

# SUICIDIO: LA MUERTE IGNORADA

## *¿Se puede prevenir el suicidio?*

Carmen Tejedor Azpeitia

Anna Díaz Pérez

Judit Farré Berrecosa

Carmen Gómez Guijarro.

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo.

Universidad Autónoma Barcelona.

E-mail: ctejedor@santpau.cat

*Suicide is perhaps the most devastating death, for both the suicidal, and those who survive him. Suicide is not a disease in itself but a behavior, the final pathway resulting from various risk factors: major mental illness and previous suicide attempts as the most important, medical illnesses that present with chronic pain, disabling, or determining disability or cognitive impairment, stressful life events, especially the loss or emotional breakdowns, and finally the social isolation. Treatment of patients with suicidal behavior includes pharmacotherapy, psychotherapy and social interventions. A review of the most effective is carried out.*

*Models for the prevention of suicidal behavior are divided into: psychoeducation programs in primary care, to "Gatekeepers" and to general population; detection and monitoring of risk groups, media and suicidal method's control.*

*Keywords: suicide, risk factors, prevention, psychoeducation*

---

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven. Hablar del suicidio es a la vez hablar de la vida, ¿qué es la vida? Ante una persona dispuesta a arrojar al vacío desde la altura, ¿qué razones pueden darse para que desista de ello? Cada uno tiene un umbral máximo de tolerancia al dolor físico o psicológico; cuando se supera este umbral la solución es la muerte, la huida, la venganza de una situación insostenible.

El suicidio en sí mismo no es una enfermedad, es una conducta, la vía final resultado de diversos factores, el principal es la enfermedad mental. La conducta suicida incluye el **suicidio**, el **intento suicida**, la **ideación suicida**. Los anglosajones denominan **parasuicidio** aquellos actos que tienen bajo riesgo vital, autolesiones

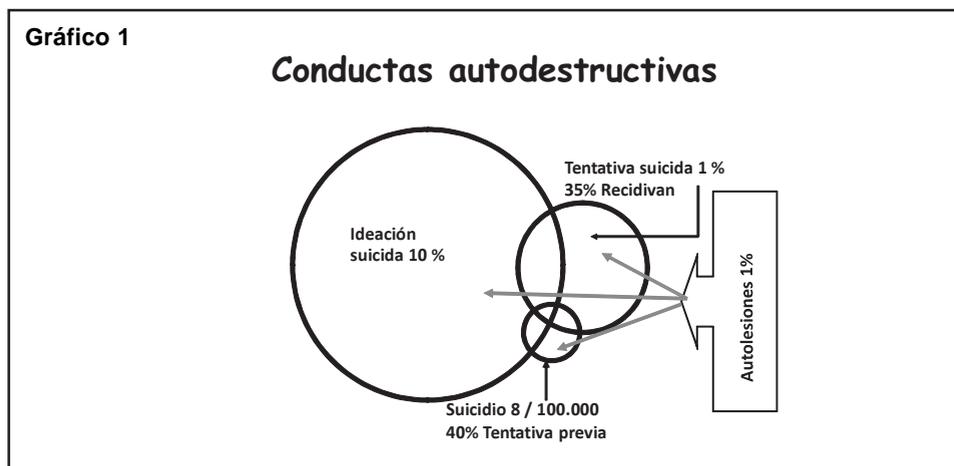
para conseguir ayudas del medio social. Finalmente se denominan **conductas autodestructivas indirectas** aquellos estilos de vida cuyo mantenimiento acorta la calidad o años de vida (abandono del tratamiento médico, voracidad en la obesidad, continuar fumando en la insuficiencia respiratoria, etc.).

### Datos generales

La muerte por suicidio, ignorada frecuentemente por el medio social, es un problema sanitario de relevancia. Desde la segunda mitad del siglo XX la tasa de suicidios ha aumentado un 60%; entre los varones, especialmente jóvenes, es la primera causa de muerte por causas externas, en España desde 2009 también, antes le precedían las muertes por accidentes de tráfico. Cada año se suicidan en el mundo casi un millón de personas, 163.000 europeos, lo que representa una tasa de 17,5 suicidios por 100.000 habitantes (*Informe WHO Europe mental health, 2005*). En España la tasa de suicidios es inferior, situándose alrededor del 8 por 100.000 habitantes en 2006, con diferente frecuencia entre los varones, 12,6, versus 3,5 entre las mujeres.

Por cada suicidio consumado se realizan unos 20 o 30 intentos suicidas, que tienen alto riesgo de recidivar; hasta un 35-50% repiten el intento, sobre todo por intoxicaciones medicamentosas voluntarias. Es de señalar que entre los muertos por suicidio un 40% han realizado previamente un intento suicida, por ello el intento se convierte en un riesgo elevado de posterior consumación. En encuestas de población general el 10% de los sujetos reconoce haber tenido ideación suicida durante el mes previo (ver gráfico 1).

Los sujetos con conducta autodestructiva no constituyen poblaciones independientes, forman un continuum, se superponen entre ellas (Nock *et al.*, 2008). Valorar el riesgo de que lleguen a la muerte suicida es una de las tareas más complejas que tiene que realizar el psiquiatra, el médico o el personal asistencial.



## **Factores de riesgo suicida. Breve revisión histórica**

E. Durkheim (1897) publica la obra básica sobre las hipótesis sociológicas del suicidio. El suicidio deja de ser un acto de libertad individual para convertirse en el resultado de la acción del sistema social sobre la conducta del suicida. Las diferencias estadísticas en la mortalidad suicida de los distintos países o grupos sociales son debidas a variables económicas, religiosas, culturales, políticas, institucionales, etc. El número de muertes por suicidio es un indicador de la salud de una sociedad.

Farberow y Shneidman (1961) describen la tarea del equipo multidisciplinario del Centro de Prevención del Suicidio de la ciudad de Los Ángeles. Desde la perspectiva asistencial comunitaria, detallan sus actividades clínicas e investigadoras sobre el suicidio. La autopsia psicológica: reconstrucción con los supervivientes de los últimos días previos al suicidio. Los prejuicios y creencias erróneas socialmente establecidas: “el que lo dice, no lo hace”, “el suicida es siempre un demente”, “el suicidio se realiza sin avisar”. La prevención se basa en la intervención en las situaciones de crisis: detectando los factores de riesgo suicidógeno, sociales y personales, se puede actuar en la fase presuicida. “...la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir el individuo”. Finalmente, la educación suicidológica de la policía, jueces, maestros, sacerdotes, etc., no sólo potencian la detección precoz del suicida, sino también su seguimiento en la comunidad. La integración de voluntarios supervisados por terapeutas, para ofrecer asistencia en situaciones de emergencia las 24h del día, los teléfonos de ayuda.

Åsberg, Träskman y Thorén (1976) fueron los primeros en señalar la relación entre conducta suicida y los niveles bajos de 5 HIAA, metabolito de la serotonina en líquido cefalorraquídeo (LCR). Estudiando un grupo de 68 pacientes depresivos observaron un incremento de intentos de suicidio entre los pacientes del subgrupo con nivel bajo de 5 HIAA, 40% vs 15% entre los depresivos con niveles de 5 HIAA normales. Además, los pacientes con bajo nivel de 5 HIAA, utilizaron métodos violentos y consumaron posteriormente el suicidio (2 pacientes) en mayor proporción significativamente que el grupo con niveles normales de 5 HIAA, estos realizaron intentos suicidas con intoxicaciones medicamentosas de escasa letalidad y ninguno se suicidó durante el tiempo estudiado. Con toda prudencia, los autores sugieren el nivel de 5 HIAA en LCR como marcador de riesgo suicida en pacientes depresivos, así como predictor de la posterior consumación del suicidio tras realizar una tentativa suicida.

Durante la primera mitad del siglo XX, el estudio sociológico de Durkheim y su análisis estadístico de las tasas de mortalidad suicida en función de distintas variables estadísticas, amplió el paradigma asistencial del suicidio. Hasta entonces, los modelos seguían el criterio legal o filosófico para los sujetos “normales” o la “pérdida de la razón” de los enfermos mentales (“todo suicidio es efecto de un delirio o enfermedad mental”, Esquirol, 1838).

Los modelos sociológico y comunitario del suicidio favorecieron la creación de las escalas de detección de riesgo suicida, construidas en base a características sociodemográficas e individuales observadas en las autopsias psicológicas de poblaciones de muertos por suicidio. El valor predictivo de las escalas de riesgo suicida fue el principal objetivo de los estudios de la década 1960-70. El resultado actualmente se valora relativamente, su sensibilidad y especificidad son muy bajas para poder aplicarlas individualmente; por su gran sensibilidad dan cifras muy altas de falsos positivos (sujetos que no se suicidarán), y también por una especificidad baja dan falsos negativos (sujetos que posteriormente consuman el suicidio sin ser valorados como tales), pero sí que han tenido gran validez para estudiar la epidemiología de las conductas autodestructivas porque permiten estandarizar la información entre diferentes poblaciones. Así pudieron definirse grupos de riesgo a los que aplicar medidas de prevención. Al proponer el suicidio como un fracaso de la sociedad, desculpabilizó y disminuyó el tabú y represión social de los sujetos afectados, potenciando medidas asistenciales integradoras. Cabe destacar la consistencia estadística de las tasas de mortalidad señaladas por Durkheim; un siglo después su estabilidad se mantiene demoledoramente.

A partir de la introducción de los fármacos tranquilizantes, barbitúricos, y sobre todo desde la década de 1960 con el desarrollo de la psicofarmacología, la sociedad del bienestar experimenta una epidemia desconocida históricamente: las intoxicaciones medicamentosas voluntarias con finalidad autolítica. La tentativa suicida se convierte en la urgencia psiquiátrica más frecuente de los hospitales generales. Stengel (1965) describe la epidemiología de los intentos suicidas diferenciándolos de los suicidios consumados, si bien las dos poblaciones se superponen en cierta medida: el 10-15% de las tentativas iniciales consuman el suicidio en los 10 años posteriores. Desde entonces la diferenciación de estas dos subpoblaciones continúa siendo motivo de estudio y polémica. El riesgo de recidiva del intento suicida ha ido aumentando con el tiempo, actualmente llega a ser del 50%. La aparición de los “grandes repetidores”, que realizan múltiples tentativas de baja intención letal, dio lugar al concepto de parasuicidio o suicidio crónico (Kreitman, 1977).

La epidemiología demuestra repetidamente que el 90% de los suicidios consumados presentan un trastorno mental, los síntomas más frecuentes son los depresivos. La disminución de los niveles de serotonina, del 5-HIAA en LCR, descritos por Åsberg, fue el inicio prometedor de hallar un marcador neuroquímico predictor de la conducta autodestructiva y de su posible tratamiento, los antidepresivos de acción serotoninérgica tendrían una indicación decisiva. Por ello desde esta fecha la investigación neurobiológica ha tenido especial relevancia, ha aportado datos sugerentes también de hipoactividad noradrenérgica y dopaminérgica en pacientes suicidas, pero de menor consistencia que la correlación con la disminución de la serotonina. Actualmente los estudios se centran en el metabolismo de la

serotonina (Maris, 2002; Man, 2005; Hawton, 2009): en el transportador de la serotonina y los polimorfismos en el gen para la triptófano hidroxilasa (TPH), sondas neuroendocrinas: respuesta aplanada de la prolactina/fenfluramina. También se ha señalado la disminución del colesterol sérico en varones con trastornos de personalidad antisocial (cuestionados actualmente). Es decir, la conducta suicida sería un síndrome que podría ser neurobioquímicamente diferenciado, que se puede presentar asociado a diferentes categorías diagnósticas. (Desgraciadamente las expectativas despertadas por la investigación neuroquímica, y consecuentemente la utilización de psicofármacos que actúen sobre las disfunciones descritas, no han cambiado significativamente la mortalidad suicida).

Finalmente reseñar la influencia genética en la conducta suicida, los estudios en familias, gemelos, poblaciones endogámicas, confirman la heredabilidad de la conducta, llegando a atribuirse el 30% de la vulnerabilidad del riesgo.

### **Factores de riesgo suicida más verificados** (Ver Esquema 1).

- 1. Trastornos mentales.** El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental, la mortalidad más alta corresponde a los trastornos depresivos, seguida de la de los trastornos psicóticos, en especial durante la depresión postpsicótica/sintomatología negativa, los trastornos por abuso de sustancias (el consumo de alcohol en los intentos de suicidio llega a ser del 50% durante la realización del acto) y el trastorno límite de la personalidad (ver esquema 1).
- 2. Intentos de suicidio previos.** Ideación suicida. Como se ha señalado anteriormente el 40% de los suicidas ha realizado un intento suicida previamente. En las autopsias psicológicas se destaca cómo los suicidas habían comunicado su intención, su ideación, en el 85% de las ocasiones. Siempre ha de valorarse como señal de alto riesgo la intencionalidad o intento suicida, que requiere seguimiento terapéutico adecuado.
- 3. Enfermedades médicas** que cursan con dolor crónico, incapacitantes, o las que determinen secuelas en deterioro cognitivo (enfermedades del sistema nervioso central, epilepsia, corea Huntington, demencia inicial). El 85% de los suicidas fue visitado por un médico el año previo a su muerte sin que se detectase el riesgo, y el 60% en el mes anterior al suicidio. Entre la población anciana se ha venido a definir como “suicidio balance” la lucidez depresiva que mediatiza la decisión de acabar con las fases finales de la vida.
- 4. Acontecimientos vitales estresantes**, especialmente las pérdidas o rupturas afectivas. Los conflictos familiares o la desestructuración de los lazos familiares son frecuentes entre los más jóvenes. También se observan con menor frecuencia los problemas económicos o laborales (Tejedor y Díaz, 1999).

5. **Desarraigo y aislamiento social**, marginación, emigración. La carencia de vínculos sociales conduce a la desesperanza y soledad que junto a otros factores señalados, facilita el paso a la autodestrucción.

**Esquema 1 Factores de riesgo suicida más verificados**

- Trastorno **psiquiátrico**
  - T. Afectivos 15%
  - T. Psicóticos 10%
  - T. Abuso sustancias 10%
  - T. Límite de la personalidad 7%
- Ideación/ **Tentativas previas**
- Enfermedad **médica**
  - Deterioro cognitivo. Dolor crónico. Pluripatología
- **Acontecimientos vitales estresantes**
- **Aislamiento/Desarraigo social**

### Factores protectores del suicidio

Son la imagen especular de los factores de riesgo. Se señalan la buena salud mental y física, infancia y relaciones familiares estables, integración en las redes sociales, la religión cuando se acompaña de participación en la comunidad creyente.

### Tratamiento del paciente suicida.

El tratamiento se instaura en función del estado presuicida:

1. El riesgo suicida es **síntoma** de un trastorno mental, por lo tanto el tratamiento ha de ser el del trastorno causal. En la esquizofrenia, los pacientes tratados con clozapina tuvieron una mortalidad suicida más baja que otros grupos tratados con otros fármacos (Meltzer, 2003). En los trastornos bipolares, también se observó un menor número de suicidios entre los pacientes que responden al tratamiento con litio (Cipriani, 2005). Respecto a los antidepresivos, los fármacos de mayor actividad sobre la transmisión serotoninérgica son los más indicados (Carlsten, 2001; Gibbons, 2005; Ferguson, 2005). No obstante hay que tener precaución porque pueden aumentar el riesgo suicida al inicio del tratamiento por el aumento de la desinhibición del depresivo. También entre niños y adolescentes este riesgo puede aumentar y se desaconseja su uso si no es imprescindible. En general podría decirse “el enfermo bien medicado disminuye su riesgo suicida” pero no hay que olvidar que si hay otros factores (el enfermo no sigue el tratamiento, no tiene soporte familiar o social), precisa otros abordajes.
2. Cuando un acontecimiento vital **estresante** desencadena el acto suicida, sobre todo los de alto componente emocional (rupturas, pérdidas afectivas), las terapias psicológicas han demostrado eficacia; se han estudiado la terapia dialéctico conductual, terapia cognitiva, y otras (Bateman, 2001;

Tyrer, 2003; Brown, 2005).

3. Si hay una situación de **crisis vital** en la que existe la interacción de varios estrés vitales y con rasgos de personalidad que dificulten la adaptación: impulsividad, rigidez cognitiva, evitación social, agresividad, etc., el tratamiento psicoterápico y farmacológico, y la colaboración con los servicios sociales son los más recomendados (Hawton, 1998).
4. Los **supervivientes** de una muerte por suicidio son especialmente vulnerables y con frecuencia presentan duelos de difícil resolución. Especialmente la culpabilidad derivada de la falsa creencia de la “libertad del suicida” en la decisión (creencia romántica que desmiente la realidad del sufrimiento intolerable del paciente) y del “juicio social” que responsabiliza con frecuencia a los supervivientes de la muerte del suicida. Se propone la ayuda psicológica y la integración en grupos o asociaciones de afectados para enfrentar la situación.

### **Prevención de la conducta suicida**

Se han planteado diferentes modelos de intervención; el problema sanitario del suicidio ha sido abordado por las instituciones con propuestas para reducir la mortalidad suicida hasta en el 20%: OMS European Ministerial conference on Mental Health, 2005; Department of Health and Human Services U.S. Public Health Service: National Strategy for Suicide Prevention, 1999; Pla director de Salut Mental, Generalitat de Catalunya 2005; y a nivel del estado español en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Los numerosos programas y diferentes objetivos propuestos por autores como Gunnell (1994), Mann (2005) y Goldney (2005), se pueden agrupar según la rigurosa revisión del Medline de Rodgers *et al.* en 2007. La eficacia de los mismos es cuestionada en cuanto a resultados sobre la mortalidad suicida, no así sobre la repetición y supervivencia de los intentos suicidas; desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia, las críticas fundamentales se centran en:

- a) La brevedad temporal de los estudios, limitada a meses o un par de años.
- b) Aspectos metodológicos como la aleatorización de pacientes (límites éticos de dejar sin tratamiento a pacientes con riesgo suicida), o bien exclusión de estos pacientes en estudios de eficacia de fármacos antidepresivos.

### **Programas de educación y sensibilización**

**Asistencia primaria.** Hasta un 25% de enfermos atendidos en estas consultas presentan sintomatología psiquiátrica; como se ha comentado anteriormente, el 60% de los suicidas fueron visitados durante el mes anterior a su muerte sin que se detectara el riesgo; hasta un 30% de los suicidas mayores de 65 años no están vinculados a los Centros de Salud Mental, siendo asistidos únicamente por los

médicos de familia. El adecuado conocimiento de estos profesionales sobre los trastornos depresivos y los factores de riesgo suicida son decisivos para la prevención, especialmente la detección de ideas suicidas. La colaboración entre la medicina primaria y salud mental es la piedra angular de estos programas. La exploración de las ideas suicidas es ignorada o dificultosa para el médico o enfermera que asisten en primaria, la OMS propone una serie de preguntas facilitadoras (En una encuesta a 100 pacientes de medicina primaria, aleatorios, en Barcelona en 2008, el 15% reconoció haber pensado en el suicidio en las dos semanas previas).

Un estudio observacional pionero fue realizado en la isla de Gotland por Rutz en 1989; la sensibilización de los médicos de familia redujo la mortalidad suicida durante los años del programa. Un estudio similar se realizó en Hungría, en zona de alta suicidalidad, comparando la zona poblacional donde se desarrolló el programa vs otra similar, también se observó menor mortalidad (Szanto, 2007). En otros lugares se han obtenido resultados similares; en Nuremberg, el programa de la Alianza contra la depresión, si bien se orientaba al reconocimiento precoz de la misma, la evaluación de la eficacia del programa incluía la disminución de los intentos de suicidio, éstos se redujeron un 18% respecto a los de la población similar sin el programa (Hegerl, 2006).

El médico de familia y la enfermería de primaria son decisivos para la prevención del suicidio. Hay que considerar la participación de los farmacéuticos, posiblemente poco integrados en las áreas de salud básicas y cuya intervención potenciaría los resultados.

**“Gatekeepers” o catalizadores de la red social.** Los servicios de bienestar y asistencia sociales, las policías, las parroquias, las asociaciones cívicas, la administración de justicia, las residencias de personas dependientes, bomberos, personal de los servicios de transporte, comerciantes, centros de trabajo o de estudiantes, funcionarios de prisiones, etc. Todos ellos son informados sobre los factores de riesgo en los programas comunitarios de prevención del suicidio (Crawford, 2007). El slogan repetido es “el que habla del suicidio es el que lo hace”, siempre conviene acompañar al sujeto en riesgo a la consulta de un profesional para que valore el riesgo de la ideación suicida. Se les informa de los dispositivos sanitarios a los que recurrir en cualquier momento.

**Población general.** El suicidio continúa siendo un tabú en casi todas las sociedades, la actitud más extendida es negar o ignorar su existencia. Se conoce de manera distorsionada a través de la literatura, el cine o la TV. Lo que allí se presenta se reduce a los aspectos más razonables y emotivos, sin señalar el sufrimiento, soledad, marginación y sobre todo psicopatología de la persona suicida. El dramatismo de los estrés desencadenantes hacen el suicidio “justificable” y cuando se contrasta con los suicidas reales no se reconocen. Por ello en los programas de prevención comunitaria, ya desde 1960, en el centro de prevención del suicidio de

Los Ángeles, Farberow y Schneiman, publicaron en 1961 una serie de mitos y prejuicios sobre el suicidio para la población general cuya vigencia continúa siendo de gran utilidad. Las recomendaciones que se hacen es que ante las “claves” suicidas, factores de riesgo señalados, se contacte al sujeto (o uno mismo si está en esa situación) con un profesional de salud.

La educación médica de la población ha reportado beneficios para identificar ideas o planes presuicidas (Bryan, 2009); de forma similar, si se disminuye el prejuicio o tabú del suicidio, la persona en esta situación podrá comunicar más fácilmente sus ideas autodestructivas.

### **Screening de sujetos en riesgo**

La enfermedad mental y el haber realizado un intento de suicidio son los factores de riesgo de mayor relevancia. La prevención de las conductas suicidas en diferentes programas han señalado distintos síntomas y tiempos evolutivos con mayor riesgo. El periodo post alta hospitalaria, el comienzo de un nuevo episodio de la enfermedad, el abandono del tratamiento, la pérdida de los padres, la ruptura con la pareja, el cambio de equipo terapéutico, son desencadenantes comunes a diferentes trastornos. En este sentido, se han propuesto factores de riesgo a corto plazo y a largo plazo para discriminar con mayor precisión el riesgo. El nuevo manual de diagnósticos psiquiátricos, DSM-V, contempla incluir como dimensión de cualquier diagnóstico el riesgo suicida. Cabe recordar que la sintomatología depresiva es uno de los patrones cognitivos que conducen al suicidio: tristeza, desesperanza, culpa, etc., pero también hay el patrón impulsivo, agresivo. En diferentes estudios, hasta un 60% de las conductas suicidas se realizan en menos de una hora desde que se inicia el impulso hasta el paso al acto, de aquí que sea tan difícil su prevención. Un tercer patrón cognitivo corresponde al sujeto mediatizado por la ansiedad, las expectativas ansiosas, en las que el suicidio es el medio de escapar ante un futuro imaginado amenazador.

### **Programas de prevención del suicidio, eficacia de los tratamientos**

#### **Farmacoterapia**

No disponemos de un fármaco “antisuicida”, la psicofarmacología actual es eficaz en diferentes diagnósticos y cuando el riesgo suicida corresponde a uno de ellos el psicofármaco que se usa para tratar el trastorno disminuye el riesgo suicida. Los análisis comparativos entre diferentes antidepresivos no han reportado resultados concluyentes, algunos estudios han señalado que en los países donde se prescriben con mayor frecuencia antidepresivos ha decrecido la tasa de conductas suicidas (Hungría, Suecia, Australia, USA) pero en otros países (Italia, Japón, Islandia) no se ha observado este resultado (Gibbons, 2005).

## **Psicoterapia**

Las psicoterapias cognitiva, dialéctico conductual, interpersonal, han demostrado su eficacia en la reducción de recidivas de los intentos suicidas, en especial en aquellos casos de trastornos o rasgos de la personalidad que facilitan el descontrol de los impulsos. También estas psicoterapias cuando se aplican en grupo han demostrado su eficacia. En nuestro país la Dra. Blanca Sarró fue pionera en la terapia grupal de pacientes suicidas y dirigió la primera unidad de hospitalización de pacientes suicidas en el Hospital Clínic de Barcelona. La participación de profesionales de la enfermería como coterapeutas del grupo (no solamente psicólogo, también enfermera y trabajadora social), facilita el seguimiento entre sesiones y da mayor flexibilidad a la terapia al intervenir con familia, compañeros, etc.

## **Seguimiento de las tentativas suicidas**

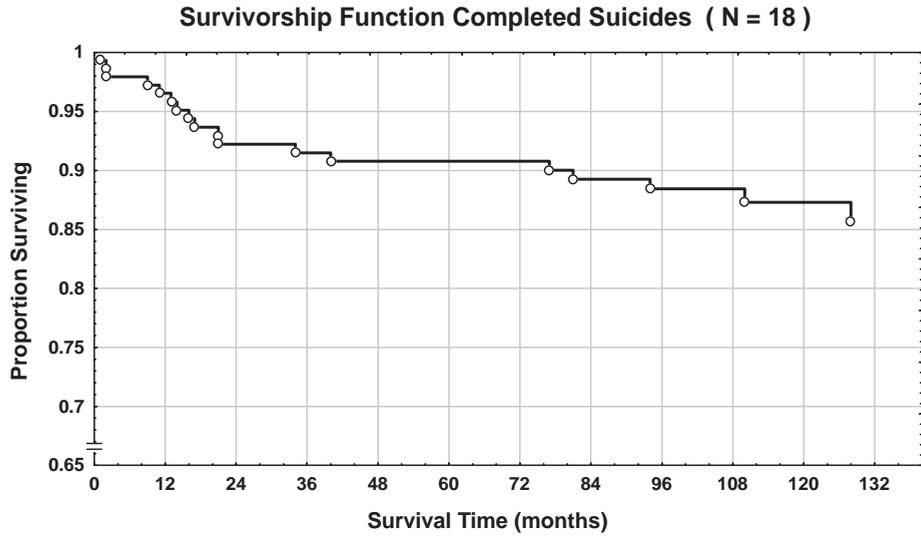
El intento de suicidio tiene dos complicaciones: a) la posterior consumación del suicidio, el 10-12% de los que lo intentan mueren por suicidio antes de 10 años, (dato replicado en todos los estudios epidemiológicos desde la década de 1950); b) la repetición del intento suicida, especialmente cuando se realiza por intoxicación medicamentosa voluntaria, que alcanza el 35% de los casos. Los trastornos mentales tienen un curso crónico o con fases y brotes repetidos que facilitan la repetición del intento suicida; lo mismo es aplicable a los trastornos de personalidad con sus dificultades crónicas para enfrentar cambios vitales.

El haber presentado una conducta suicida previa es un factor de riesgo a considerar siempre en la anamnesis, este riesgo es mayor a lo largo del tiempo. El análisis de la supervivencia post-tentativa evidencia que tanto la consumación como la recidiva del intento es más frecuente en los 12-24 meses posteriores (Hawton, 1998, 2002; Hall, 1998). En los gráficos 2 y 3 se muestra la función de supervivencia de 150 intentos de suicidio ingresados y seguidos prospectivamente de 1986 a 1999 en el hospital de San Pablo de Barcelona (Tejedor *et al.*, 1999). El análisis de la supervivencia ha sido utilizado en medicina para la evaluación de la eficacia de un programa preventivo, cuando no es posible el tratamiento causal; las medidas sintomáticas que han aumentado la supervivencia forman parte del avance de la medicina actual. Analógicamente su utilización en la conducta suicida es necesaria para adecuar las medidas asistenciales a los periodos de seguimiento.

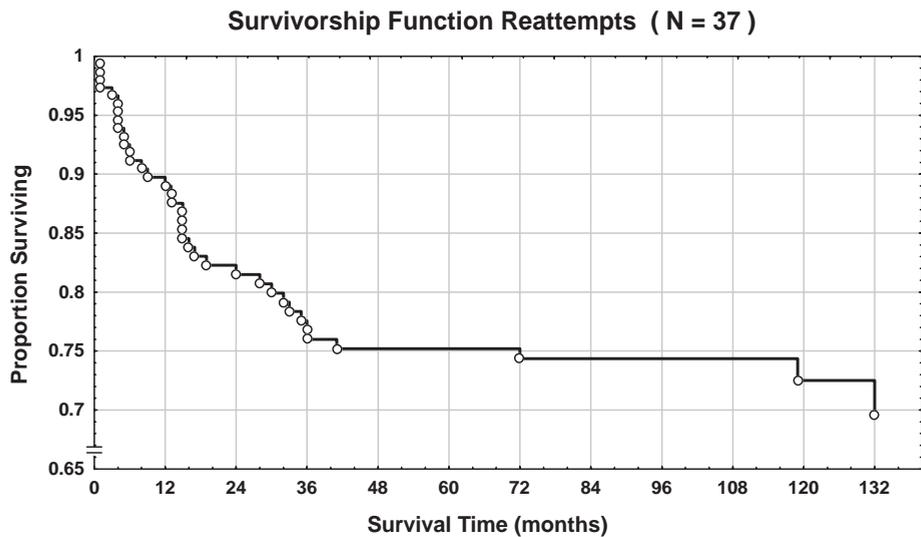
## **Restricción de medios autolíticos**

La detoxificación del gas de uso doméstico, las barreras en los lugares públicos donde se realizan más suicidios, el control de la venta de armas de fuego, la colocación de catalizadores en los tubos de escape de los vehículos, el control de la venta de psicofármacos y analgésicos, la disminución de la concentración tóxica en productos de limpieza, la venta de pesticidas en cantidades controlables, etc., tienen una utilidad temporal. A pesar de ello, al cabo del tiempo se comprueba que la tasa

**Gráfico 2**



**Gráfico 3**



de suicidios vuelve a sus cifras anteriores, la precipitación, ahorcadura y otros métodos los sustituyen.

## **Presencia del suicidio en los medios de comunicación**

El riesgo de imitar la conducta suicida, sobre todo en suicidios de personajes famosos y entre los jóvenes, ha derivado en una prudencia, a veces excesiva, para silenciar la problemática del suicidio y sus condicionantes. Sin embargo los medios de comunicación son también de gran eficacia para la adecuada información y conocimiento de la realidad suicida. Las guías de la OMS, asociaciones de psiquiatría, familiares de pacientes, Departamentos de Salud, etc, contienen indicaciones sobre cómo tratar la información del suicidio en diferentes medios (OMS, 2000; Crane, 2005; Pirkins, 2006).

**Internet** merece un comentario especial, sobre todo de cara a la población adolescente y joven (Biddle, 2008). Hay innumerables webs (4.100.000 sólo en Google en español), chats, blogs, videos, sobre el suicidio, tanto para prevenir y ayudar como para incitar y explicar métodos suicidas. Los pactos suicidas a través de la red, aunque infrecuentes, son preocupantes. Algunos países proyectan la prohibición de algunas de estas webs, como se ha hecho en otro tipo de conductas de riesgo.

## **CONCLUSIONES**

A la pregunta que encabeza el artículo: ¿se puede prevenir el suicidio?, no hay una respuesta absoluta. El suicidio y las conductas autodestructivas son en parte un problema sanitario pero también social y personal. Desde la perspectiva sanitaria es posible aumentar la supervivencia de las personas en riesgo suicida como se ha revisado.

En Cataluña, el Departamento de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat ha esponsorizado un programa de prevención del suicidio en el barrio de la Derecha del Ensanche. El programa en síntesis ha coordinado a todos los dispositivos sanitarios de la zona: Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau, el Centro de Salut Mental de Psicoterapia de Barcelona y las Áreas Básicas de Salud. La asistencia a los pacientes suicidas contó con una valoración inmediata, gestión del caso hasta su vinculación, grupos de psicoterapia específicos. Se informó y “sensibilizó” a los agentes sociales y población general a través de charlas con un documental, folletos, etc., de manera que se conocieran todos los dispositivos donde recurrir. Los resultados al cabo de un año se compararon con los de los otros barrios limítrofes similares atendidos por el Hospital. Los datos más relevantes coinciden con los de otros estudios: en la Derecha del Ensanche hubo más consultas por ideación suicida, menor número de intentos suicidas, menor proporción de repetición de tentativas (10% vs 34% en otros barrios) y menor proporción de ingresos psiquiátricos (8% en la Derecha del Ensanche vs 22% en el grupo comparativo). Para más información puede consultarse la web del programa [www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com). Estos resultados son alentadores, si se tuviesen que resumir los consejos ofrecidos a la población general, se diría:

- El que habla del suicidio, es el que lo intenta.
- Si alguien habla de suicidio hay que asegurar su supervivencia.
- Pedir al posible suicida que aplaze su decisión para consultar antes con un profesional sanitario.

---

*El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven. El suicidio no es en sí mismo una enfermedad, es una conducta, la vía final resultado de diversos factores de riesgo: los principales son la enfermedad mental y los intentos de suicidio previos; las enfermedades médicas que cursan con dolor crónico, incapacitantes, o las que determinen secuelas o deterioro cognitivo; los acontecimientos vitales estresantes, especialmente las pérdidas o rupturas afectivas y finalmente el desarraigo y aislamiento social. El tratamiento de los pacientes con conductas suicidas incluye la farmacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Se realiza una revisión de los más efectivos.*

*Los modelos de prevención de las conductas suicidas se agrupan en: programas de psicoeducación en asistencia primaria, a "Gatekeepers" y a la población general; detección y seguimiento de grupos de riesgo; control de los medios de comunicación de los métodos autolíticos.*

*Palabras clave: suicidio, factores de riesgo, prevención, psicoeducación.*

## Referencias bibliográficas

- ÅSBERG, M., TRÅSKMAN, L. & THORÉN, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid- a biochemical suicide predictor?. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- BATEMAN, A. & FONAGY P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BIDDLE, L. DONOVAN, J. HAWTON, K. KAPUR, N. & GUNNELL D. (2008). Suicide and internet. *British Medical Journal*, 336, 800-802.
- BROWN, G.K., TEN HAVE, T., HENRIQUES, G.R., ET AL. (2005). Cognitive Therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 563-570.
- BRYAN, C.J., DHILLON-DAVIS, L.E. & DHILLON-DAVIS, K.K. (2009). Emotional Impact of a Video-Based Suicide Prevention Program on Suicidal Viewers and Suicide Survivors. *Suicide Life & Threatening Behavior*, 39(6), 623-632.
- CARLSTEN, A., WAERN, M., EKEDAHL, A. & RANSTAM J. (2001). Antidepressant medication and suicide in Sweden.. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10, 525-530.
- CIPRIANI, A., PRETTY, H., HAWTON, K. & GEDDES, J. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomised trials. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819.
- CRANE, C., HAWTON, K., SIMKIN, S. & COULTER, P. (2005). Suicide and the Media: Pitfalls and Prevention.. *Crisis*, 26(1), 42-47.
- CRAWFORD, M.J., THOMAS, O., KHAN, N. & KULINSKAYA, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-7.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. (2003). *Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

- DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide, étude de sociologie*. Paris: Alcan édit. (Traducción española: *El Suicidio*. Akal. Madrid 1976).
- FARBEROW NL, SHNEIDMAN ES (eds). (1961). *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
- FERGUSON, D., DOUCETTE, S., GLASS, K.C., ET AL. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 330, 396.
- GIBBONS, R.D., HUR, K., BHAUMIK, D.K. & MANN, J.J. (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 65, 165-172.
- GOLDNEY, R.D. (2005). Suicide Prevention. A Pragmatic Review of Recent Studies. *Crisis*, 26 (3), 128-140.
- GUNNELL, D. & FRANKEL S. (1994). Prevention of Suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- HALL, D.J., O'BRIEN, F., STARK, C., PELOSI, A. & SMITH, H. (1998). Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. *British Journal of Psychiatry*, 172, 239-242.
- HAWTON, K., ARENSMAN, E., TOWNSEND, E., BREMNER, S. ET AL. (1998). Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- HAWTON, K., TOWNSEND, E., ARENSMAN, E., ET AL. (2002). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Systematics Reviews*, CD001764.
- HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- HEGERL, U., ALTHAUS, D., SCHMIDTKE, A. & NIKLEWSKI, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225-33.
- KREITMAN, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- MANN, J.J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., ET AL. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-74.
- MARIS, R. (2002). Suicide. *Lancet*.
- MELTZER, H.Y., ALPHS, L., GREEN, AI., ALTAMURA, A.C., ANAND, R. ET AL. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60, 82-91.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2006). *Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- NOCK, M.K., BORGES, G., BROMET, E.J., ALONSO, J., ANGERMEYER, M., BEAUTRAIS, A., ET AL. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- OMS. (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales en los medios de comunicación*. Ginebra.
- PIRKINS, J., BLOOD, R.W., BEAUTRAIS, A. ET AL. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27, 82-87.
- RODGERS, P.L., SUDAK, H. S., SILVERMAN, M. M. & LITTS, D. A. (2007). Evidence-Based Practices Project for Suicide Prevention. *Suicide Life & Threatening Behavior*, vol 37, 2, 154-164.
- RUTZ, W., VON KNORRING, L. & WALINDER, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 80, 151-4.
- SARRÓ, B. & DE LA CRUZ, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- STENGEL, E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio*. Buenos Aires: Paidós.
- SZANTO, K., KALMAR, S., HENDIN, H., RIHMER, Z. & MANN, J.J. (2007). A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914-920.
- TEJEDOR, M. C., DÍAZ, A., CASTILLÓN, J.J. & PERICAY, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 100, 205-211.
- TEJEDOR, M.C., DÍAZ, A., ET AL. (1999). Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969–1996. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(5), 292-297.
- TYRER, P., THOMPSON, S., SCHMIDT, U. ET AL. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm. The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.
- WHO EUROPE. (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*: report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva, World Health Organization, p. 195.