe evidencia de las propiedades antisuicidio del litio en pacientes con trastorno bipolar y abuso de consumo de alcohol.
Cipriani et al; 2005 (267) Metanálisis de distintos estudios NE 1+	Investigar el efecto del litio, en comparación con el placebo y otros tratamientos activos, sobre el riesgo de suicidio, auto-daño deliberado, y por todas las causas de mortalidad en pacientes con trastorno de estado de ánimo.	11 estudios: – Prien et al 1973a – Prien et al 1973b – Calabrese et al 2003 – Coppen et al 1971 – Dorus et al 1989	– Hardy et al 1997 – Bowden et al 2004 – Glen et al 1984 – Greil et al 1996 – Greil et al 1997 – Wilkinson et al 2002	Litio reduce riesgo de suicidio en pacientes con trastorno del estado de ánimo. Litio tratamiento con mayor evidencia para la prevención de la recaída en el trastorno bipolar. Debe ser un tratamiento de primera línea en estos pacientes.

Autor; año (ref) TE y NE	Objetivo	Estudios incluidos		Conclusiones
Baldessarini et al.; 2006 (266) Metanálisis de distintos estudios NE 1+	Analizar pacientes con trastorno afectivo mayor tratados con litio a largo plazo vs sin litio.	31 estudios: – Prien et al 1974 – Kay & Petterson 1977 – Ahifors et al 1981 – Nilsson & Axelsson 1990 – Modestin & Schwarzenbach 1992 – Müller-Oerlinghausen 1992 – Rihmer et al 1993 – Felber & Kyber 1994 – Lenz et al 1994 – Sharma & Markar 1994 – Koukopoulos et al 1995 – Nilsson 1995 – Greil et al 1996, 1997 – Bocchetta et al 1998 – Coppen & Farmer 1998	– Tondo et al 1998 – Bauer et al 2000 – Brodersen et al 2000 – Kallner et al 2000 – Coryell et al 2001 – Calabrese et al 2003 – Goodwin et al 2003 – Angst et al 2005 – Gonzalez-Pinto 2006 – Poole et al 1978 – Venkoba-Rao et al 1982 – Hanus & Zapletalek 1984 – Lepkifker et al 1985 – Rucci et al 2002 – Bowden et al 2003 – Yerevanian et al 2003	Los riesgos de conducta suicida fue más baja durante el tratamiento con litio al menos durante 18 meses en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos.
Guzzetta et al.; 2007 (268) Metanálisis de distintos estudios NE 2+	Evaluar la evidencia del efecto antisuicida del litio en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente.	8 estudios: – Bech et al 1976 – Lepkifker et al 1985 – Müller-Oerlinghausen 1992 – Greil et al 1996	– Bocchetta et al 1998 – Coppen & Farmer 1998 – Bauer et al 2000 – Tondo et al 2006	El litio representa un tratamiento complementario o alternativo en pacientes suicidas con trastorno depresivo mayor recurrente, o trastorno bipolar.

Autor; año (ref) TE y NE	Objetivo	Estudios incluidos		Conclusiones
APA; 2003 (36) GPC NE 1+	Realizar una revisión de la literatura sobre el suicidio, incluyendo su historia, curso y epidemiología. Revisión y síntesis de la evidencia sobre la evaluación y el tratamiento de la conducta suicida y realización de recomendaciones.	8 estudios: – Malone 1997 – Coppen 1991 – Crudwell 1994 – Nilsson 1999	– Baldessarini 2003 – Tondo 2001 – Tondo 1998, 2000 – Baldessarini 2002	Recomendaciones: – Existe fuerte evidencia de que el mantenimiento a largo plazo con sales de litio está asociado a reducciones en intentos de suicidio y suicidio en pacientes con trastorno bipolar, y evidencia moderada en pacientes con trastorno depresivo mayor [1]. – Cuando se prescribe litio es necesario tener en cuenta su toxicidad potencial en caso de sobredosis, y deberá tenerse en cuenta para decidir la dosis a prescribir [1].
Magellan; 2008 (245) Actualización de GPC (APA) NE 1+	Tratamiento con litio en pacientes con trastorno bipolar.	5 estudios: – Tondo 2001 – Tondo 1998, 2000	– Cipriani 2005 – Baldessarini 1999	Tratamiento con litio reduce significativamente las tasas de suicidio e intentos en pacientes con trastorno bipolar, además la interrupción del tratamiento se asocia con un aumento de morbilidad y mortalidad de suicidio, sobre todo en los primeros 12 meses.
Australia; 2004 (68) GPC NE 1+	Manejo de autolesiones deliberadas (con o sin intento de suicidio) en adultos.	3 estudios: – Tondo 1997 – Coppen 1991	– Burgess 2001	-Litio produce una reducción el riesgo suicida e ideación suicida en 8,6 veces en pacientes con trastornos del ánimo. -Reducción del 5,6 veces el riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar. Pero el riesgo de suicidio es 7 veces mayor cuando se suprime el tratamiento y 16 veces mayor si la supresión se realiza en el primer año. -Incluye una revisión de la Cochrane que dice que no existen conclusiones definitivas sobre el litio como fármaco "antisuicida" .

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; TE: tipo de estudio; RS: revisión sistemática; vs: versus; GPC: guía de práctica clínica; APA: American Psychiatric Association; Australia: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
Elaboración propia.

Tabla 2. Artículos incluidos que abordan el tratamiento con clozapina

Autor; año (ref) TE y NE	Objetivos	Número de estudios incluidos	Conclusiones
Magellan; 2008 (245) Actualización GPC NE 2+	Clozapina, tratamiento en pacientes con esquizofrenia y conducta suicida	3 estudios: – Meltzer et al 2003 – Meltzer et al 2002 – Sernyak et al 2001	Clozapina presenta un potencial efecto para disminuir la tasa de mortalidad en un 85% en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo existen resultados contradictorios, lo que lleva a que el médico debe mantenerse al corriente de los posibles riesgos de la clozapina.
Sakinofky; 2007 (44) RS de ECA NE 2++	Clozapina	1 estudio: – Meltzer et al 2003	Existe cierta evidencia de que la clozapina puede reducir el riesgo de comportamiento suicida en pacientes adultos con psicosis.
Hennen y Baldessarini; 2005 (286) Metanálisis NE 1+	Evaluar la posible propiedad antisuicida del tratamiento con clozapina en pacientes con esquizofrenia y con trastornos relacionados.	6 estudios: Meltzer & Okayli 1995 Walter et al 1997 Reid et al 1998	Tratamiento a largo plazo con clozapina se asoció con una reducción global del riesgo suicida.
Ernst y Goldberg; 2004 (239) RS de distintos estudios NE 2+	Examinar la información existente sobre si los psicotrópicos han demostrado en ensayos clínicos y estudios de seguimiento una reducción de las tendencias suicidas en pacientes con problemas de salud mental.	15 estudios: – Meltzer & Okayli 1995 – Meltzer et al 1999, 2001, 2003 – Walter et al 1997 – Reid et al 1998 – Munro et al 1999 – Sernyak et al 2001 – Duggan et al 2003	Tratamiento con clozapina en pacientes con esquizofrenia, presenta beneficios para prevenir el suicidio en pacientes con esquizofrenia, existe un estudio en desacuerdo, ya que no encuentra diferencias en la tasa de suicidio entre los pacientes tratados con clozapina y el grupo control. -El efecto antisuicidio de la clozapina sobre sujetos que no tienen esquizofrenia es limitada, pero se asocia con un efecto antidepresivo modesto en pacientes con trastorno bipolar. -También puede reducir la impulsividad y agresividad, lo que sería un mecanismo de acción contra el suicidio.

Autor; año (ref) TE y NE	Objetivos	Número de estudios incluidos		Conclusiones
Wagstaff y Perry; 2003 (287) Revisión narrativa de distintos estudios NE 3	Pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo tratados con clozapina	9 estudios: – Meltzer et al 2003 – Spivak et al 1998 – Ciapparelli et al 2000 – Meltzer & Okayli 1995 – Spivak et al 1999	– Modai et al 2000 – Reid et al 1998 – Sajatovic et al 2000 – Sernyak et al 2001	Clozapina está aceptada para reducir la conducta suicida recurrente en pacientes con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo. La clozapina está asociada a efectos adversos graves como la agranulocitosis.

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; TE: tipo de estudio; RS: revisión sistemática; vs: versus; GPC: guía de práctica clínica;
APA: American Psychiatric Association; Australia: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
Elaboración propia.

Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook: Edinburgh: SIGN; 2001.
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
4. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
5. Preventing Suicide. Program Activities Guide [Internet]. USA: Department Health & Human Services; [citado 25 ene 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/PreventingSuicide-a.pdf>
6. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities; 2004.
7. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 ene 2011]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
9. Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
10. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8):e1-e21.
11. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;371:9-20.
12. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-5.
13. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248-63.
14. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-77.
15. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 183-212.
16. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf>

17. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37):1-11.
18. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
19. Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
20. Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2009;2(2):63-5.
21. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
22. López-Ibor JJ, Alonso J, Haro JM. Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(suppl. 2):1-3.
23. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395-405.
24. Werlanga BG, Botegab NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(4):212-9.
25. Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*. 2009;9(45):1-9.
26. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13(15-16):243-56.
27. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70(7):271-85.
28. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8.
29. Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. *Salud Global Salud Mental*. 2002;4:2-15.
30. Defunciones según la causa de muerte 2007. Tasas de mortalidad por causas [Internet]. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2007 [citado 22 ene 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/10/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>
31. Chishti P, Stone DH, Corcovan P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13:108-14.
32. Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*. 2006;20(1):25-31.
33. Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:328-31.
34. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004;21(2):62-8.
35. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006 Informe N°. I+CS 2006/01.

36. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Internet]. American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
37. Pérez Barrero SA, Mosquera D. El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Ediciones Pléyades; 2006.
38. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J, editors. Madrid: Triacastela; 2011.
39. SAMHSA'S National Mental Health Information Center. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA Health Information Network; 2010 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3517/appendix.asp>
40. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
41. López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2007. Informe N°. Osteba D-07-02.
42. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe N°. 16.
43. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006.
44. Sakinofsky I. Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6S1):71S-84S.
45. Williams JM, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000.
46. O'Connor RC. The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide Life-Threat Behav*. 2007;37(6):698-714.
47. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):180-206.
48. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66(6):477-93.
49. Crisafulli C, Calati R, De Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A, et al. Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clin Neuropsychiatry*. 2010;7(4/5):141-8.
50. Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
51. Laje G, Paddock S, Manji H, Rush J, Wilson AF, Charney D, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164(10):1530-8.
52. Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, et al. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2010;153B(1):208-13.
53. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-oncology* 2010;19(12):1250-8.

54. Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 1997. Informe N°.: COM(97)224.
55. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
56. Lorente Acosta M, Sánchez de Lara Sozano C, Naredo Cambor C. Suicidio y violencia de género. 2006.
57. Víctimas mortales por violencia de género. Ficha resumen - datos provisionales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 15 feb 2011]. Disponible en: <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244655094407&ssbinary=true>
58. Judge B, Billick SB. Suicidality in Adolescence: Review and Legal Considerations. Behav Sci Law. 2004;22(5):681-95.
59. King M, Semlyen J, See Tai S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008;8:70.
60. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton, AB, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 2002. Informe N°.: 26.
61. Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. CMAJ. 2010;182(6):569-72.
62. Kapur N, House A, May C, Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults-results from a six centre descriptive study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:390-95.
63. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, et al. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. J Affect Disord. 2008;106(3):285-93.
64. Nordentoft M, Sogaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. Nord J Psychiatry. 2005;59:213-6.
65. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010;3(1):13-8.
66. Schechter M, Maltzberger JT. The clinician interview as a method in suicide risk assesment. En: Wasserman D, Wasserman C, eds. Suicidology and Suicide Prevention A global Perspective. New York: Oxford University Press; 2009.
67. Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. En: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, eds. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford; 1992. p. 625-39.
68. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38:868-84.
69. Royal College of Psychiatrists. Assessment following self-harm in adults [Internet]. London: Royal College of Psychiatrists; 2004. Informe N°.: CR 122. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr122.aspx>

70. Royal College of Psychiatrists. Self-harm, Suicide and Risk: Helping People who Self-harm. London: Royal College of Psychiatrists; 2010. Informe N°. CR158.
71. World Health Organization. Preventing suicide. A resource for Primary Health Careworkers[Internet]. Geneva: Department of Mental Health. World Health Organization; 2000 [citado 6 may 2009]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf
72. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/es/index.html
73. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194:104-10.
74. Froján MX. Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide. 2006.
75. Ekman P. Como detectar mentiras, una guia para utilizar en el trabajo, la politica y la pareja. Barcelona: Paidós; 1991.
76. New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
77. Lamb TF. A systematic review of deliberate self-harm assessment instruments. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2006;66(10-B):5686.
78. Brown GK. A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults[Internet]. Rockville (MD): National Institute of Mental Health; 2002 [citado 12 abr 2010]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf>
79. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-65.
80. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Rev investig psicol*. 2006;9(1):69-79.
81. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:190-95.
82. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med*. 2007;37(6):769-78.
83. Aish AM, Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychol Med*. 2001;31:367-72.
84. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of the valuation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100.
85. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.
86. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*. 1975(12):217-36.
87. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):348-9.
88. Comité de Consenso de Catalunya en Terapèutica de los Trastornos Mentales, editor. Recomendaciones terapéuticas en los trastorno mentales. Conducta suicida. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2005.

89. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: conducta suicida[Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2008 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf
90. Berman A. Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client: The “how to” aspects of assessing suicide risk and formulating treatment plans. *Family Therapy Magazine*. 2006;5(4):7-10.
91. Juhnke GA, Granello PF, Lebrón-Striker MA. IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors (ACAPCD-03). Alexandria, VA: American Counseling Association; 2007.
92. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
93. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*. 1974;34(2):445-46.
94. Díaz FJ, Baca-García E, Díaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(4):197-202.
95. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
96. Ramos-Brieva JC. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22:21-8.
97. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire. Unpublished inventory. Seattle: University of Washintong; 1981.
98. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:276-86.
99. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, de la Cruz V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (FFLI). *Hispanic J Behav*. 2000;22:223-32.
100. Plutchik R, van Praag HR, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989;30(4):296-302
101. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61:143-52.
102. Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. *Prog Neuropsychofarmacol Biol Psychiatr*. 1989;(Suppl) 23-4
103. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ, et al. Validación de la escala de impulsividad de Plutchnik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61(3):223-32.
104. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. En: Monahan J SH, ed. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.
105. Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS- 11). *Eur J Psychiatry*. 2001;15:147-55.
106. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*. 1957;21(4):343-9.
107. Montalván V, Graver R, María A, Oquendo MA, Baca-García E, Morales M, Mann J. Spanish Adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *European journal of psychiatry*. 2001;15(2):101-12

108. Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 1974;124:573-78.
109. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special references to parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1991;159:185-92.
110. Rogers JR, Alexander RA, Subich LM. Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist. *Journal of Mental Health Counseling*. 1994;16:352-68.
111. Stanley B, Traskman-Bendz L, Stanley M. The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacol Bull*. 1986;22(1):200-5.
112. Pierce DW. Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry*. 1977;130:377-85.
113. Weisman AD, Worden JW. Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(6):553-60.
114. Poldinger W. *La tendencia al suicidio*. Madrid: Morata; 1969.
115. Motto JA, Bostrom AG. Preliminary field testing of risk estimator for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1985;15:139-50.
116. Zung WW. Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide prevention. En: Grant, ed. *A Medical Toxicology Index*; 1973. p. 221-49.
117. Zung WW. Clinical Index of potencial suicide. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettters DJ, eds. *The prediction of suicide*. Maryland: The Charles Press; 1974. p. 229-49.
118. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*. 2001;107(5):1133-7.
119. Robles Garcia R, Agraz Páez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:292-97.
120. Werlang B. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life-Threat Behav Res Ther*. 2003;33:326-30.
121. García-Caballero A, Recimil MJ, Touriño R, García-Lado I, Alonso MC, Werlang B, et al. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIP) en Español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):332-9.
122. Posner K, Melvin GA, Stanley B. Identification and Monitoring of Suicide Risk in Primary Care Settings. *Primary Psychiatry*. 2007;14(12):50-5.
123. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, Goyer PF, Major LF. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res*. 1979; 1:131-9.
124. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, et al. Referencia Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41.
125. Ferrando L, Franco AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP. 1998.
126. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(2):240-59.
127. Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health*. 2004;95(5):357-60.
128. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909-16.

129. Lastra I, y cols. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL, ed. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 753-70.
130. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Guía de Salud Mental en Atención Primaria* [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001 [citado 27 abr 2010]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>
131. *Protocolos de intervención en urgencias extrahospitalarias 061*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.
132. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1759-63.
133. Goertemiller Carrigan C, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(4):169-74.
134. Organización Mundial de la Salud. *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2010 [citado 2 nov 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html
135. Cooper J, Murphy E, Jordan R, Mackway-Jones K. Communication between secondary and primary care following self-harm: are National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines being met?. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;23(7):21.
136. Miller TR, Taylor DM. Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):425-35.
137. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306-69.
138. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*. 2010;31(1):1-6.
139. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
140. Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, et al. *Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora*. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela andaluza de Salud Pública; 2003.
141. *Emergency triage; Manchester triage group*, 2d ed. Mackway-Jones K ed. London: BMJ Books; 2006.
142. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. *Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuales i manual de formació*. Andorra la Vieja: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
143. Robles R, Paéz F, Ascencio M, Mercado E, Hernández L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(5):292-7.
144. Folse VN, Hahn RL. Suicide risk screening in an emergency department: engaging staff nurses in continued testing of a brief instrument. *Clin Nurs Res*. 2009;18(3):253-71.
145. Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. *Emerg Med J*. 2009;26(6):418-20.

146. Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res.* 2001;50(2):87-93.
147. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet.* 1999;353(9162):1397-400.
148. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ.* 1999;318(7193):1235-9.
149. Bailey S. Critical care nurses' and doctors' attitudes to parasuicide patients. *Aust J Adv Nurs.* 1994;11(3):11-7.
150. Suokas J, Lonnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79(5):474-80.
151. Ojehagen A, Regnell G, Traskman-Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;84(3):266-71.
152. Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emerg Med J.* 2006;23(4):251-5.
153. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Proyecto de Programa docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. Madrid: SEMES; [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.semes.org/images/stories/pdf/formacion_formacion_continuada.pdf
154. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 2010;340:c3222.
155. Miret M, Nuevo R, Ayuso-Mateos JL. Documentation of suicide risk assessment in clinical records. *Psychiatr Serv.* 2009;60(7):994.
156. Kleespies PM, Dettmer EL. An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. *J Clin Psychol.* 2000;56(9):1109-30.
157. Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *BMJ.* 2005;330(7488):394-5.
158. Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med.* 2006;48(4):459-66.
159. Cooper J, Kapur N, Mackway-Jones K. A comparison between clinicians' assessment and the Manchester Self-Harm Rule: a cohort study. *Emerg Med J.* 2007;24(10):720-1.
160. Dennis M, Evans A, Wakefield P, Chakrabarti S. The psychosocial assessment of deliberate self harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emerg Med J.* 2001;18(6):448-50.
161. Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S. Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff: an intervention study. *J Accid Emerg Med.* 1998;15(1):18-22.
162. Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A, et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychol Med.* 2000;30(4):805-12.
163. Morriss R, Gask L, Webb R, Dixon C, Appleby L. The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychol Med.* 2005;35(7):957-60.

164. Dicker R, Morrissey RF, Abikoff H, Alvir JM, Weissman K, Grover J, et al. Hospitalizing the suicidal adolescent: Decision-making criteria of psychiatric residents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:769-76.
165. NSW Health Department. Mental health for emergency departments – a reference guide. New South Wales: Centre for Mental Health; 2001.
166. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self-harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*. 1998;317(7156):441-7.
167. Jacobson G. The inpatient management of suicidality. En: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Josey-Bass; 1999.
168. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1990;157:871-6.
169. Baca-García E, Díaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv*. 2004;55(7):792-7.
170. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, et al. Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1124-32.
171. Suominen K, Lonnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):424-30.
172. Hepp U, Moergeli H, Trier SN, Milos G, Schnyder U. Attempted suicide: factors leading to hospitalization. *Can J Psychiatry*. 2004;49(11):736-42.
173. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2007;58(4):561-5.
174. Wenzel A, Brown GK, Beck AT, editors. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Applications*. Washington: American Psychological Association; 2009.
175. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*. 1994;308:1227-33.
176. Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. *Crisis*. 2004;25(3):108-17.
177. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry*. 2007;190:11-7.
178. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001764.
179. McMain S. Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):103S-14S.
180. Fountoulakis KN, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: A review of the evidence. *J Affect Disord*. 2009;113:21-9.
181. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008;32(1):77-108.
182. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*. 2001;31:979-88.

183. Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.
184. SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment. Dialectical behavioral therapy (DBT) in borderline personality disorder. Stockholm: SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment; 2005. Informe N°.: 2005-07.
185. Torhorst A, Moller HJ, Schmid-Bode KW, et al. Current Issues of Suicidology. Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, editors. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1988.
186. 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. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Informe N°.: avalia-t 2006/06.
187. Patsiokas AT, Clum GA. Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. *Psychotherapy*. 1985;22:281-90.
188. Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self-harm: The impact of primary prevention program among adolescents. *J Adolesc*. 1993;16:121-40.
189. Raj MAJ, Kumaraiah V, Bhide AV. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:340-5.
190. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1246-53.
191. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(7):807-20.
192. Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563-70.
193. Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L, the Socrates Trial Group. Suicide behavior over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophr Res*. 2006;83:15-27.
194. Linehan MM. Cognitive Behavioral treatment borderline personality disorder. New York (NY): Guilford Press; 1993.
195. Linehan M, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard L. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:1060-4.
196. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtopis KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. *Am J Addict*. 1999; 8:279-92.
197. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32:371-90.
198. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:146-57.
199. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, van dem Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.

200. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:276-82.
201. van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43:1231-41.
202. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-66.
203. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual assisted cognitive behavior therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1999;29:19-25.
204. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behavior therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychol Med*. 2003;33:969-76.
205. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ, Jr.. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord*. 2006; 20:482-92.
206. Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. New York: Oxford University Press; 2009.
207. Lerner MS, Clum GA. Treatment of suicide ideators: A problem solving approach. *Behav Ther*. 1990;21:403-11.
208. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav*. 1994;24:382-94.
209. Rudd MD, Rajab MH, Orman DT, Stulman DA, Joiner T, Dixon W. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *J Consult Clin Psychol*. 1996; 64:179-90.
210. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a suicidal prevention centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *Eur Psychiatry*. 2005;20:121-8.
211. Liberman RP, Eckman T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:1126-30.
212. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation, and hopelessness among patients with first-episode psychosis: One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2002;181(Suppl. 43): 98-106.
213. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:113-20.
214. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35: 317-28.
215. Power PJR, Bell RJ, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L, et al. Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:414-20.
216. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cogn Ther Res*. 2008;32:227-45.

217. Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Jr., Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(10):1550-6.
218. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) Trial. *J Pers Disord.* 2006;20(5):450-65.
219. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health technol Assess.* 2008;12(14).
220. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):284-90.
221. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008;192(3):202-11.
222. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. *Clin Psychol Psychother* 2008;15:205-16
223. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(6):662-70.
224. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry.* 2007;164:922-28.
225. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1365-74.
226. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation* 2005;2(5):277-82.
227. Klerman G, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic Books; 1989.
228. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Papers Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ.* 2001;323(135).
229. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Randomized Controlled Trial in Depressed Older Primary Care Patients: A Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms. *JAMA.* 2004;291(9):1081-91.
230. Alexopoulos GS, Reynolds CF, 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry.* 2009;166(8):882-90.
231. Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(4):463-70.
232. Harrington RC, Kerfoot M, Dyer E, McGiven F, Gill J, Harrington V, et al. Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:512-8.
233. Feixas G, Miró M. *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos.* Barcelona: Paidós; 1993.

234. Gregory RJ, Remen AL. A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008;45:15-27.
235. Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, Ploutz-Snyder RJ. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *J Am Psychoanal Assoc*. 2009;57(1):199-205.
236. Arnevik E, Wilberg T, Urnes O, Johansen M, Monsen JT, Karterud S. Psychotherapy for personality disorders: short-term day hospital psychotherapy versus outpatient individual therapy - a randomized controlled study. *Eur Psychiatry*. 2009;24(2):71-8.
237. Bousoño García M, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. En: *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson; 1997.
238. Ros Montalbán S, Arranz Martí B, Peris Díaz MD. Aproximaciones terapéuticas preventivas. En: *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars medica; 2004.
239. Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(1):14-41.
240. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):1044-9.
241. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Informe No.: avalia-t 2007/09.
242. Sakinofsky I. Treating Suicidality in Depressive Illness. Part 2: Does Treatment Cure or Cause Suicidality? *Can J Psychiatry*. 2007;52(6S1):85S-101S.
243. Zisook S, Trivedi MH, Warden D, Lebowitz B, Thase ME, Stewart JW, et al. Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: an examination of citalopram in the STAR*D study. *J Affect Disord*. 2009;117(1-2):63-73.
244. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(2):116-22.
245. Magellan Behavioral Health: Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. 6/08 v.2 [Internet]: Magellan Health Services; 2008 [citado 16 mar 2010]. Disponible en: http://www.magellanprovider.com/MHS/MGL/providing_care/clinical_guidelines/clin_prac_guidelines/suicide.pdf
246. Baldessarini R, Pompili M, Tondo L, Tsapakis E, Soldani F, Faedda G, et al. Antidepressants and suicidal behavior: Are we hurting or helping? *Clin Neuropsychiatry*. 2005;2:73-5.
247. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J, Akiskal HS. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior Part 2. The impact of antidepressants. *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):13-21.
248. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161(1):163-5.
249. Kraus JE, Horrigan JP, Carpenter DJ, Fong R, Barrett PS, Davies JT. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. *J Affect Disord*. 2010;120(1-3):40-7.
250. Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1990;147(2):207-10.

251. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2173-5.
252. Joint Royal College of Paediatrics and Child Health/Neonatal and Paediatric Pharmacists Group Standing Committee on Medicines. The Use of Unlicensed Medicines or Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Paediatric Practice-Policy Statement. London: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2002.
253. Duff G. Selective serotonin reuptake inhibitors-use in children and adolescents with major depressive disorder 2003 [citado 10 nov 2009]. Disponible en: <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/seroxat18.pdf>
254. US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory. Suicidality in Children and Adolescents Being Treated with Antidepressant Medications. Silver Spring (MD): FDA; 2004 [citado 13 jun 2009]. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm>
255. US Food and Drug Administration. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. Silver Spring (MD): FDA; 2007 [citado 17 jun 2009]. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm>
256. European Medicines Agency. European Medicines Agency finalises review of antidepressants in children and adolescents. East Sussex: European Medicines Agency; 2005 [citado 19 jun 2009]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/>
257. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información de la Agencia Española de Medicamentos (2005 y 2006): ISRS en el tratamiento depresivo mayor de niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2006 [citado 19 jun 2009]. Disponible en: <http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm>
258. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2006 [citado 18 jun 2009]. Disponible en: <http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm>
259. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009;339:b2880.
260. Silva H, Martínez JC. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Rev Med Chile* [revista en Internet]. 2007 [citado 24 ene 2011]; 135(9). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000900016&lng=es
261. Díaz Marsá M, Sáiz González D, Carrasco Perera JL. Comportamientos suicidas y trastornos del control de los impulsos. En: *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars-Medica; 2004.
262. Kim HF, Marangell LB, Yudofsky SC. Psychopharmacological treatment and electroconvulsive therapy. En: Simon RI, Hales RE, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of suicide assessment and management*. Washington: The American Psychiatric Publishing; 2006.
263. Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;2:II/72-II/5.
264. Tondo L, Baldessarini RJ. Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(2):179-83.
265. Koldobsky NM. Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad. *Psiquiatriacom* [revista en Internet]. 2002 [citado 27 dic 2010]; 6(4). Disponible en: http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/1136/1/psiquiatriacom_2002_6_4_4.pdf

266. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):625-39.
267. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1805-19.
268. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(3):380-3.
269. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior: a review for clinicians. *J Affect Disord.* 1998;50:253-9.
270. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risk during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. *Pharmacopsychiatry.* 2009;42:72-5.
271. Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, et al. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: a randomised, placebo-controlled, 1-year trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:469-79.
272. Collins JC, McFarland BH. Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2008;107(1-3):23-8.
273. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *J Affect Disord.* 2007;103(1-3):5-11.
274. Pompili M, Tatarelli R. Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro. *Minerva psichiatr.* 2007;48(1):99-118.
275. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA.* 2003;290(11):1467-73.
276. Sauders K, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2009;18(3):172-8.
277. Gutiérrez-García AG, Contreras CM. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. *Salud Mental.* 2008;31(5):417-25.
278. Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ, Tohen M, Baldessarini RJ. Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1246-52.
279. Sondergard L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. *Bipolar Disord.* 2008;10(1):87-94.
280. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2003;73:223-8.
281. FDA US Food and Drug Administration. Antiepileptic Drugs [Internet]. Rockville (MD): FDA; 2008 [citado 21 sept 2010]. Disponible en: <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm074939.htm>
282. Paterno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, et al. Anticonvulsant Medications and the Risk of Suicide, Attempted Suicide, or Violent Death. *JAMA.* 2010;303(14):1401-9.
283. Bjerring Olesen J, Riis Hansen P, Erdal J, Zabell Abildstrom S, Weeke P, Loldrup Fosbol E, et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:518-24.
284. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, Mann JJ. Relationship between antiepileptic drugs and suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Arch gen Psychiatry.* 2009;66(12):1354-60.

285. Arana A, Wentworth CE, Ayuso-Mateos JL, Arellano FM. Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs. *N Engl J Med*. 2010;363(6):542-51.
286. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;73(2-3):139-45.
287. Wagstaff A, Perry C. Clozapine: in prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS drugs*. 2003;17(4):273-80.
288. Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R. Impact of clozapine on completed suicide. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):931-7.
289. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):82-91.
290. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(8):1228-336.
291. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmassnahme. *Deutsches Ärzteblatt*. 2003(3): 141-3.
292. National Institute of Clinical Excellence. Guidance on the use of Electroconvulsive Therapy. London: NICE; 2003. Technology Appraisal Guidance 59.
293. Royal College of Psychiatrists ECT handbook. The Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT (Council Report CR128). London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
294. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical Memorandum #12. Electroconvulsive Therapy. Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT). New Zealand: The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; 2005.
295. Falconer DW, Cleland J, Fielding S, Reid IC. Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) to assess the cognitive impact of electroconvulsive therapy on visual and visuospatial memory. *Psychol Med*. 2009;40(6):1017-25.
296. Sociedad Española de Psiquiatría. Consejo español sobre la terapia electroconvulsiva (TEC) [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999 [citado 2 dic 2010]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2009-12-15/136>
297. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: Systematic reviews and economic modelling studies. *Health technol Assess*. 2005;9(9):94.
298. Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck PE. Somatic treatment of catatonia. *Int J Psychiatry Med*. 1995;25(4):345-69.
299. Miller L. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(5):444-50.
300. SURE (Service User Research Enterprise). Review of Consumers Perspectives on Electroconvulsive Therapy [Internet]. London: Department of Health; 2002 [citado 2 nov 2010]. Disponible en: <http://www.healthyplace.com/images/stories/depression/ec-consumerperspectives.pdf>
301. Walter G, Rey JM, Mitchell PB. Practitioner review: electroconvulsive therapy in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(3):325-34.
302. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361(9360):799-808.

303. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(2):CD000076.
304. Tsuang MT, Dempsey GM, Fleming JA. Can ECT prevent premature death and suicide in 'schizoaffective' patients? *J Affect Disord*. 1979;1(3):167-71.
305. Avery D, Winokur G. Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antidepressants. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(9):1029-37.
306. Babigian HM, Guttmacher LB. Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(3):246-53.
307. Black DW, Winokur G, Monandoss E, Woolson RF, Nasrallah A. Does treatment influence mortality in depressives? *Ann Clin Psychiatry*. 1989;1:165-73.
308. Sharma V. Retrospective controlled study of inpatient ECT: does it prevent suicide? *J Affect Disord*. 1999;56(2-3):183-7.
309. Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies BJ, Tare V. Should Electroconvulsive Therapy Be an Early Consideration for Suicidal Patients? *J ECT*. 2006;22(2):113-5.
310. Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depress Anxiety*. 2006;23(1):34-41.
311. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):977-82.
312. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. 2nd ed. Washington, DC: APA; 2001.
313. Código penal, Ley Orgánica 10/1995. Boletín Oficial del Estado, N° 281, (24 de noviembre de 1995).
314. Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J. La Salud Mental en los Tribunales. Madrid: Arán Ediciones; 2007.
315. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002. Boletín Oficial del Estado, N° 274, (15 de noviembre de 2002).
316. Ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, N° 7, (8 de enero de 2000).
317. Díaz-Ambrona Bardají MD, Serrano Gil A, Fuertes Rocañín JC, Hernández Díaz-Ambrona P. Introducción a la medicina legal. Barcelona: Diaz de Santos; 2007.
318. Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1997.
319. Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. Pleno del Tribunal Constitucional, Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Boletín Oficial del Estado, N° 4, (1 de enero de 2011).
320. Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Colex; 1990.
321. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, Bascarán Fernández T, Bousoño García M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.
322. Ley general de sanidad, Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, N° 102, (29 de abril de 1986).

- 323. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, N° 311, (29 de diciembre de 1978).
- 324. Ley de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, Ley Orgánica 5/1992. Boletín Oficial del Estado, N° 262, (31 de octubre de 1992).
- 325. Consejo General de Colegios Médicos. Código de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 1999. Disponible en: <http://www.cgcom.org/deontologia>
- 326. Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2010.

