



Con la colaboración de



DEPRESIÓN

Y SUICIDIO

2020

**Documento estratégico para la
promoción de la Salud Mental**

DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020

Documento estratégico para
la promoción de la Salud Mental

Entidades promotoras:



Con la colaboración de:



Coordinación:

Mercedes Navío Acosta. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Hospital 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria (i+12). CIBERSAM. Madrid.

Víctor Pérez Sola. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona.

Edita



wecare-u.

Wecare-u. Healthcare Communication Group

Consejo de Administración:

Santiago de Quiroga (Presidente y Consejero Delegado),
Borja García-Nieto y Vicente Díaz Sagredo

Presidente y Editor:

Santiago de Quiroga Bouzo

Vicepresidenta:

Patricia del Olmo

Dirección y Redacción:

C/ Albasanz nº 15, 28037 Madrid

Sede Social y Eventos:

C/ Barón de la Torre nº 5, 28043 Madrid

Tel.: (+34) 91 383 43 24

wecare-u.com

ISBN: 978-84-09-23078-5

Depósito Legal: M-23655-2020

© Todos los derechos reservados 2020

Los contenidos que integran este documento, entre otros: textos, imágenes, marcas, diseños, descripciones metodológicas, así como su estructura y diseño es titularidad de wecare-u. o está legitimada para su uso, quedando terminantemente prohibida, la modificación, explotación, reproducción, comunicación a terceros o distribución, de la totalidad o parte de los contenidos del presente documento, sin el consentimiento expreso y por escrito de wecare-u.

La edición de este documento ha sido posible gracias a un grant de Janssen. Janssen no ha intervenido en la redacción del mismo.

DEPRESIÓN Y SUICIDIO

2020

**Documento estratégico para la
promoción de la Salud Mental**

ÍNDICE

CAPITULO 1

Depresión y suicidio: una prioridad de salud pública	19
1.1 Relación depresión y suicidio	20
1.2 Crecimiento políticas de salud pública	21
1.3 Prevención del suicidio, imperativo global.....	21
1.4 Conclusiones	22
1.5 Bibliografía	22

CAPITULO 2

Magnitud del problema	23
2.1 La prevalencia de depresión en España	23
2.2 Cifras globales	23
2.3 Cifra por sexo y grupos de Edad	24
2.4 Variabilidad entre comunidades autónomas	25
2.5 Cambios de la depresión en España a lo largo del tiempo	26
2.6 Prevalencia de suicidio en España	27
2.6.1 Cifras Globales.....	27
2.6.2 Cifras por grupos de Sexo y Edad.....	28
2.6.3 Variabilidad entre comunidades autónomas	28
2.6.4 Cambios de suicidio a lo largo del tiempo.....	28
2.7 Conclusiones	31
2.8 Bibliografía	31

CAPITULO 3

Impacto sociosanitario	33
3.1 Impacto laboral	34
3.2 Repercusión económica de la falta de respuesta	35
3.3 Retorno económico de la prevención.....	37
3.4 Impacto socioeconómico del suicidio	39
3.5 Conclusiones	40
3.6 Bibliografía	41

CAPITULO 4

Abordaje del paciente con depresión mayor	43
4.1 Tratamiento farmacológico	43
4.1.1 Fases y objetivos del tratamiento antidepresivo	45
4.1.2 La elección del antidepresivo	47
4.1.3 Evaluación de los resultados y optimización temprana del tratamiento	47
4.1.4 ¿Qué hacer en caso de una respuesta insuficiente al tratamiento?	48
4.1.5 Farmacoterapia vs Psicoterapia: un dilema solo para teóricos	51
4.1.6 Conclusiones	52
4.1.7 Bibliografía	52
4.2 Terapias Cognitivo Conductuales recientes	54
4.2.1 Conclusiones	59
4.2.2 Referencias	59

CAPITULO 5

Papel de la Atención Primaria en depresión y prevención del suicidio	63
5.1 Papel del médico de familia/equipo de atención primaria	64
5.1.1 Cribado clínico eficaz, diagnóstico precoz y atención/tratamiento adecuado para el trastorno depresivo	64
5.1.2 Cribado clínico eficaz	65
5.1.3 Facilitar el acceso a las intervenciones clínicas más eficaces	66
5.1.4 Apoyo durante el seguimiento del proceso, prestando atención a la adherencia al tratamiento y a las posibles recaídas	66
5.2 Prevención del suicidio	66
5.2.1 Son personas en riesgo:.....	66
5.2.2 Son factores de riesgo de suicidio.....	67
5.2.3 Qué factores protegen a las personas del riesgo de suicidio.....	67
5.3 Actuaciones sobre el paciente	68
5.4 Actuaciones sobre la familia	68
5.5 Actuaciones a desarrollar en la comunidad	69
5.6 Actuaciones sobre el profesional de salud	70
5.7 Conclusiones	71
5.8 Bibliografía	71

CAPITULO 6

Abordaje enfermero en la depresión y la prevención del suicidio	73
6.1 Proceso y conceptos.....	74
6.1.1 Factores predisponentes.....	74
6.1.2 Ideas de muerte.....	74
6.1.3 Ideas de suicidio.....	75
6.1.4 Planificación suicida.....	75
6.1.5 Intento de suicidio.....	75
6.1.6 Suicidio.....	75
6.2 Factores de riesgo y señales de alerta.....	76
6.3 Mitos y actuaciones aconsejadas.....	77
6.4 Errores en torno al suicidio.....	77
6.5 Actuaciones de enfermería aconsejadas.....	77
6.6 Relación terapéutica. Importancia en la enfermería.....	78
6.7 El proceso de cuidados de enfermería en la depresión y en el riesgo de ideación y de comportamiento suicida.....	79
6.8 Valoración enfermera.....	80
6.9 Diagnóstico enfermero.....	84
6.10 Planificación.....	84
6.11 Ejecución.....	84
6.12 Evaluación.....	84
6.13 Cuidados de enfermería: NANDA/NOC/NIC.....	84
6.14 Conclusiones.....	90
6.15 Bibliografía.....	90

CAPITULO 7

La prevención del suicidio. Claves para su abordaje	93
7.1 Aspectos particulares de la prevención de la conducta suicida.....	95
7.2 Modelos de prevención en la conducta suicida.....	95
7.3 Prevención primaria, secundaria y terciaria.....	95
7.4 Prevención universal, selectivo, indicado.....	97
7.5 Planes preventivos.....	97
7.5.1 Implicación de los mass media.....	98
7.5.2 Restricción de acceso a métodos letales.....	99
7.5.3 Educación general.....	99
7.5.4 Entrenamiento de los gatekeepers.....	100
7.5.5 Formación continuada de los médicos de atención primaria.....	100

7.6	Seguimiento inmediato tras un intento de suicidio	100
7.7	Acciones sinérgicas	101
7.8	Líneas futuras	101
7.9	Conclusiones	101
7.10	Bibliografía	102

CAPITULO 8

	Perspectivas de futuro en el tratamiento de la depresión y la conducta suicida	105
8.1	Compuestos glutamatérgicos	106
8.1.1	Esketamina	107
8.1.2	Rapastinel	107
8.1.3	AXS-05	108
8.2	Compuestos gabaérgicos	108
8.2.1	Brexanolona	108
8.2.2	SAGE-217	108
8.3	Terapia asistida con Psicodélicos	109
8.3.1	Ayahuasca	109
8.3.2	Psilocibina	110
8.3.3	MDMA	110
8.4	Otros tratamientos	110
8.5	Conclusiones	110
8.6	Bibliografía	111

CAPITULO 9

	Los planes de prevención del suicidio: revisión y propuestas	115
9.1	Dimensión y características del problema	115
9.2	Análisis de situación	117
9.3	Resumen de las respuestas al problema desde las diferentes comunidades autónomas	117
9.3.1	Andalucía	117
9.3.2	Aragón	118
9.3.3	Asturias	118
9.3.4	Baleares	118
9.3.5	Canarias	118
9.3.6	Cantabria	118
9.3.7	Castilla-La Mancha	118

9.3.8	Castilla-León	119
9.3.9	Cataluña	119
9.3.10	Extremadura	120
9.3.11	Galicia	120
9.3.12	La Rioja	120
9.3.13	Madrid	121
9.3.14	Murcia	122
9.3.15	Navarra	122
9.3.16	País Vasco	122
9.3.17	Valencia	123
9.4	Identificación de márgenes de mejora	123
9.4.1	Prevención secundaria	123
9.4.2	Prevención primaria	123
9.4.3	Postvención	123
9.4.4	Coordinación intersectorial	123
9.4.5	Población general	124
9.4.6	Investigación y evaluación	124
9.5	Propuestas estratégicas	124
9.6	Conclusiones	125
9.7	Bibliografía	125

CAPITULO 10

	Prevención del suicidio en Europa a través de la resiliencia en las escuelas	127
10.1	Factores de riesgo de suicidio	127
10.2	¿Qué es la prevención del suicidio?	128
10.3	¿Por qué intervenir en los centros educativos?	129
10.4	¿Por qué intervenir en resiliencia?	130
10.5	Programas europeos de prevención primaria basados en la resiliencia en los centros educativos	130
10.6	Líneas de investigación actuales de prevención del suicidio basadas en la resiliencia en los centros educativos	131
10.6.1	UPRIGHT	131
10.6.2	BOOST	132
10.6.3	ECO-WEB	133
10.6.4	ME-WE	133
10.6.5	REFUGEESWELLSCHOOL	133
10.7	Conclusiones	134
10.8	Bibliografía	134

CAPITULO 11

Biomarcadores en depresión y suicidio	137
11.1 Biomarcadores de inflamación.....	138
11.2 Biomarcadores relacionados con la síntesis del triptófano.....	139
11.3 Biomarcadores de estrés oxidativo.....	139
11.4 BDNF.....	140
11.5 Eje HPA.....	141
11.6 Vitamina D.....	141
11.7 Otros biomarcadores.....	141
11.8 Conclusiones.....	142
11.9 Bibliografía.....	142

CAPITULO 12

Atención a familiares y allegados de pacientes por suicidio	147
12.1 ¿A cuántas personas afecta una muerte por suicidio?.....	147
12.2 Sobre el duelo por suicidio en general.....	148
12.3 La atención precoz a los supervivientes en el duelo por suicidio.....	149
12.4 El duelo por suicidio en familiares y allegados: un difícil camino.....	149
12.5 Duelo Complicado tras la muerte por suicidio.....	152
12.6 El factor social: el estigma.....	152
12.7 El apoyo a los supervivientes.....	153
12.8 Conclusiones.....	154
12.9 Bibliografía.....	155

CAPITULO 13

Poblaciones de especial vulnerabilidad (LGTB, violencia de género, exclusión social)	157
13.1 Población LGTB.....	157
13.1.1 Conclusión.....	160
13.1.2 Bibliografía.....	160
13.2 Violencia de género y salud mental.....	163
13.2.1 Violencia de género y suicidio.....	163
13.2.2 Trastornos mentales y riesgo suicida en víctimas de violencia de género.....	164
13.2.3 Suicidio y subtipos de violencia de género.....	165
13.2.4 Reflexiones desde la experiencia.....	165
13.2.5 conclusiones.....	166

13.2.6	Bibliografía	167
13.3	Poblaciones de especial vulnerabilidad. Exclusión Social	169
13.3.1	Personas sin hogar	170
13.3.2	Personas ingresadas en prisión	170
13.3.3	Poblaciones migrantes	171
13.3.4	Conclusiones	171
13.3.5	Bibliografía	172

CAPITULO 14

	Depresión y suicidio en población infanto-juvenil	173
14.1	Epidemiología	173
14.1.1	Prevalencia según edad	173
14.1.2	Prevalencia según sexo	174
14.2	Clínica	174
14.2.1	Diferencias entre la depresión infantil y del adulto	175
14.2.2	Diferencias entre la depresión en niños pequeños y adolescentes	175
14.3	Etiología	176
14.3.1	Factores biológicos	176
14.3.2	Factores ambientales (estrés)	176
14.3.3	Factores socioculturales	177
14.4	Diagnóstico	177
14.4.1	Diagnóstico diferencial	177
14.5	Comorbilidad	178
14.6	Tratamiento	178
14.6.1	Psicoterapia	178
14.6.2	Medicación antidepresiva	179
14.6.3	Tratamiento combinado	179
14.6.4	Riesgo de uso de ISRSs	179
14.7	Conducta suicida en niños y adolescentes	180
14.7.1	Epidemiología	180
14.7.2	Etiología	180
14.7.3	Evaluación	181
14.7.4	Tratamiento	182
14.7.5	Prevención	183
14.8	Conclusiones	183
14.9	Bibliografía	183

CAPITULO 15

Suicidio en población geriátrica	187
15.1 Introducción	187
15.2 Epidemiología del suicidio en la edad avanzada	188
15.3 Etiología y factores de riesgo	189
15.3.1 Rasgos distintivos del suicidio en ancianos	190
15.4 Relación entre suicidio y enfermedad psiquiátrica	192
15.4.1 Trastornos depresivos	193
15.4.2 Otros trastornos psiquiátricos	193
15.4.3 Relación entre suicidio y enfermedad física en personas mayores	194
15.5 Prevención y detección	195
15.5.1 Exploración y cribado	195
15.6 Tratamiento	197
15.6.1 Tratamiento psicofarmacológico	197
15.6.2 Psicoterapia	197
15.7 Conclusiones	198
15.8 Bibliografía	198

CAPITULO 16

Patología dual	201
16.1 Patología dual en depresión	201
16.1.1 Epidemiología de la Depresión Dual	202
16.1.2 Clínica de la Depresión Dual	202
16.1.3 Neurobiología de la Depresión Dual	202
16.1.4 Tratamiento de la Depresión Dual	203
16.1.5 Depresión dual y suicidio	204
16.1.6 Conclusiones	204
16.1.7 Bibliografía	205
16.2 Patología dual en suicidio	207
16.2.1 Epidemiología	207
16.2.2 Drogas depresoras y suicidio	207
16.2.3 Drogas estimulantes y suicidio	208
16.2.4 Trastornos mentales, suicidio y consumo de drogas	209
16.2.5 Prevención e intervención en la conducta suicida del paciente dual	210
16.2.6 Conclusiones	210
16.2.7 Bibliografía	211

CAPITULO 17

Perspectivas de futuro en investigación tecnológica	213
17.1 Tendencias en Salud.....	213
17.2 Tecnologías en Psiquiatría.....	214
17.3 Investigación en conducta suicida.....	215
17.4 Investigación en tecnología para la promoción de la salud en la conducta suicida.....	217
17.4.1 Screening de población general utilizando TIC.....	217
17.4.2 Monitorización de conducta suicida: proyecto smartcrisis.....	219
17.5 Conclusiones.....	220
17.6 Bibliografía.....	221

CAPITULO 18

Atención a familias, entorno y supervivientes del suicidio	223
18.1 ¿Por qué a la Confederación Salud Mental España le preocupa este tema? Situación del suicidio en España.....	223
18.2 Incidencia del suicidio en personas con problemas de salud mental.....	223
18.3 Causas y factores de riesgo.....	224
18.3.1 Edad.....	224
18.3.2 Causas.....	225
18.3.3 Perspectiva de género.....	225
18.3.4 Problemas de salud mental y otras enfermedades.....	225
18.3.5 Contexto social y económico.....	225
18.4 Mitos y realidades: cómo afectan a la familia y a las personas supervivientes.....	225
18.5 Supervivientes de suicidio: atención y testimonios.....	226
18.6 Familias: duelo tras un suicidio.....	227
18.7 Reivindicaciones de Salud Mental España.....	228
18.8 Conclusiones.....	229
18.9 Bibliografía.....	229

CAPITULO 19

Prevención del suicidio en los medios de comunicación	231
19.1 Rigor, respeto, responsabilidad.....	233
19.2 Concienciación, Conocimiento, Colaboración.....	236
19.3 Guías y protocolos.....	237
19.4 Salud mental y suicidio.....	240

19.5	Conclusiones	240
19.6	Bibliografía	241

EPÍLOGO

	Depresión y COVID-19	245
1.	El confinamiento como prueba de madurez de una sociedad	245
1.1	Bibliografía	246
2.	Atención al paciente con depresión y riesgo suicida durante la pandemia: reorganización asistencial	247
2.1	Bibliografía	248
3.	Impacto en la salud mental de los enfermos de COVID-19 y en su entorno	249
3.1	Personas infectadas con COVID-19	249
3.2	Personas con trastornos mentales	249
3.3	Duelo complicado	249
3.4	Referencias	250
4.	La afectación emocional de los profesionales sanitarios en la pandemia	251
4.1	Bibliografía	253
5.	Conclusiones	253

ÍNDICE DE FIGURAS

■ FIGURA 1. Prevalencia anual de depresión diagnosticada por grupos de Edad y género, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)	25
■ FIGURA 2. Porcentajes de casos de depresión por comunidades autónomas, datos INE.	26
■ FIGURA 3. Prevalencia de depresión diagnosticada en España total y por sexo según datos publicados INE	26
■ FIGURA 4. Tasa de mortalidad por suicidio en 2017 por cada 100 000 habitantes en España por grupos de edad según datos del INE	28
■ FIGURA 5. Probabilidad de mortalidad por suicidio y autolesiones por municipios. Series temporales 1989-2014 del INE recogidos en el Atlas Nacional de Mortalidad en España (ANDEES).	29
■ FIGURA 6. Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes en España global y por sexo según datos del INE	29
■ FIGURA 7. Tasa de mortalidad por suicidio 2001–2017 por cada 100 000 habitantes en España por grupos de edad según datos del INE	30
■ FIGURA 8. Distribución de los costes de la depresión en España por categoría de recursos (Sobocki et al., 2006).	34
■ FIGURA 9. Porcentaje de remisión acumulado en el estudio STAR*D para cada rama de tratamiento en el algoritmo terapéutico. Adaptado de Gaynes et al., 2009	49
■ FIGURA 10. Progresión en la conducta suicida	74
■ FIGURA 11. Resumen de la relación entre las fases del proceso enfermero. (Alfaro LeFevre R, 2002, p.10)	80
■ FIGURA 12. Estrategias con utilidad demostrada para la prevención del suicidio en la atención de salud mental y en enfoques de salud pública. Modificado de Zalsman et al., 2017	94
■ FIGURA 13. Dianas de las estrategias de prevención del comportamiento suicida. Modificado de Mann et al., 2005	98
■ FIGURA 14. Tasas de suicidio por 100.00 y CCAA en 2018	116
■ FIGURA 15. Degradación del Triptófano. Fuente: Dantzer, (O'Connor, Freund, Johnson, & Kelley, 2008)	139
■ FIGURA 16. Evolución del número de estudios de investigación sobre salud mental y tasas de suicidio en el colectivo LGTB	158
■ FIGURA 17. “Teoría Interpersonal del Suicidio” (Van Orden, 2010)	169
■ FIGURA 18. Paradigmas en Medicina (Elaboración propia)	214
■ FIGURA 19. Gestión de crónicos. Modelo Kaiser permanente	217

ÍNDICE DE TABLAS

■ TABLA 1. Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y relación con la actividad económica actual. Población de 15 y más años (Instituto Nacional de Estadística).....	35
■ TABLA 2. Duración de los episodios de ITcc de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos, según las 3 principales patologías por los 8 grupos diagnósticos principales. Período de estudio 2002-2006, n=148.588	36
■ TABLA 3. Uso de recursos y modelo de costes, promedio/unitario/año, en pacientes con respuesta subóptima y en remisión (Sicras-Mainar et al., 2012)	37
■ TABLA 4. Subtipos clínicos de depresión más característicos y las particularidades de su manejo	44
■ TABLA 5. Consideraciones de la fase de continuación y mantenimiento del tratamiento antidepressivo	46
■ TABLA 6. Factores a considerar en la elección del antidepressivo (Basado en Bauer et al, 2013 y Kennedy et al, 2016)	47
■ TABLA 7. Claves del tratamiento optimizado temprano (TOT) de la depresión	48
■ TABLA 8. Factores guía para la sustitución del antidepressivo (Basado en Kennedy SH et al 2016).....	50
■ TABLA 9. Valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR).....	81
■ TABLA 10. Lista de verificación: Factores relacionados con el riesgo de suicidio	82
■ TABLA 11. Indicadores disfuncionales según dominios	83
■ TABLA 12. Cuidados de enfermería: NANDA/NOC/NIC	85
■ TABLA 13. Factores de riesgo de suicidio y autolesiones en adolescentes	128
■ TABLA 14. Factores de resiliencia individual y colectiva ante el suicidio	130
■ TABLA 15. Marco conceptual del programa escolar basado en resiliencia UPRIGHT (Las Hayas et al., 2019).....	132
■ TABLA 16. Etapas evolutivas de la Autoaceptación.....	159
■ TABLA 17. Tasas de suicidio por edades y sexo en España, 2018. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2019	189
■ TABLA 18. Factores de riesgo en el suicidio geriátrico	190
■ TABLA 19. Acciones ante la sospecha de riesgo suicida	196
■ TABLA 20. Factores de riesgo tanto a largo plazo como a corto, de muerte por opiáceos	208
■ TABLA 21. Pautas de prevención del suicidio en pacientes adictos	210
■ TABLA 22. Consideraciones de la fase de continuación y mantenimiento del tratamiento antidepressivo (Silverman et al, 2014)	216

■ TABLA 23. Requisitos para un screening (García Aguado, 2017).....	218
■ TABLA 24. Resultados desables sobre grupos de interés de un screening poblacional con Smartphone de conducta suicida (Elaboración propia).....	219
■ TABLA 25. Informe responsable sobre suicidio: guía de referencia rápida (Organización Mundial de la Salud, 2017).....	237
■ TABLA 26. Recomendaciones a los medios audiovisuales sobre el tratamiento de la muerte por suicidio. (Generalitat de Catalunya, 2016).....	238

Depresión y suicidio: una prioridad de salud pública

Son muchos los problemas de salud pública que tienen y tendrán el conjunto de los países del mundo, independientemente de que pertenezcan al grupo de países desarrollados, en vías de desarrollo o de economía de mercado. Pero quizás no todos ellos sean conscientes de cuáles son los problemas de cara al futuro. De hecho, la OMS, en los últimos datos publicados, pone de manifiesto que la depresión será el principal problema de salud de la población. Estamos por lo tanto ante un problema cuyo eje central radia en un trastorno mental que afecta a todos los sectores de la población ya sean hombre o mujeres, ricos o pobres, mayores o pequeños. Por eso la OMS llama la atención sobre ello y alerta de que este será, para el año 2050, el principal problema de salud afectando actualmente a más de 300 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2018).

Estas cifras van en aumento desde 1990, y según las estadísticas más recientes de 2013, estiman que el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%. Alrededor de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal (OMS, 2016). Es cierto que muy poca gente muere por depresión, pero sí que hay un gran sector de la población que la padece.

De hecho, son muchos los factores de riesgo asociados a padecer una depresión y la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales como los de ansiedad o consumo de sustancias (Ritchie & Roser, 2018). Como decíamos antes, la puede padecer cualquier persona en cualquier país, aunque también es cierto que hay algunos sectores de la población que tienen un mayor riesgo y donde tenemos que tenerlo muy presente para evitarla o

AUTORÍA

ÁNGEL GIL. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.

al menos podamos detectarla precozmente. Además, en algunos de estos grupos la manifestación de la depresión es grave y se asocia con frecuencia con el suicidio. Estos grupos son fundamentalmente las personas mayores y los adolescentes, y habitualmente más frecuente en mujeres que en hombres. Cabe destacar por tanto que el aumento de la depresión está ligado con el envejecimiento de la población, con la vida en soledad y con patologías crónicas asociadas vs comorbilidad.

Por eso la OMS estima que 1 de cada 5 personas atendidas en emergencias se ve afectada por depresión y ansiedad. Con el agravante de que los profesionales sanitarios no siempre tienen presente este problema a la hora de atender a sus pacientes, sobre todo por la falta de tiempo de dedicación en las consultas. Los 5-6 minutos por consulta de atención primaria es obvio que son totalmente insuficientes para el abordaje adecuado de este tipo de problemas en general y para la depresión en particular (OMS, 2016).

Necesitamos por tanto un abordaje amplio del problema, tenemos que actualizar la formación de forma sistemática y periódica a nuestro profesionales frente a una patología que se ve con frecuencia, pero está infradiagnosticada e infratratada, según la OMS, la depresión es un trastorno altamente incapacitante, como ya hemos dicho puede afectarnos a todos: hombres y mujeres de todas las edades, niveles educativos, estatus social y económico. Por lo general, la depresión afecta todas las áreas de la vida de una persona, tanto a nivel familiar, como en relación a las amistades, el trabajo, los estudios y los aspectos financieros. Y por lo tanto, como otros trastorno mentales o neurodegenerativos, daño el cerebro del paciente y pero también el corazón de la familia. Se encuentra entre las tres primeras causas de discapacidad -la primera en 2030 según las previsiones de la OMS- y genera unos costes individuales, familiares y sociales muy elevados (SEP, 2015).

1.1 RELACIÓN DEPRESIÓN Y SUICIDIO

Es frecuente que los episodios depresivos sean recurrentes y pueden volverse persistentes o crónicos si no se realiza el tratamiento adecuado. En esos casos, cuando no hay un abordaje precoz de la enfermedad, con frecuencia se va a complicar e incluso puede desencadenar en suicidio.

Hay numerosos estudios que ponen de manifiesto la fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sobre todo, entre los grupos más vulnerables que decíamos antes, como ancianos y adolescentes, y cuando la depresión se cronifica. De hecho, los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Martín del Campo, 2019).

El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general (SEP, 2015). Por lo tanto, el abordaje de la depresión tiene que ser multidisciplinar con que se pueda afrontar con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud.

El suicidio y las autolesiones son frecuentes en personas que sufren depresión. En Europa, de las 60.000 personas que mueren por suicidio consumado, más de la mitad estaban deprimidas. Lo que hizo que hace unos años muchas revistas de alto factor de impacto, sobre todo del campo de la epidemiología, invitasen a los investigadores a hacer trabajos para conocer datos actuales, no solo de la carga de enfermedad, depresión y/o suicidio, sino también para analizar las características socio-demográficas y socioeconómicas de las personas que lo padecen con el fin de buscar, entre todos, soluciones a dicho problema. El suicidio constituye claramente un grave problema de salud pública, ya que, según la OMS, se estima que cada año se quitan la vida cerca de 800.000 personas a nivel mundial y se prevé que en el 2020 esta cifra aumente hasta alcanzar el millón y medio de muertes por suicidio (OMS, 2012).

Dicho en cifras más impactantes, y que suele llegar mejor a la población, se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse (OMS, 2014). De hecho, el suicidio se constituye como la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años.

1.2 CRECIMIENTO POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

A modo de reflexión parece obvio que estamos ante un problema de salud pública, y cuya tendencia es al alza, por lo que es necesario que el problema se afronte con medidas políticas que hagan que el problema este en la agenda de todos los políticos, a lo largo de este capítulo hemos dado cifras y tendencias de la prevalencia, sumado a las consecuencias que la depresión y el suicidio origina en la sociedad, todo ello ha supuesto que la depresión sea objetivo trascendental en las políticas de salud pública (Cardila et al., 2015).

En la última década ha surgido con fuerza el concepto de salud mental como un problema prioritario de salud pública. A menudo se ha enmarcado en planteamientos más globales relacionados con las enfermedades crónicas y más concretamente con cáncer, problemas cardiovasculares, trastornos metabólicos y nutricionales (obesidad, diabetes) y del aparato locomotor. Sin embargo, a diferencia de enfermedades con gran recorrido histórico en definición, etiopatogenia, factores de riesgo y medidas preventivas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el ámbito de acción en la salud mental tanto para vigilancia como para la prevención es todavía mal conocido (de Pedro et al, 2016). En gran parte porque aún en nuestros días los problemas de salud mental tienen un gran estigma en la sociedad, una sociedad donde el simple hecho de acudir al psiquiatra "marca" a la persona, y cuando es diagnosticado termina haciendo invisible para su entorno con el fin de que no sea marcado. La ocultación del problema y la falta de formación de los profesionales sanitarios sobre el problema son una de la claves más importantes para que la depresión y el suicidio se vea en la población y por lo tanto en las estrategias de salud de las autoridades sanitarias. Necesitamos por tanto programas de prevención que claramente sabemos que a depresión y programas de divulgación para eliminar el estigma con el fin de normalizar el abordaje clínico y terapéutico de la enfermedad.

La prevención de las conductas suicidas debe ser global, y no se limita a la intervención sanitaria sobre determinantes individuales, sino que (como sucede con la mayoría de los condicionantes que afectan la salud mundial en el siglo XXI) requiere del enfoque poblacional y multidisciplinar, como todos los problemas de salud pública, y que pro-

pone también acciones sobre factores interpersonales, comunitarios, sociales y políticos (Suelves & Robert, 2012).

Así, una estrategia de prevención con relación al suicidio requiere, además de la detección precoz y tratamiento de las personas con un mayor riesgo de conductas suicidas, otras medidas poblacionales que han demostrado su efectividad como el control del acceso a potenciales medios suicidas, el desarrollo de políticas más efectivas para la reducción del uso de alcohol, y la adopción de prácticas responsables en la información sobre el suicidio desde los medios de comunicación, que tal vez deba extenderse al uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Suelves & Robert, 2012).

El problema requiere por tanto de una cuantificación real y precisa para que el abordaje del mismo cuente con todos los recursos necesarios para afrontarlo de una forma efectiva y eficiente. Todos sabemos que actualmente los recursos materiales y humanos que destinamos a este problema son totalmente insuficientes y que el problema ya está llegando a nuestro entorno. No podemos demorar más la toma de decisiones para poder dar una respuesta clara, segura y contundente a todas aquellas personas que lo necesitan o necesiten.

1.3 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, IMPERATIVO GLOBAL

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar». Por eso la OMS planteó que para el 2030 se tendrían que alcanzar objetivos claros y concretos que para la Salud Mental se centraban en 4 objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación (OMS, 2013).

Este es el camino que tenemos que empezar a recorrer y por supuesto mejor hoy que mañana. No

dejar pasar las llamadas de atención que nos marcan los organismos internacionales y nacionales, el problema ya está con nosotros y si no damos la respuesta que tenemos que dar, en el 2030 estaremos lamentándonos de lo que no hicimos. **Ha llegado el momento de la acción y este modesto documento quiere sumarse a ella llamada de atención para poner encima de la mesa, y en las agendas políticas, un problema de salud pública que nos afecta a todos, la depresión y el suicidio.**

1.4 CONCLUSIONES

- Las cifras de personas con depresión van en aumento desde 1990. Según las estadísticas más recientes de 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%. Alrededor de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal.
- El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general.
- Una estrategia de prevención con relación al suicidio requiere, además de la detección precoz y tratamiento de las personas con un mayor riesgo de conductas suicidas, otras medidas poblacionales que han demostrado su efectividad como el control del acceso a potenciales medios suicidas, el desarrollo de políticas más efectivas para la reducción del uso de alcohol, y la adopción de prácticas responsables en la información sobre el suicidio desde los medios de comunicación, que tal vez deba extenderse al uso de las tecnologías de la información y la comunicación
- Ha llegado el momento de la acción y este modesto documento quiere sumarse a la llamada de atención para poner encima de la mesa, y en las agendas políticas, un problema de salud pública que nos afecta a todos, la depresión y el suicidio.

1.5 BIBLIOGRAFÍA

Cardila, F., Martos, A., Barragán, A., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M. & Gázquez, J.J. (2015). Prevalence of depression in Spain: Analysis of the last 15 years. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*; 5(2), 267-79.

de Pedro, J., Saiz J., Roca, M., & Noguer, I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. (2016). *Psiquiatría Biológica*; 23(2), 67-73.

Martín del Campo, E. (2019). Suicidio, el reto de adelantarse a una realidad tan compleja como invisible. *Gaceta Medica*. Available from: <https://www.gacetamedica.com/politica/suicidio-el-reto-de-adelantarse-a-una-realidad-tan-compleja-como-invisible-HC2217018>

OMS. (2012). Prevención del suicidio. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es

OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organ Mund la salud. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

OMS. (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

OMS. (2018). Depresión. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ritchie, H., Roser M. (2018). Mental Health. Our world in data. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>

SEP. (2015). La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa. Available from: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-es-mas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-en-europa/392>

Suelves, JM, & Robert, A. (2012). Suicidal behavior: A public health perspective. *Revista Española de Medicina Legal*; 38(4), 37-42.

Magnitud del problema

El presente capítulo pretende informar de la magnitud del suicidio y la depresión en España presentando una serie de cifras de prevalencia globales y por grupos de edad, sexo y comunidades autónomas. Asimismo, se discutirán los cambios de depresión y suicidio encontrados a lo largo del tiempo en nuestro país. Por último, se señalarán qué grupos de riesgo o variables se han estudiado en relación a ambos problemas en nuestro país.

2.1 LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESPAÑA

A continuación, se presentarán cifras de prevalencia de depresión en España. A pesar de ceñirnos preferentemente a estudios que incluyen muestras nacionalmente representativas, veremos que hay una gran heterogeneidad en las estimaciones de prevalencia. Esta variabilidad se debe a diversas fuentes. Una primera estaría relacionada con la definición de depresión utilizada. Mientras que en algunos estudios se han usado los criterios diagnósticos del DSM otros utilizan el CIE 10 de la OMS como marco de clasificación diagnóstica de referencia. Por otro lado, hay también una fuente de variabilidad debida a los diferentes instrumentos de medida usados. Por ejemplo, algunos estudios han usado medidas de presencia de depresión diagnosticada, otros han incluido instrumentos auto-administrados y otros, entrevistas clínicas estandarizadas. Toda esa heterogeneidad metodológica y de constructo afecta a las cifras obtenidas.

2.2 CIFRAS GLOBALES

La depresión es la enfermedad mental más prevalente en nuestro país (Haro et al., 2006). Según la última encuesta nacional de salud llevada a cabo en nuestro país en el año 2017, un 6.68% de la población española habría recibido un diagnóstico

AUTORÍA

MARÍA CABELLO. Profesora Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid e Investigadora Adscrita Centro de Investigación Biomédica en Salud Mental (CIBERSAM)

JOSÉ LUIS AYUSO—MATEOS. Catedrático de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid vinculado con plaza en Hospital Universitario de la Princesa. Investigador Principal del Centro de Investigación Biomédica en Salud Mental (CIBERSAM)

de depresión por un médico en los últimos 12 meses (Instituto Nacional de Estadística, 2017a). Esto correspondería a que aproximadamente tres millones de personas en nuestro país estarían diagnosticadas de esta enfermedad. Sin embargo, si tenemos en cuenta que en nuestro país solo el 58% de las personas que padecen depresión buscan ayuda en los servicios sanitarios de salud (Gabilondo et al., 2011), es posible que esta cifra no esté informando correctamente sobre la magnitud del problema. Una de las primeras encuestas de salud mental que se llevó a cabo en nuestro país a nivel nacional usando entrevistas diagnósticas estandarizadas, fue el estudio ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) (Haro et al., 2006). En dicho estudio, se halló que el 10% de la población española habría padecido al menos una vez a lo largo de su vida un episodio depresivo mayor, siendo la prevalencia anual del mismo en torno al 4%. Desde entonces, han sido escasas las encuestas de salud mental en nuestro país con muestras representativas de la población general. Una excepción es el estudio "Edad con Salud", que evaluó la presencia de depresión en una muestra representativa de la población española en el año 2011-2012. En dicho estudio la prevalencia de depresión ascendió al 9% (Lara et al., 2015). Los autores explican que ese porcentaje habría que tomarlo con cautela ya que la adaptación de la entrevista diagnóstica que se utilizó podría haber sobreestimado la prevalencia.

Otros estudios posteriores, se han centrado en sectores específicos de la población, obteniendo prevalencias aún más dispares desde el 8.7% en universitarios, (Vázquez & Blanco, 2008), hasta el 20% de las personas que acuden a atención primaria (Roca et al., 2009).

Con respecto a si en España hay más o menos depresión que en otros países europeos, los estudios no dan una respuesta clara. Por ejemplo, las comparaciones de prevalencia de depresión en estudios realizados en España en torno al año 2001 como la encuesta ESEMeD (Gabilondo et al., 2011) o el estudio "Outcome of Depression International Network" (ODIN) (Ayuso-Mateos et al., 2001) sitúan a nuestro país como uno de los países europeos con más baja prevalencia de depresión. Sin embargo, las cifras de prevalencia de depresión en la encuesta de salud europea en el año 2014 (*European Health Interview Survey*), medidas con el cuestionario PHQ-8 (Kroenke et al., 2009) sitúan a España en torno a la

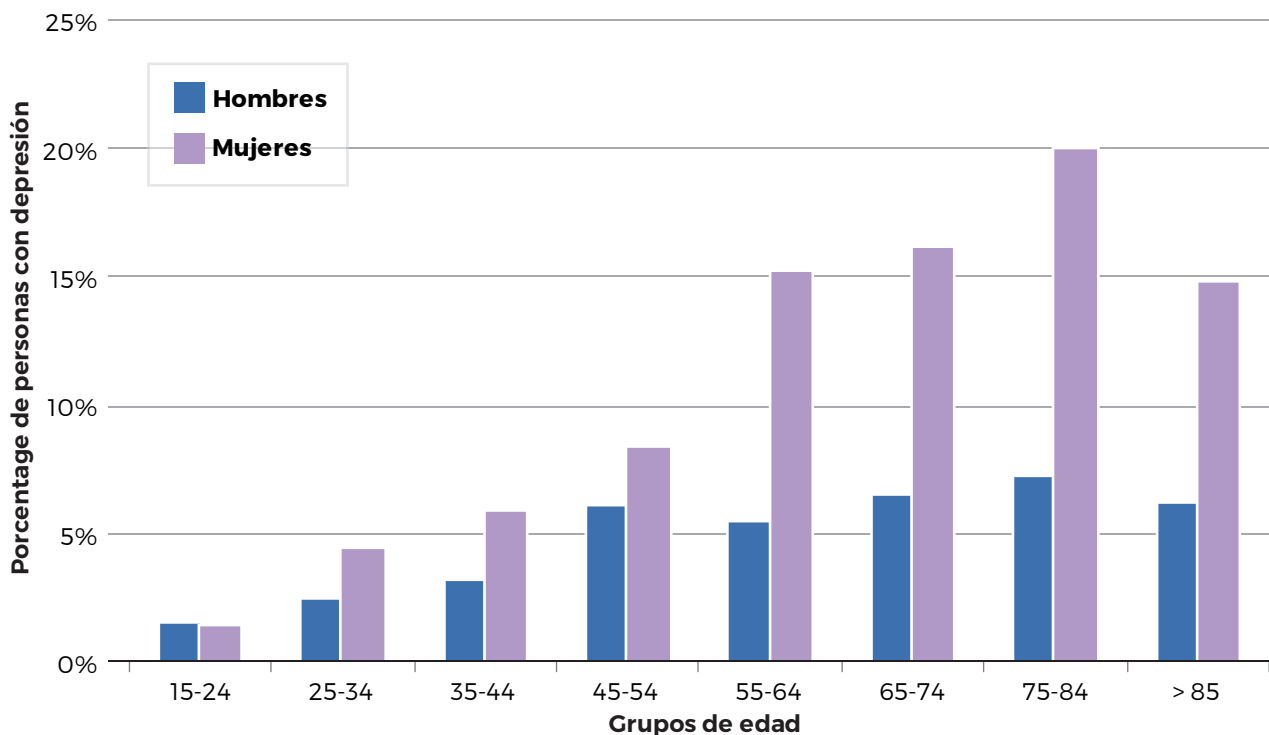
media europea (EUROSTAT, 2014a). En esta misma línea, el estudio de carga global de enfermedad de 2015 sitúa a España con una prevalencia de trastornos depresivos similar a la de Alemania, menor que en Grecia o Portugal y ligeramente superior que Holanda o Reino Unido (*World Health Organization*, 2017).

2.3 CIFRA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

En cuanto a las diferencias por sexo, **se ha estimado que un 14% de las mujeres españolas ha sufrido en algún momento de su vida un episodio depresivo mayor, frente al 6% de hombres** (Gabilondo et al., 2010). La última encuesta nacional de salud elevó al 9% la prevalencia anual de depresión en el caso de las mujeres y al 4% en el caso de los varones (Instituto Nacional de Estadística, 2017a). El estudio ESEMeD halló cifras más conservadoras de prevalencia anual de episodio depresivo mayor, estando presente en el 5.7% de las mujeres y el 2% (Haro et al., 2006). Por tanto, aunque las cifras de prevalencia anual de depresión son variables entre los estudios realizados, lo que si podemos afirmar es que la prevalencia de depresión en las mujeres dobla a la de los hombres en casi todos los estudios del país (Figura 1). Esta tendencia de mayor prevalencia de depresión en las mujeres es común a casi todos los países del mundo (Kessler & Bromet, 2013).

Por otro lado, la prevalencia de depresión también varía en diferentes grupos de edad. Según el estudio ESEMeD, el grupo de edad con mayor prevalencia anual de depresión en España, serían las personas con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años, donde la prevalencia anual de depresión se sitúa en torno al 5% disminuyendo a partir de los 64 (Gabilondo et al., 2010). Por el contrario, la última encuesta nacional de Salud estimó que fueron las personas entre los 75 y 84 años el grupo de edad con más prevalencia de diagnóstico de depresión, siendo a partir de los 55 años cuando las cifras de diagnóstico de depresión aumentan desde el 6% hasta el 10% (Instituto Nacional de Estadística, 2017a).

Por otra parte, ningún estudio en nuestro país directamente ha comparado la población adulta con población infantil. En el año 1993 se realizó una encuesta en 6 ciudades españolas, hallando una prevalencia de episodio depresivo en niños entre 8 a 12 años en torno al 1.8% (Polaino-Lorente & Domè-



■ FIGURA 1. Prevalencia anual de depresión diagnosticada por grupos de Edad y género, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

nech, 1993). En población infantil, un estudio realizado en Cataluña, estimó una prevalencia de episodio depresivo en torno al 1.2% entre los niños de 3 y los 6 años (Domènech-Llaberia et al., 2009). En adolescentes y jóvenes (15-24 años), la cifra de diagnóstico de depresión en la última encuesta nacional de salud fue en torno al 1.2% (Instituto Nacional de Estadística, 2017a). A pesar de esta heterogeneidad, lo que sí podemos afirmar es que la prevalencia de depresión en nuestro país parece concentrarse principalmente a finales de la mediana edad y la tercera edad, siendo menos prevalente en poblaciones más jóvenes.

La relación entre edad y depresión es muy variable entre los países, de forma que hay países como Brasil con mayor prevalencia de depresión entre la población más joven, mientras que en otros como USA son los adultos de mediana edad los que parecen tener una mayor prevalencia (Kessler & Bromet, 2013).

2.4 VARIABILIDAD ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Según datos del 2017, Galicia y Asturias son las comunidades con mayor prevalencia de depresión diagnosticada (Instituto Nacional de Estadística, 2017a), llegando en Asturias casi al 14% de la población. Por el contrario, las Islas Baleares, sería la región con más baja prevalencia de depresión en el año 2017. A pesar de estas diferencias regionales, es pertinente también comentar que la mayoría de estudios en España, no reflejan una diferencia de prevalencia de depresión entre zonas rurales y urbanas (Arias-de la Torre, Vilagut, Martín, Molina, & Alonso, 2018; Gabilondo et al., 2010). Estas diferencias regionales han sido atribuidas a factores diversos, de tipo económicos, migratorios y factores relacionados con el envejecimiento de la población estudiada entre otros.



Porcentaje de casos de depresión diagnosticada

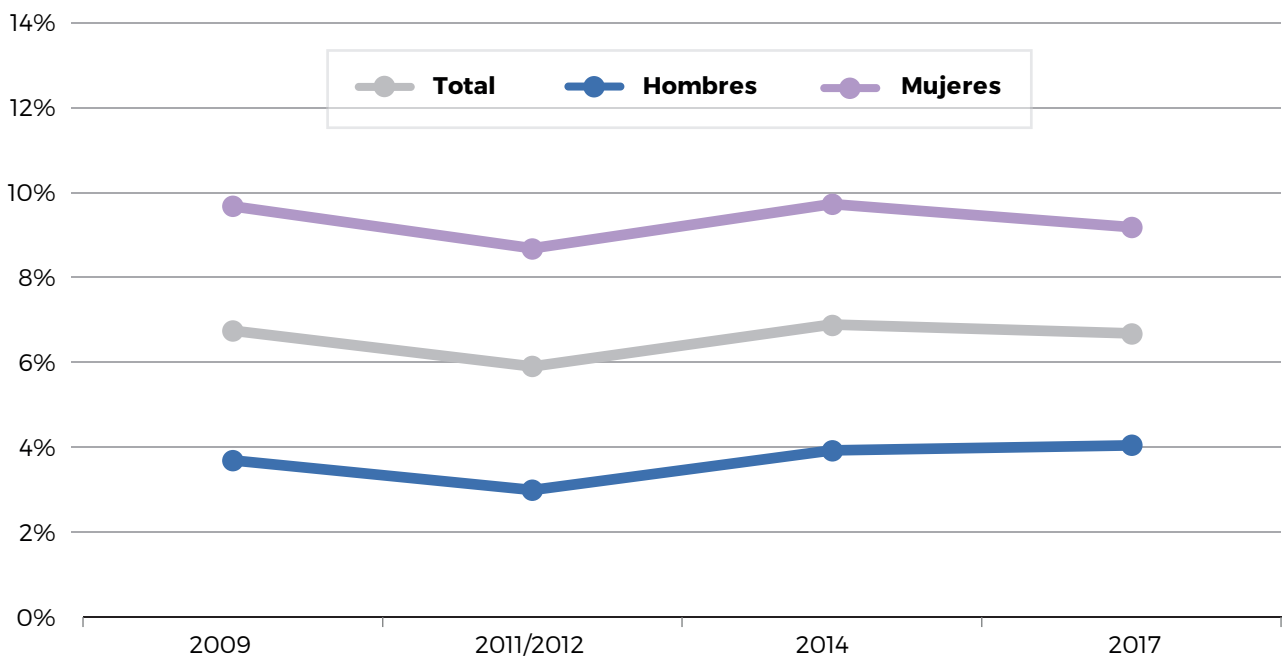


■ FIGURA 2. Porcentajes de casos de depresión por comunidades autónomas, datos INE.

2.5 CAMBIOS DE LA DEPRESIÓN EN ESPAÑA A LO LARGO DEL TIEMPO

La escasez de estudios epidemiológicos longitudinales con muestras representativas nacionales hace complejo tener una estimación precisa de la evolución de la prevalencia de depresión en España. Unas de las pocas evidencias disponibles es la comparación de datos recogidos por las encuestas nacionales de salud organizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que desde el año 2009 aplican la misma metodología que la encuesta europea de salud (*European Health Interview Survey-EHIS*) (EUROSTAT, 2014b) para así obtener datos bianuales de salud en nuestro país. Con anterioridad a este año solamente poseíamos estimaciones que aglutinaban la depresión con otros trastornos mentales como ansiedad. Según estos datos, parece que la cifra de depresión de personas diagnosticadas de depresión en España se ha mantenido en torno al 6% en los últimos años. No obstante, hay que tener en cuenta que la medida de depresión en los años 2009 y 2011/2012 hacía referencia a la categoría de depresión crónica mientras que a partir del año 2014 se incluye el término general de depresión (Figura 3).

Si manejamos datos del estudio de carga global de enfermedad del año 2017, sí que parece haber



■ FIGURA 3. Prevalencia de depresión diagnosticada en España total y por sexo según datos publicados INE

evidencia de un aumento del número de casos brutos de depresión en nuestro país con respecto al año 1990, que es cuando se realizó el primer estudio de carga global de enfermedad (Liu et al., 2019). Sin embargo, el comparar sólo dos años, no permite dibujar tendencias claras de cambio. **Ante esta situación, parece necesario resaltar que hacen falta más estudios longitudinales epidemiológicos en España que usen una metodología común que permita comparar esas cifras a lo largo del tiempo, ya que hoy por hoy no podemos saber con mucha exactitud si hay una tendencia al alza de casos de depresión.**

2.6 PREVALENCIA DE SUICIDIO EN ESPAÑA

A continuación, presentaremos datos de prevalencia de mortalidad por suicidio, ideación y tentativas. Es importante la diferencia entre estos conceptos cuando se expresan cifras de prevalencia ya que como se verá más adelante, cada uno de ellos tiene prevalencias y perfiles asociados diferentes (Ayuso-Mateos, et al., 2012). Asimismo, se presentarán cifras de prevalencia por grupos de edad, sexo y comunidades autónomas para por último exponer datos sobre la evolución de la mortalidad por suicidio y conducta suicida a lo largo del tiempo en nuestro país.

2.6.1 Cifras Globales

A pesar de los problemas de registro que suponen los datos de mortalidad por suicidio, España es según la OMS, un país con buena calidad de registro de estos datos. Desde el año 2013 el registro de la mortalidad por suicidio, publicado por el INE es co-tejado con el instituto anatómico forense. Asimismo, desde el año 2010 los datos de mortalidad por suicidio son publicados de forma separada de las autolesiones con resultado de muerte. Todas estas diferencias de calidad debemos de tenerlas en cuenta cuando realicemos comparaciones a lo largo del tiempo.

En el año 2017 la tasa bruta de muertes por suicidio en España fue de 7.9 por 100000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2017b). Esta cifra da lugar a que en España se producen aproximadamente unos 10 suicidios al día, y en concreto una persona cada dos horas y media.

Los datos de prevalencia de muerte por suicidio sitúan a España bastante por debajo de otros países de la Unión Europea. De hecho, España es el tercer país en la Unión Europea con menor número de muertes por suicidio (EUROSTAT, 2017). A pesar de estas cifras más bajas de prevalencia con respecto a otros países, **el suicidio en España es la causa externa más frecuente de muerte en el país por encima de los accidentes de tráfico, y la segunda causa de muerte más frecuente en el grupo de edad de entre los 20 y los 24 años en el año 2017** (Instituto Nacional de Estadística, 2017b).

Con respecto a los intentos de suicidio en España, el estudio Epidemiológico ESEMeD destacó que un 1.48% de la población Española habría tenido a lo largo de su vida un intento de suicidio (Gabilondo et al., 2007). Con una metodología similar, el estudio "Edad con Salud" recogió una prevalencia a lo largo de la vida en el año 2011-2012 del 1.46% (Miret et al., 2014). En cuanto a la prevalencia de ideación suicida, los estudios epidemiológicos apuntan que en torno al 4% de la población española ha tenido alguna vez en su vida ideación o pensamientos de suicidio (Miret et al., 2014).

La segunda ola de seguimiento del estudio "Edad con salud" informó que en torno al 1.4% de la población española habría pensado en el suicidio en el año 2014. En cuanto a los intentos de suicidio, el mismo estudio publicó que un 0.10% de la población española habría tenido un intento de suicidio en los últimos 12 meses (Bennardi et al., 2019). Una cifra bastante baja en comparación con otros países. La relación entre pensamiento e intento daría lugar a que **de cada persona que se intenta suicidar en nuestro país habría 14 que lo piensan.**

Asimismo, si comparamos los datos de prevalencia de intentos de suicidio en el último año obtenidos por el estudio "Edad con Salud" en el año 2014 (Bennardi et al., 2019), con los datos de mortalidad de suicidio en ese año en nuestro país, obtenemos que por cada persona que se suicida en nuestro país habría aproximadamente 10 que lo intentan. Una cifra bastante pequeña con respecto a la registrada por la OMS, de 20 intentos por cada muerte (*World Health Organization*, 2014). Esta cifra habría que tomarla con precaución, ya que el estudio que informa sobre la cifra de intentos avisa que esta prevalencia podría estar infraestimada, debido a sesgos de respuesta.

2.6.2 Cifras por grupos de Sexo y Edad

En el año 2017 hubo una tasa bruta de mortalidad por suicidio de 11 casos por cada 100000 habitantes en el caso de los hombres y 4.05 en el caso de las mujeres.

En cuanto a la edad, la tasa de mortalidad debida al suicidio aumenta con edad. En el caso de los hombres hay un aumento en torno a la mediana edad (45-59 años) para luego disminuir y volver aumentar a partir de los 65-70 años en donde están los grupos que tienen las tasas más elevadas. En todas las edades, la tasa de muerte es superior en los hombres que en las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2017b). Esta tendencia es común en casi todos los países del mundo (*World Health Organization, 2014*).

En cuanto a la ideación e intentos, son las mujeres y los más jóvenes los grupos que más prevalencia tienen de intentos e ideación suicida (Miret et al., 2014). Esta tendencia de España también es común a la mayoría de otros países del Mundo (*World Health Organization, 2014*).

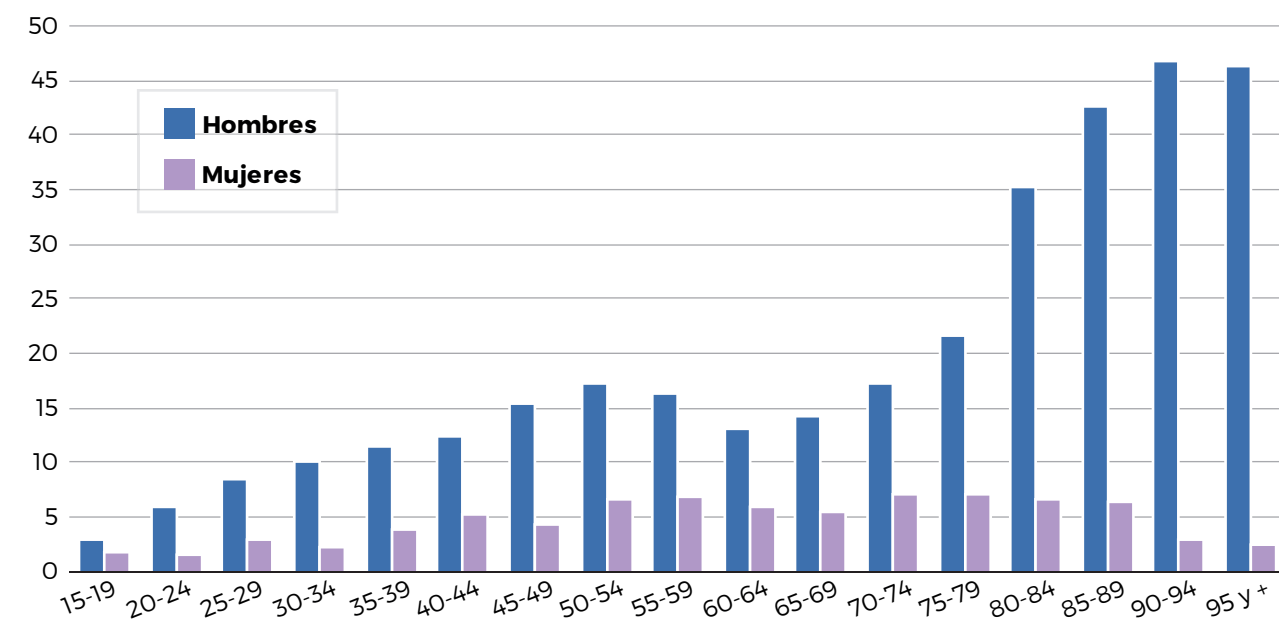
2.6.3 Variabilidad entre comunidades autónomas

El INE también recopila información sobre las tasas de mortalidad por suicidio entre las diferentes co-

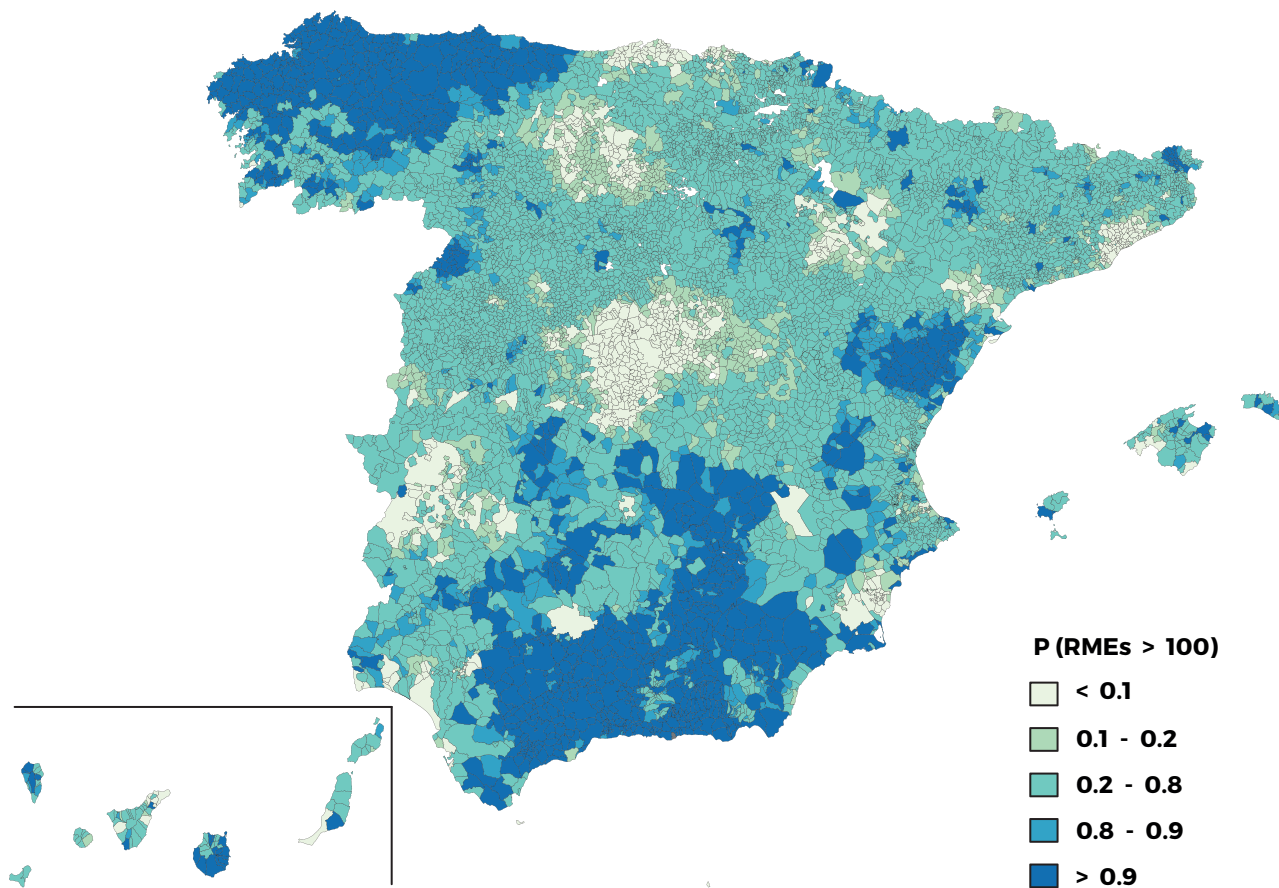
munidades autónomas de España. La comunidad con mayor número de casos por 100 000 habitantes en 2017 fue Asturias y las que menos Madrid y Melilla (Instituto Nacional de Estadística, 2017b). Asimismo, los datos del INE revelan que parece haber un mayor número de muertes por suicidio en municipios pequeños de menos de 100000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2017b). Según datos del Atlas Nacional de Mortalidad en España (Fundación FISABIO), las grandes ciudades de Madrid, Barcelona y Bilbao acumularían índices de riesgo de suicidio bajos, mientras que municipios de Galicia, Asturias, Castellón, Murcia y la zona central y oriental de Andalucía, acumularían las probabilidades de mortalidad por suicidio más elevadas del país.

2.6.4 Cambios de suicidio a lo largo del tiempo

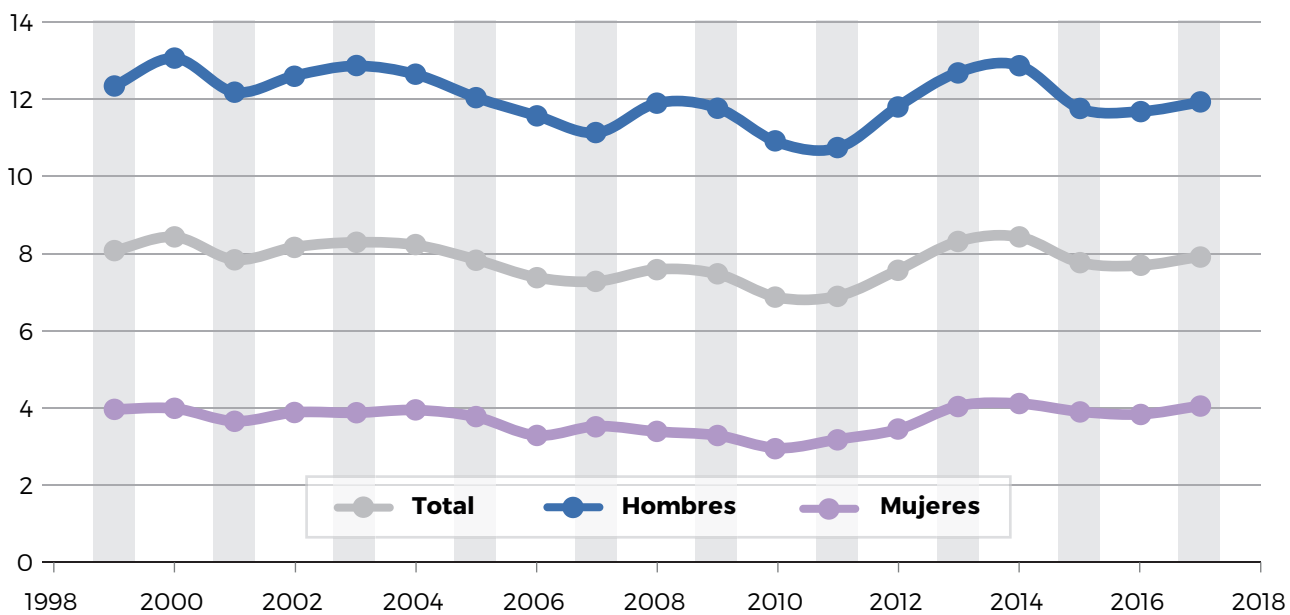
Tal y como se puede ver en la Figura 6, la tasa de mortalidad por suicidio en España se ha mantenido estable en torno a 7 u 8 casos por cada 100.000 habitantes a lo largo de los últimos 15 años. No obstante, la literatura ha presentado datos dispares sobre la evolución de las muertes por suicidio en España. Por ejemplo, un informe que comparó datos del año 2000 y 2012 de mortalidad por suicidio, ha señalado un descenso del 20% en el número de muertes por suicidios en nuestro país (*World Health Organization, 2014*).



■ FIGURA 4. Tasa de mortalidad por suicidio en 2017 por cada 100 000 habitantes en España por grupos de edad según datos del INE



■ FIGURA 5. Probabilidad de mortalidad por suicidio y autolesiones por municipios. Series temporales 1989-2014 del INE recogidos en el Atlas Nacional de Mortalidad en España (ANDEES).



■ FIGURA 6. Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes en España global y por sexo según datos del INE

Por el contrario, varios autores hablan de un aumento en los años 2009 y 2012 (López Bernal, Gasparri, Artundo, & McKee, 2013). Es posible que esta aparente contradicción se deba a que dependiendo del año que usemos de comparación, los resultados pueden ser bastante dispares. En este sentido, un trabajo reciente ha recopilado datos de mortalidad por suicidio desde principios del siglo XX en España, afirmando que la tasa de mortalidad por suicidio ha pasado por diversos periodos: Un periodo ascendente desde 1906 hasta los años 40, otro descendente hasta los años 80 y otro de nuevo ascendente desde los años 80 hasta a la actualidad (Alfonso-Sánchez, Martín-Moreno, Martínez, & Martínez, 2019).

Con respecto a los cambios en el tiempo por grupos de sexo, se puede observar que los hombres han tenido mayor mortalidad que las mujeres a lo largo de los 10 últimos años (Figura 6).

En cuanto a la evolución de las muertes por suicidio por grupos de edad en los años 2001-2017 (Figura 7), podemos ver que los grupos edad con mayor

mortalidad por suicidio han variado a lo largo de los años, pero siempre corresponden a las personas de mayor edad (80 años o más).

En relación a la variabilidad regional a lo largo del tiempo, un trabajo publicado con los datos de Instituto Nacional de Estadística recopiló las tasas de mortalidad por suicidio desde 2002 informando que se podría encontrar una gran variabilidad de mortalidad por suicidio entre comunidades autónomas a lo largo del tiempo (Isabel, Miguel, Antonio, & Óscar, 2017). En este sentido, mientras Madrid tendría una tasa de suicidios descendente, regiones como la Comunidad de Valencia o Galicia tendrían tendencias ascendentes

El estudio epidemiológico ESEMED y Edad con Salud compararon las cifras de ideación suicida anual concluyendo que en los años 2011-2012 con respecto al año 2001 habría habido un aumento marginalmente significativo de ideación suicida en España (Miret et al., 2014). No obstante, los autores confirmaron que son necesarios más estudios a lo largo del tiempo para poder definir tendencias

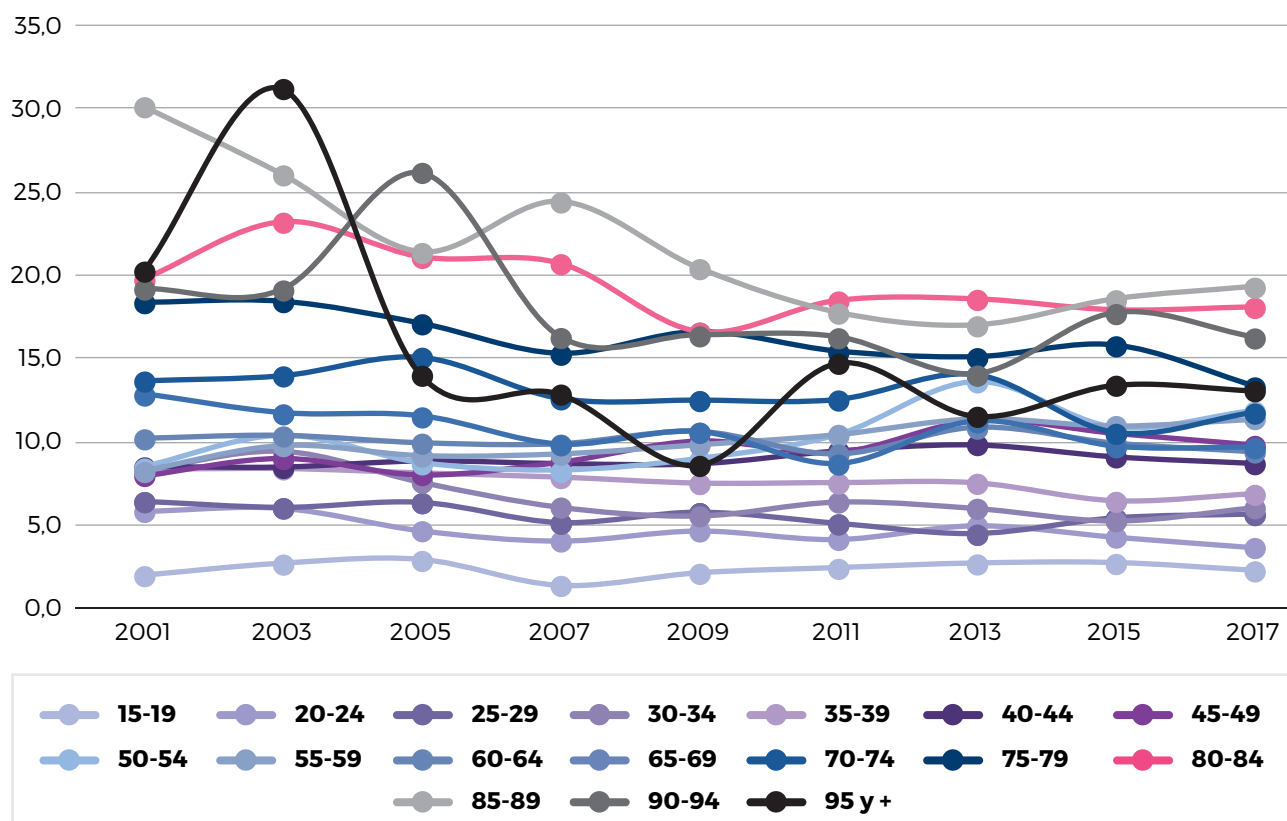


FIGURA 7. Tasa de mortalidad por suicidio 2001–2017 por cada 100 000 habitantes en España por grupos de edad según datos del INE

con más claridad. Otros estudios que han realizado análisis regionales y que han usado el número de intentos registrados por los servicios de emergencia han informado de un aumento de los mismos coincidiendo con el año 2012 (Córdoba-Doña, San Sebastián, Escolar-Pujolar, Martínez-Faure, & Gustafsson, 2014).

2.7 CONCLUSIONES

- Casi 3 millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España, lo que la convierte en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país.
- La depresión es más prevalente en mujeres y en personas de edad avanzada.
- En España se suicida una persona cada dos horas y media, siendo el suicidio la causa externa de mortalidad más frecuente.
- En nuestro país, se suicidan más hombres que mujeres y más personas de edad avanzada que jóvenes, aunque son las mujeres y los más jóvenes los que lo intentan y lo piensan más.
- Usando las estimaciones disponibles a nivel poblacional, parece que de cada persona que se muere por suicidio en España, habría 10 personas que lo intentan, y de cada persona que lo intenta, habría 14 que lo piensan. No obstante, son necesarios más estudios para precisar mejor estas cifras.

2.8 BIBLIOGRAFÍA

Alfonso-Sánchez, J. L., Martín-Moreno, J. M., Martínez, I. M., & Martínez, A. A. (2019). Epidemiological study and cost analysis of suicide in Spain: over 100 years of evolution. *Archives of suicide research*, 1-14.

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Martín, V., Molina, A. J., & Alonso, J. (2018). Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014-2015. *Journal of affective disorders*, 239, 203-207.

Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., . . . Dunn, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.

Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., . . . RECOMS, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.

Bennardi, M., Caballero, F. F., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Lara, E., . . . Cabello, M. (2019). Longitudinal Relationships Between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age-Specific Factors in a General Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 90-103.

Córdoba-Doña, J. A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E., & Gustafsson, P. E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *International journal for equity in health*, 13(1), 55.

Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European child & adolescent psychiatry*, 18(10), 597-604.

EUROSTAT. (2014a). Current depressive symptoms by sex, age and educational attainment level

EUROSTAT. (2014b). European Health Interview Survey (EHIS). Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

EUROSTAT. (2017). Death due to suicide, by sex.

Fundación FISABIO. Atlas Nacional de Mortalidad en España. Suicidio y lesiones autoinfligidas (Ambos sexos, 1984-2014). Retrieved from https://medea3.shinyapps.io/atlas_nacional/

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., . . . Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, 129(13), 494-500.

- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodríguez, A., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., . . . Alonso, J. (2011). Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatric Services*, 62(2), 152-161.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 76-85.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017a). Encuesta nacional de salud Retrieved from https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573175
- Instituto Nacional de Estadística. (2017b). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Retrieved from https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ulti-Datos&idp=1254735573175
- Isabel, R.-P., Miguel, R.-B., Antonio, R.-G., & Oscar, M.-G. (2017). Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. *The European Journal of Health Economics*, 18(3), 313-320.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of affective disorders*, 114(1-3), 163-173.
- Lara, E., Olaya, B., Garin, N., Ayuso-Mateos, J. L., Miret, M., Moneta, V., & Haro, J. M. (2015). Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. *European Neuropsychopharmacology*, 25(2), 203-213.
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2019). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*.
- Lopez Bernal, J. A., Gasparrini, A., Artundo, C. M., & McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *The European Journal of Public Health*, 23(5), 732-736.
- Miret, M., Caballero, F. F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M. V., Olaya, B., Chatterji, S., . . . Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of affective disorders*, 163, 1-9.
- Polaino-Lorente, A., & Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 1007-1017.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. G., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 52-58.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Retrieved from

Impacto sociosanitario

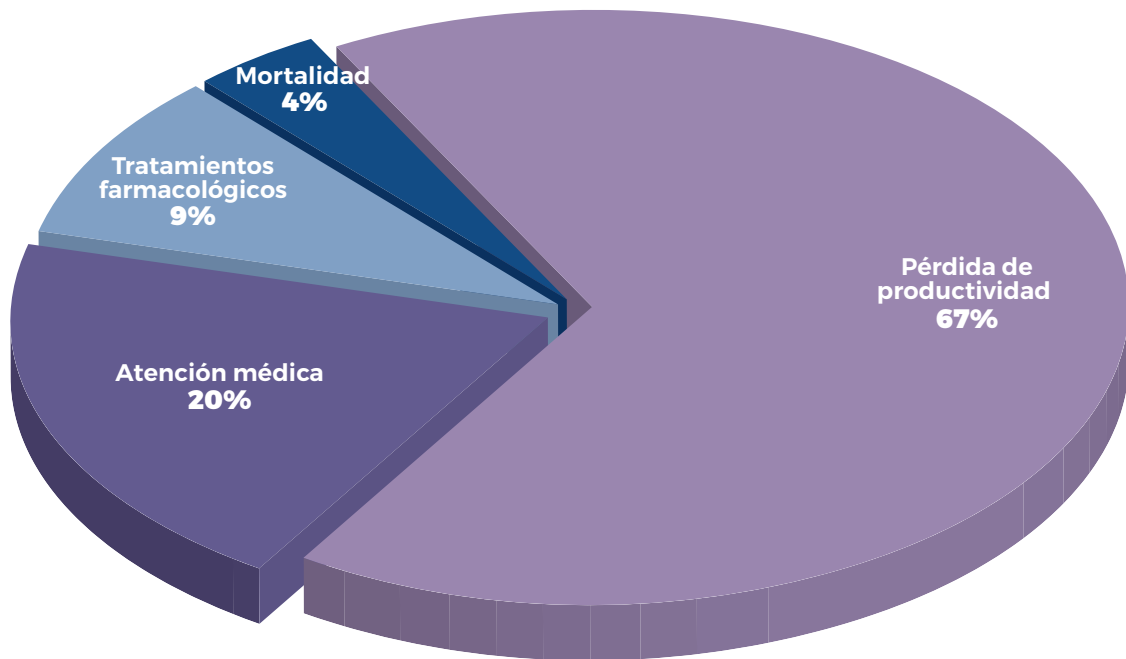
La depresión es una importante prioridad de nuestra sociedad ya que emerge como una de las patologías más frecuentes. Además, afecta significativamente al funcionamiento familiar, social y laboral de pacientes y cuidadores. La depresión, por tanto, no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que hay que enmarcarla en un contexto más amplio vinculado al bienestar social (Castellón Leal et al., 2016). Es por ello que las razones para actuar sobre este importante problema de salud son tanto de índole social como económico. En este sentido, aunque no existen muchos estudios que se centren en el coste que supone para los sistemas sanitarios la depresión y el suicidio, en las últimas décadas se han puesto sobre la mesa numerosos datos que cuantifican el impacto de la depresión, que hacen más visible la necesidad de trabajar en la prevención y en el diagnóstico de estas patologías.

Haciendo un repaso por la literatura científica publicada al respecto, destacan los resultados obtenidos en un estudio realizado en 28 países europeos, que sitúan el coste generado por esta patología en 2004 en 118.000 millones de euros. Esto supone un coste de 253 euros por habitante y representa el 1% del producto interior bruto (PIB) (Sobocki et al., 2006). De forma concreta en España, el coste de la depresión se cifró en 5.005 millones de euros, de los cuales 985 millones correspondían a costes médicos, 449 millones al consumo de fármacos, 3.385 a los costes por pérdida de productividad y 187 millones a los costes de la mortalidad atribuida a la depresión. Es decir, según su análisis, las pérdidas de productividad fundamentalmente por bajas laborales y prematuras representan el 67% de este coste, seguido de la atención médica, que origina el 20% del mismo. Los tratamientos farmacológicos, con un 9% del gasto ocasionado por la depresión, y la mortalidad, cuyo impacto económico se cifra en un 4%, completan el esquema (Figura 8).

AUTORÍA

Departamento de Solutions de Wecare-U y fondo editorial de Wecare-U Comunicación.

Adaptación de: Intelligence Unit Report "Impacto socioeconómico de la depresión y el suicidio en España" de la Revista Española de Economía de la Salud (Vol. 14 - Número 5 de la EDS - DICIEMBRE DE 2019)



■ FIGURA 8. **Distribución de los costes de la depresión en España por categoría de recursos** (Sobocki et al., 2006).

Este importante impacto económico de la depresión no solo se limita al ámbito europeo, sino que también ha sido constatado en otros países del mundo. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Estados Unidos asegura que en 2013, las enfermedades mentales lideraron el gasto de atención médica con una cifra de 201.000 millones de dólares, de los cuales 87.000 fueron designados para tratar la depresión y la ansiedad (Roehrig, 2016).

En este contexto, también arroja luz sobre este tema un análisis sobre la prevalencia del trastorno depresivo mayor y su relación con factores personales y socioeconómicos. El trabajo se basa en los datos de la Encuesta de Salud Europea correspondientes a los años 2014 y 2015 (Arias de la Torre et al., 2018).

Según sus conclusiones, la prevalencia de este trastorno se situó en un 8% entre las mujeres y un 4,1% entre los hombres, una cifra que, como se puede observar, prácticamente duplica este dato en el género femenino.

En relación a los factores socioeconómicos, el estudio confirma que este trastorno está asociado con incapacidad laboral, desempleo, así como a la pertenencia a clases sociales más desfavorecidas, con

la consiguiente desventaja socioeconómica de los afectados. A partir de este diagnóstico de situación, los autores subrayan que las intervenciones intersectoriales pueden ayudar a disminuir la carga social de la depresión.

3.1 IMPACTO LABORAL

Otro aspecto determinante para calcular el coste que suponen estas patologías en cada uno de los países es analizar su impacto en el ámbito laboral.

La depresión en el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, utilización de los servicios de salud y jubilación anticipada (Castellón Leal et al., 2016). En el caso de España, los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja por incapacidad temporal. De hecho, según los datos publicados por el INE, solo el 21% de los pacientes con depresión están trabajando (Tabla 1). Además, según un estudio llevado a cabo en España sobre la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) por grupos diagnósticos, la depresión fue el motivo más frecuente por incapacidad temporal de más de 15

■ TABLA 1. **Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y relación con la actividad económica actual. Población de 15 y más años** (Instituto Nacional de Estadística)

Ambos sexos	Cuadro depresivo mayor	%	Otros cuadros depresivos	%	Total	%
Trabajando	230,8	17%	354,6	24%	585,4	21%
En desempleo	300,4	22%	292,9	20%	593,3	21%
Jubilado/a o prejubilado/a	460,7	34%	466,4	31%	927,1	33%
Estudiando	10,8	1%	43,6	3%	54,4	2%
Incapacitado/a para trabajar	153,3	11%	82,0	6%	235,3	8%
Labores del hogar	205,2	15%	238,6	16%	443,8	16%
Otros	1,9	0%	6,8	0%	8,7	0%
Total	1.363,1		1.484,9		2.848,0	

días de duración, y tuvo un duración media 167,9 días (Delclós, 2010) (Tabla 2).

Asimismo, otro aspecto que influye en la productividad laboral es la esperanza de vida. Numerosos estudios han demostrado que los cuadros depresivos tienen un alto impacto sobre la mortalidad y la esperanza de vida, particularmente acusado en el caso de los hombres jóvenes. De hecho, un estudio ha cuantificado cómo la depresión reduce la esperanza de vida en hasta 12 años para un persona que es diagnosticada de depresión a los 30 años (MunkLaursen, 2016).

En la misma línea, los autores de *'The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study'* han relacionado trastorno depresivo mayor con una calidad de vida significativamente menor, un deterioro de la actividad y de una mayor productividad laboral y un mayor empleo de los recursos sanitarios en comparación con la población general (Jaffe et al, 2019).

Este estudio observacional retrospectivo fue realizado durante 2017 en cinco países europeos, entre ellos España. Los autores compararon dos grupos de pacientes con depresión mayor con y sin resistencias al tratamiento con población general que no había sido diagnosticada de depresión en los últimos doce meses.

Al examinar los resultados en el apartado de la productividad laboral, evidenciaron que los pacientes con depresión resistente a los tratamientos mostraron un absentismo significativamente mayor (RR ajustado: 1,53; IC del 95%: 1,32 a 1,77, p <0,001); mayor presentismo (RR ajustado: 1,29; IC del 95%: 1,09 a 1,51, p = 0,002) y mayor deterioro laboral general (RR ajustado: 1,29; IC del 95%: 1,12 a 1,50, p = 0,001). Además, también observaron un deterioro de la actividad superior (RR ajustado: 1,28; IC del 95%: 1,67 a 1,39, p <0,001) al de la población general.

Con estos datos, el estudio remarca la existencia de necesidades no cubiertas en este importante colectivo de pacientes.

3.2 REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LA FALTA DE RESPUESTA

En muchas ocasiones no se llega a diagnosticar al paciente, o este no sigue adecuadamente la pauta de tratamiento. La principal consecuencia de una depresión sin diagnóstico o mal tratada es el riesgo de cronificación de la enfermedad, que a la larga supondrá un coste personal y económico mayor, en forma de ingresos más prolongados, medicación, terapias, etc. Si no se diagnostica a tiempo, las complicaciones pueden derivar en riesgos muy elevados, el más grave de todos ellos, el suicidio.

■ TABLA 2. Duración de los episodios de ITcc de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos, según las 3 principales patologías por los 8 grupos diagnósticos principales. Período de estudio 2002-2006, n=148.588

Grupo diagnóstico Patología (CIE9)	n	Duración mediana	P25	P75	Duración media	DE
Osteoarticular						
Lumbago (724.2)	3.685	63	37	114	95,9	98,5
Cervicalgia (723.1)	2.995	74	46	115	98,9	92,1
Trastorno interno de la rodilla (717)	2.445	89	53	153	125,0	111,9
Traumatología						
Esguinces y torceduras de otras partes de la espalda (847)	2.036	71	46	104	83,7	59,6
Esguinces y torceduras de tobillo y pie (845)	1.895	40	27	62	56,2	62,3
Fractura del metacarpiano (815)	750	54	43	73	67,2	58,4
Psiquiatría						
Trastorno depresivo (311)	7.221	120	66	218	167,9	143,6
Estados de ansiedad (300)	3.245	84	46	155	123,2	117,3
Trastorno distímico (300.4)	1.830	125	67	241	178,1	151,5
Gineco-obstétrico						
Otras complicaciones del embarazo (646)	2.509	80	53	123	97,6	70,2
Amenaza de aborto (640)	1.420	84	48	183	111,5	75,7
Alteración ósea pre-parto (648.73)	1.105	71	49	100	79,0	44,5
Digestivo						
Hernia inguinal (550)	884	55	41	82	75,9	61,4
Reparación unilateral de hernia inguinal (53)	886	46	36	61	57,0	44,5
Intervenciones sobre el apéndice (47)	409	39	31	48	45,5	53,0
Cardiovascular						
Infarto agudo de miocardio (410)	791	181	103	313	222,6	152,7
Ligadura y extirpación de varices - miembros inferiores (38.59)	655	43	33	59	55,6	48,5
Angina de pecho (413)	309	130	70	255	183,2	149,8
Neurología						
Síndrome de túnel carpiano (354.0)	754	103	62	184	148,8	130,2
Liberación de túnel carpiano (04.43)	597	63	45	103	94,5	95,8
Vértigo y mareos (780.4)	277	50	30	109	96,1	128,2
Neoplasias						
Cáncer de mama en mujer (174)	405	318	170	476	325,9	173,2
Neoplasia maligna de próstata (185)	150	176	82	343	217,8	161,5
Leiomioma uterino (218)	140	73,4	50	107	93,9	76,8

CIE9: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9. P25: Percentil 25; P75: Percentil 75 de la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común. DE: desviación estándar.

Un estudio de 2012 analiza los costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria en nuestro país (Sicras-Mainar et al., 2012). Sus autores revisaron los registros poblacionales de los servicios asistenciales de Badalona con seguimiento durante un año. Se revisaron en total 2.260 pacientes de los que un 42,7% mostraron una respuesta subóptima al tratamiento. Estos pacientes, con una media de edad más alta y mayor proporción de mujeres, presentaban también

mayores comorbilidades y peores porcentajes de cumplimiento. Los costes sanitarios anuales en estos pacientes fueron de 826,1 euros frente a 451,2 euros en los pacientes en remisión, mientras las pérdidas de productividad fueron de 1.842 euros en aquellos con respuesta subóptima, en lugar de los 991,4 euros del grupo en remisión (Sicras-Mainar et al., 2012). En la Tabla 3 se pueden observar las diferencias también en cuanto al uso de los recursos en ambos grupos y los costes de la atención sanitaria.

■ TABLA 3. **Uso de recursos y modelo de costes, promedio/unitario/año, en pacientes con respuesta subóptima y en remisión** (Sicras-Mainar et al., 2012)

Grupos Número de pacientes, %	Respuesta subóptima N = 965 (42,7%)	Remisión N = 1.295 (57,3%)	Total N = 2.260	P
Uso de recursos				
Visitas médicas	16,8 (9,1)	11,1 (8,2)	13,6 (8,9)	< 0,001
Pruebas de laboratorio	0,6 (0,8)	0,5 (0,7)	0,5 (0,8)	< 0,001
Pruebas complementarias	0,1 (0,4)	0,1 (0,3)	0,1 (0,3)	NS
Derivaciones a los especialistas	0,2 (0,4)	0,1 (0,4)	0,2 (0,4)	0,005
Pérdidas de productividad laboral	20,2 (63,7)	12,8 (45,5)	16,1 (54,2)	0,001
Modelo de costes sin corregir (euros)				
Costes sanitarios	857,2	443,2	620,0	< 0,001
Visitas médicas	383,9	253,7	309,3	< 0,001
Pruebas de laboratorio	15,0	10,3	12,3	< 0,001
Pruebas complementarias	4,3	2,2	3,1	< 0,001
Medicamentos	453,9	177,1	295,3	< 0,001
Costes no sanitarios (productividad)	1.615,3	1.021,5	1.275,1	0,001
Costes totales	2.472,5	1.464,8	1.895,0	< 0,001
Modelo de costes corregidos (euros)^a			Diferencia	
Costes sanitarios	826,1	451,2	374,85	< 0,001
IC95%	798,5-853,5	428,8-473,6		
Costes no sanitarios (productividad)	1.842,0	991,4	850,64	< 0,001
IC 95%	1.525,7-2.158,3	733,6-1249,1		
Costes totales	2.668,1	1.442,6	1.225,49	< 0,001
IC95%	2.346,9-2.989,2	1.180,9-1.704,2		

Valores expresados en media (desviación estándar); p: significación estadística; IC: intervalo de confianza. **a**Modelo de ANCOVA: cada prueba F contrasta el efecto simple de la presencia de remisión en cada combinación de niveles del resto de los efectos mostrados. Estos contrastes se basan en las comparaciones por pares, linealmente independientes, entre las medias marginales estimadas. **Componentes aleatorios:** estado de remisión y sexo; **covariables:** comorbilidad y edad.

Otro estudio en esta línea ha analizado recientemente el coste económico del trastorno depresivo resistente al tratamiento en el sistema de salud americano (Sussman et al, 2019). El objetivo de este trabajo era comparar el empleo de recursos de atención médica por cualquier causa y el coste asociado a los cuidados de salud entre pacientes con depresión resistente al tratamiento y otros con depresión sin resistencia a fármacos utilizando las reclamaciones administrativas.

La conclusión es que los pacientes con depresión resistente al tratamiento utilizaron de forma significativa más recursos (urgencias, atención hospitalaria y número de recetas) e hicieron frente a pagos de atención médica más altos en general.

De nuevo, la evidencia disponible sugiere que un manejo mejorado y más efectivo de estos pacientes puede ayudar a reducir la carga económica de la enfermedad.

3.3 RETORNO ECONÓMICO DE LA PREVENCIÓN

Todos los estudios que analizan el impacto económico de la depresión y el suicidio no solo coinciden en que estas patologías representan una elevada carga económica para un país, sino que también apuntan a la necesidad de trabajar en la prevención de las mismas, lo cual reduciría los gastos asociados y supondría un importante ahorro económico.

En un reciente estudio elaborado por *The London School of Economics and Political Science*, se ha realizado la identificación de numerosas medidas efectivas de prevención del suicidio y la rentabilidad prevista de algunas de estas acciones (McDaid et al., 2019). Así, citan un estudio realizado en Inglaterra, que analizó la evaluación psicosocial adecuada y la atención posterior después de que un hospital detectase un caso de autolesión deliberada. Se estimó un retorno por cada dólar invertido de 3 dólares, teniendo en cuenta los gastos en términos de servicios sanitarios, policía y gobierno local. La estimación aumenta a 15 dólares por cada dólar invertido si se tienen en cuenta los impactos a nivel laboral (McDaid et al., 2017). Así mismo, también hace referencia a otra medida productiva como es la mejora de la formación de médicos de atención primaria. La implantación de esta medida en el sistema nacional de salud británico supondría una tasa de retorno de 43,99 por libra invertida (Knapp et al., 2011).

Por otro lado, desde *London School of Economics and Political Science* también se hacen eco de otro estudio que muestra como la estrategia de prevención del suicidio 'multicomponente' realizado en Canadá, que une a las campañas de salud mental dirigidas a la población, así como la formación a profesionales sanitarios y un correcto abordaje, aportaba un ahorro por año de vida de 3.549 dólares (Vasiliadis et al., 2015). También se analiza el programa integral puesto en marcha por la industria de la construcción en Nueva Gales del Sur (Australia), que derivó en un ahorro de costes de 1,79 millones de dólares, con una inversión de 390.000 dólares, lo que se traduce en un retorno de la inversión de cinco dólares por cada dólar (Doran & Ling, 2014).

Por último, a nivel europeo, el estudio *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*, analiza el impacto en términos económicos de un correcto tratamiento en el ámbito de la salud mental (Chisholm et al., 2016). Así, el estudio calculó los costes que supondría el tratamiento y los resultados que se aportarían en 36 países entre 2016 y 2030. De este modo, para ampliar sustancialmente la cobertura de tratamiento efectivo para los trastornos de depresión y ansiedad se estima necesaria una inversión de 147.000 millones de dólares a nivel europeo. Los rendimientos esperados de esta inversión también son sustanciales. En términos de impacto en la salud, el tratamiento ampliado lleva a 43 millones de años

adicionales de vida saludable ganados durante el período de ampliación. Estos años de vida producen un valor económico neto de 310.000 millones de dólares. Además de estos beneficios intrínsecos asociados con la mejora de la salud, el tratamiento ampliado de los trastornos mentales comunes también genera grandes ganancias de productividad económica (un valor neto de 230.000 millones para el tratamiento de la depresión ampliada y 169.000 millones para los trastornos de ansiedad). Así, la relación beneficio / coste resultante asciende a 2,3-3 cuando solo se consideran los beneficios económicos, y 3,3-5,7 cuando también se incluye el valor de los retornos de salud (Chisholm et al., 2016).

A la vista de estos datos, los expertos consideran esencial la implantación de un plan nacional en materia de salud mental que marque el camino a seguir en materia de prevención de depresión y suicidio. De hecho, en Australia se ha analizado el impacto a nivel de ahorro de costes que tendría la implantación de un plan estatal contra el suicidio en el lugar de trabajo. Se estima que, cada año este plan aportaría ahorros por un valor de 61.260 millones de dólares. El coste de implantar el plan alcanzaría los 40,97 millones de dólares (Kinchin & Doran, 2017).

En nuestro país, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013) continúa, al cierre de la edición de este libro, pendiente de su renovación (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). En la última etapa de María Luisa Carcedo al frente del Ministerio de Sanidad, se avanzó en el borrador de una nueva herramienta que quedó en suspenso con el cambio del equipo de gobierno y la irrupción de la crisis sanitaria generada por la Covid-19 en marzo de 2020.

En este último documento, la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida protagonizaba la tercera línea estratégica de un total de nueve epígrafes. Según fuentes del Ministerio de Sanidad, los técnicos que ultimaban el borrador contemplaban dos objetivos fundamentales. En primer lugar, detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas, pero también mejorar la atención a las personas con riesgo suicida.

La visión de los expertos sobre este punto es unánime: para que resulte verdaderamente eficaz resulta fundamental incorporar indicadores que permitan evaluar el impacto de las medidas derivadas de

su aplicación, así como proporcionar recursos que permitan materializar los objetivos planteados, entre los que destaca la prevención.

A falta de una nueva estrategia a escala nacional, algunas iniciativas regionales marcan desde hace varios años el camino que se ha de seguir en este sentido. La Comunidad de Madrid, Cataluña y el País Vasco constituyen la referencia para los especialistas.

El Plan de Salud Mental 2018-2020 del Servicio Madrileño de Salud asume como propios los retos que identifica la Organización Mundial de la Salud (Comunidad de Madrid, 2018). La herramienta comprende diez líneas estratégicas que abarcan desde el desarrollo de la organización en la base, a la atención a las personas con trastorno mental grave, salud mental en niños y adolescentes o salud mental en el ámbito de la atención primaria. La prevención del suicidio es una de las líneas estratégicas del plan regional, que también incorpora la participación de usuarios y familiares y la lucha contra el estigma de las personas con trastorno mental, además de la formación y el cuidado de los profesionales, entre otras.

En Cataluña, la última referencia es la Estrategia 2017-2019 del Plan Integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones (Generalitat de Catalunya, 2017), en cuya elaboración participaron las entidades sociales del sector, los profesionales, los familiares y afectados y los diferentes departamentos implicados del gobierno autonómico. El plan genérico de Salud de Cataluña 2016-2020 también promueve entre sus objetivos el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en el ámbito de la salud mental.

Por su parte, en junio de 2019 el gobierno vasco aprobaba su Estrategia para la prevención del suicidio (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). La base para esta iniciativa sigue siendo la Estrategia de Salud Mental de Euskadi de 2010 (Servicio Vasco de Salud, 2010) y su desarrollo constituye también una de las líneas estratégicas marcadas por el Departamento de Salud de País Vasco entre 2017 y 2020.

También es relevante mencionar las iniciativas de Andalucía y Comunidad Valenciana en este terreno.

El III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 se encuentra en este momento en fase de revisión (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2016). El punto de partida de esta herramienta ha sido el análisis de la situación en la comunidad andaluza, a partir de los resultados de los dos planes anteriores, pero también de las necesidades expresadas por las personas con problemas de salud mental y sus familiares, así como de los profesionales implicados.

En el caso de la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública de la Generalitat Valenciana, 2016), la clave es la organización y orientación de los servicios desde el paradigma del modelo de recuperación. La iniciativa valenciana trata de promover un abordaje integrado desde los diferentes servicios y niveles de atención de la red sanitaria y ofrecer una respuesta sanitaria, social, educativa, laboral y judicial.

3.4 IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL SUICIDIO

Con el foco de atención centrado en el suicidio, para valorar su impacto es fundamental aludir a los últimos datos disponibles en nuestro país. En el año 2018 fallecieron en España 3.539 personas por esta causa, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. La proporción es sustancialmente mayor en el género masculino, con 2.619 muertes entre los hombres, frente a las 920 registradas en mujeres. Los datos del INE marcan una leve tendencia a la baja. En 2015 se registraron un total de 3.602 muertes por esta causa, que bajaron de nuevo hasta las 3.569 en 2016, con un repunte hasta los 3.679 casos en 2017.

Al margen de los datos de suicidios consumados, la prevalencia y los factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española han sido objeto de análisis en varias ocasiones. La principal referencia aquí es el estudio ESEMed (Gabilondo et al., 2007), obtenidos a partir de una encuesta sobre una muestra de 5.473 personas.

En este estudio, la prevalencia estimada a lo largo de la vida de la ideación suicida se situó en el 4,4%, un 1,4% de los encuestados admitieron planearlo, y un 1,5% confirmaron un intento de suicidio. Ade-

más, los autores destacaron que entre los individuos con ideas suicidas, la probabilidad de elaborar en algún momento un plan suicida fue del 33,1%, mientras que la de realizar un intento suicida superaba ligeramente este dato, con un 33,9%.

Los datos también constataban que la probabilidad de realizar un intento entre quienes presentaban ideas suicidas y habían elaborado un plan fue claramente superior (un 73%), a la de aquellas personas que no tenían plan, un 14,4%.

La investigación posterior corrobora que estas cifras se mantienen, en general, a lo largo del tiempo. Lo confirma un estudio publicado en 2014 que estima la prevalencia en la población general y la compara con los datos del citado ESEMED, recogidos diez años antes (Miret et al, 2014).

En sus conclusiones, los autores destacan que la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos resultan similares a los de entonces, a pesar de la crisis económica. Subrayan, además, que los factores asociados con la suicidabilidad varían en los diferentes grupos de edad, y apuntan a que los programas de prevención del suicidio deberían poner el acento en la detección precoz y la prevención de los trastornos depresivos y de ansiedad.

En sintonía con estos datos, conviene no perder de vista que la tasa de prevalencia de la suicidabilidad en el trastorno depresivo mayor asciende al 46,67% (Dold et al, 2017). Los autores identificaron algunas variables sociodemográficas, psicosociales y clínicas que se diferenciaban del grupo de pacientes sin suicidio y que ya estaban presentes en el grupo de pacientes con tendencia al suicidio leve o moderado. Entre ellas, se encontraban la gravedad de los síntomas depresivos, la resistencia al tratamiento o las características psicóticas. En la medida que la tendencia suicida leve y moderada se asocia con un fracaso en el logro de la respuesta al tratamiento, se debe garantizar un reconocimiento adecuado de esta condición en la práctica clínica, remarcan los investigadores.

El impacto de la ideación suicida en la productividad también está contemplado en el análisis que recoge los resultados de las encuestas de salud realizadas en cinco países europeos (Jaffe et al., 2019). Si se compara la población que admite tener ideas de suicidio con la que no las presenta se observa un mayor absentismo (RR: 5.06; 95% CI 4.56 to 5.63),

un mayor presentismo (RR: 2.67; 95% CI 2.38 a 3.00), un mayor deterioro de la productividad laboral (RR: 2.91; 95% CI 2.62 a 3.23), y un mayor deterioro de la actividad (RR: 2.53; 95% CI 2.37 a 2.71).

Para finalizar, y siguiendo esta misma línea, en 2017 se publicó el informe *The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy*, que analiza el impacto del suicidio en Australia (Kinchin & Doran, 2017). Este muestra cómo el coste promedio de un intento de suicidio que lleve a la incapacidad total es 2,25 millones y de 1,69 millones por uno que lleve a la muerte. El coste total de suicidio y los intentos de suicidio se estimó en 6.730 millones de dólares en Australia. Estos costes fueron debidos a comportamientos suicidas que llevaron a una incapacidad total (77,2%), suicidios completados (22,6%) y comportamientos suicidas que conllevaron bajas laborales transitorias (0,2%).

3.5 CONCLUSIONES

- En las últimas décadas se han puesto sobre la mesa numerosos datos que cuantifican el impacto de la depresión. Las cifras hacen más visible la necesidad de trabajar en la prevención y en el diagnóstico de estas patologías.
- La depresión en el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad y absentismo laboral y guarda relación con el incremento de accidentes laborales, una mayor utilización de los servicios de salud y la jubilación anticipada.
- La principal consecuencia de una depresión sin diagnóstico o mal tratada es el riesgo de cronicación de la enfermedad. A la larga, supondrá un coste personal y económico mayor, en forma de ingresos más prolongados, medicación, terapias, etc. Si no se diagnostica a tiempo, las complicaciones pueden derivar en riesgos muy elevados, el más grave de ellos es el suicidio.
- De acuerdo con el análisis publicado por Sobocki et al., en 2006 las comorbilidades representan el 67% del coste de la depresión, seguido de la atención médica, que origina el 20% gasto. Los tratamientos farmacológicos, con un 9% del gasto ocasionado y la mortalidad, cuyo

impacto económico se cifra en un 4%, completan el coste de la depresión en Europa.

- Los análisis socio-económicos realizados muestran que por cada dólar invertido en la detección y tratamiento de la conducta suicida se retornan 3 dólares al sistema. La estimación aumenta a 15 dólares por cada dólar invertido si se tienen en cuenta los impactos a nivel laboral (McDaid et al., 2017).
- Los expertos consideran esencial la implantación de un plan nacional en materia de salud mental que marque el camino a seguir en materia de prevención de depresión y suicidio. Para que resulte verdaderamente eficaz, resulta fundamental que incorpore indicadores que permitan evaluar el impacto de las medidas derivadas de su aplicación, así como proporcionar recursos que permitan materializar los objetivos planteados, entre los que destaca la prevención.

3.6 BIBLIOGRAFÍA

- Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Martín, V., Molina, A., & Alonso, J. (2018). Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *Journal Of Affective Disorders*, 239, 203–207.
- Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forteza, G., Sanz González, J., & Saiz Ruiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112–117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Comunidad de Madrid. (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018–2020). Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2016). III Plan Integral de Salud Mental 2016–2020. Sevilla
- Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública de la Generalitat Valenciana. (2016). Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016–2019.
- Delclós, J., García, S., López, J.C., Sampere, M., Serra, C., Plana, M., Vila, D., Benavides, F. (2010). Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Vitoria-Gasteiz
- Dold, M., Bartova, L., Fugger, G., Kautzky, A., Souery, D., Mendlewicz, J., ... Kasper, S. (2018). Major Depression and the Degree of Suicidality: Results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(6), 539–549
- Doran, C., Ling, R. (2014). The economic cost of suicide and suicide behaviour in the NSW construction industry and the impact of MATES in Construction suicide prevention strategy in reducing this cost. Spring Hill.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., Codony, M., & Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494–500
- Generalitat de Catalunya. (2017). Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2017–2019)
- Jaffe, D. H., Rive, B., & Deneer, T. R. (2019). The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(1)
- Jaffe, D. H., Rive, B., & Deneer, T. R. (2019). The burden of suicidal ideation across Europe: a cross-sectional survey in five countries. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 15, 2257–2271
- Kinchin, I., & Doran, C. M. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 347. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040347>
- Knapp, M., McDaid, D., Parsonage, M. (2011). Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. Rep., Dep. Health, London. http://eprints.lse.ac.uk/32311/1/Knapp_et_al__MHPP_The_Economic_Case.pdf

- McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). (2017). Commissioning Cost-Effective Services for Health, Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Illness. Public Health England.
- McDaid, D., Park, A.-L., & Wahlbeck, K. (2019). The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 373-389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013
- Miret, M., Caballero, F. F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M. V., Olaya, B., Chatterji, S., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders*, 163, 1-9
- MunkLaursen, T., Musliner, K., Benros, E., Vestergaard, M., Olsen, T. (2016). Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 193, 203-207.
- Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Roehrig, C. (2016). Mental disorders top the list of the most costly conditions in the United States: \$201 billion. *Health Aff.* 35:1130-35
- Servicio Vasco de Salud. (2010). Estrategia en Salud Mental de la CAPV. Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi
- Sicras-Mainar, A., Mauriño, J., Cordero, L., Blanca-Tamayo, M., & Navarro-Artieda, R. (2012). Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. *Atencion Primaria*, 44(11), 667-675. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.04.007>
- Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.
- Sussman, M., O'sullivan, A. K., Shah, A., Olfson, M., & Menzin, J. (2019). Economic Burden of Treatment-Resistant Depression on the U.S. Health Care System. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 25(7), 823-835
- Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Latimer, E., & Seguin, M. (2015). Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 18(3), 147-155. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/26474050>

Abordaje del paciente con depresión mayor

4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Aunque el asunto desbordaría las pretensiones del presente capítulo, es indispensable comenzar subrayando que la **única manera de establecer un buen plan de abordaje terapéutico en caso de depresión pasa por realizar un diagnóstico apropiado**. Esto incluye una caracterización minuciosa del cuadro, la pormenorización de los síntomas predominantes, su gravedad e impacto funcional y la exclusión de factores estresantes psicosociales, de otros trastornos psiquiátricos o de otras enfermedades médicas generales, así como el uso de fármacos o sustancias tóxicas que puedan justificar el desarrollo o el mantenimiento del cuadro. El precepto de "diagnosticar antes de tratar" no solo es fundamental en el primer contacto del paciente con la red de Salud Mental, sino que debería mantenerse vigente a lo largo del tiempo de seguimiento y, más aún, cuando la respuesta al tratamiento sea inadecuada.

Tal y como se resume en la Tabla 4, existen subtipos clínicos específicos de depresión que merecen algunas consideraciones especiales de cara a establecer un plan terapéutico apropiado. Conocer el nivel de funcionamiento previo y los rasgos de personalidad premórbidos -mediante una buena entrevista y el uso de instrumentos psicométricos específicos, contando, si es posible, con la información complementaria de sus allegados- se antoja indispensable para matizar los objetivos del tratamiento y las formas de abordaje. La existencia de una enfermedad sistémica comórbida a la depresión, sobre todo si cursa con dolor, sufrimiento emocional, una evolución tórpida o limitaciones funcionales, va a aumentar el riesgo de mala adherencia y de fracaso del tratamiento. Un plan conjunto de abordaje de las dos entidades resultará indispensable para mejorar los resultados generales de ambas.

AUTORÍA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

JAVIER DE DIEGO, Psiquiatra e investigador en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau), Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Centro de Investigación Biomédica en Salud Mental (CIBERSAM)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

JOAQUIM SOLER, Psicólogo Clínico Adjunto del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

ELISABET DOMÍNGUEZ-CLAVÉ, Psicólogo Clínico Adjunto del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

■ TABLA 4. Subtipos clínicos de depresión más característicos y las particularidades de su manejo

Subtipo clínico	Síntomas característicos	Tratamiento indicado	Otras consideraciones
Depresión psicótica	Ideas delirantes y/o alucinaciones (generalmente congruentes con el ánimo depresivo)	Terapia electroconvulsiva y/o combinación de antidepresivo + antipsicótico	Mayor gravedad Mayor tiempo de recuperación
Depresión melancólica	Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros Tristeza vital o desaliento profundo de una cualidad distinta Empeoramiento matutino y mejoría vespertina Despertar precoz Notable agitación o retraso psicomotor Anorexia o pérdida de peso importante. Culpa excesiva o inapropiada.	Antidepresivos (especialmente de espectro más amplio como los tricíclicos o duales) Terapia electroconvulsiva	La mayoría de expertos considera a los síntomas psicomotores como los más nucleares del subtipo (p.e. hipomimia, lentificación del discurso o de los movimientos corporales, inquietud o agitación espontáneas, etc.)
Depresión atípica	Hipersomnia Hiperorexia o aumento de peso Síntomas somáticos como parálisis plúmbica Hipersensibilidad al rechazo interpersonal Preservación de la reactividad del ánimo	Clásicamente se reporta mejor respuesta a IMAOs que a antidepresivos tricíclicos La superioridad de IMAOs sobre ISRS o duales no está tan bien contrastada	Respuesta más pobre a la farmacoterapia y mayor riesgo de cronicidad Posiblemente los IMAOs, más que un tratamiento específico para este subtipo, son un tratamiento más eficaz en general para depresión resistente
Depresión bipolar	El episodio agudo puede ser virtualmente indistinguible de una depresión unipolar pero algunas características pueden ser indicadores: <ul style="list-style-type: none">Sintomatología mixta (irritabilidad, disforia, inquietud, tensión interna, taquipsiquia...)Irritabilidad o síntomas de viraje bajo tratamiento antidepresivoPresencia más frecuente de síntomas atípicos, síntomas psicóticos, retraso psicomotorVariaciones diurnas del estado de ánimoMayor necesidad de hospitalizaciónMayor historia de conducta autolítica	Con indicación aprobada: <ul style="list-style-type: none">Fluoxetina+OlanzapinaQuetiapina de liberación inmediata o prolongadaLurasidonaTerapia electroconvulsiva (si grave o resistente) Antidepresivos ampliamente usados pero sin eficacia demostrada (deberían siempre asociarse a eutimizantes con eficacia en el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar como Sales de Litio, Valproato, Carbamazepina o algunos antipsicóticos atípicos) Lamotrigina o Quetiapina han demostrado superioridad en fase de mantenimiento en caso de polaridad predominante depresiva	Otros datos que aumentan la sospecha: Historia familiar de trastorno bipolar Debut temprano (edad media de debut a los 22 años) Debut en periodo post-parto Patrón estacional (depresiones predominantemente en invierno) Duraciones cortas y mayor número de episodios previos Resistencia al tratamiento antidepresivo Un episodio espontáneo maníaco o hipomaníaco previo, confirma el diagnóstico

Aunque posiblemente de forma excesivamente simplista, la gravedad de un episodio depresivo mayor puede definirse según el número de síntomas presentes, su intensidad y su impacto funcional. Según estos parámetros, la gravedad del episodio depresivo ofrece una primera guía de su abordaje (Bauer et al., 2013): las depresiones leves se benefician de intervenciones de apoyo, psicoeducativas y psicoterapéuticas y el uso de farmacoterapia podría considerarse opcional pero es de accesibilidad inmediata y muy recomendable especialmente en caso de duración prolongada; por su parte, las depresiones moderadas y graves -aquellas con una mayor repercusión del funcionamiento personal- precisarán tratamiento antidepresivo farmacológico o combinado (farmacológico y psicoterapéutico). Lógicamente, cuando más grave sea la depresión, mayor será el beneficio que obtendremos de un buen abordaje terapéutico.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico particularmente indicado para depresiones graves con síntomas psicóticos o melancólicos, depresiones con intensa ideación suicida o con un rápido deterioro de la salud general (p.e. por desnutrición o inmovilidad en ancianos) que requieran una rápida respuesta. También estaría indicada para depresiones graves con falta de respuesta al tratamiento farmacológico y aquellas en las que la farmacoterapia pudiera suponer más riesgos que la propia TEC (p.e. depresiones graves en gestantes, especialmente en el primer trimestre). La TEC consiste en la administración de corrientes eléctricas uni o bilateralmente en la región frontal de la superficie craneal del paciente. Generalmente se administra en tandas de 2-3 sesiones semanales, en condiciones de plena seguridad para el paciente y en un ambiente controlado, con monitorización de constantes vitales, y bajo anestesia general y relajación muscular (Para revisión, véase Dunne RA et al., 2012).

4.1.1 Fases y objetivos del tratamiento antidepresivo

- La **fase aguda** del tratamiento antidepresivo suele comprender unas 8-12 semanas. La intervención temprana resulta indispensable para mejorar los resultados del tratamiento. Los pacientes que más tardan en recibir un tratamiento antidepresivo adecuado tienen un proceso de recuperación más lento, menor probabilidad

de respuesta y remisión y mayores índices de discapacidad a medio plazo. (de Diego-Adeliño et al., 2010; Chio et al., 2015). En esta fase, el objetivo sería la remisión completa. Aunque el término evoca unas aspiraciones en apariencia más que suficientes, su definición real no está exenta de controversia en la práctica diaria. La remisión completa se describe como la reducción de la sintomatología depresiva por debajo de un umbral predefinido que sugeriría la ausencia de criterios del trastorno y su resolución (i.e. ≤ 7 o $\leq 10-12$ en las escalas de depresión de Hamilton y Montgomery-Asberg, respectivamente). Lo cierto es que aquellos pacientes en remisión que sostienen síntomas subumbrales significativos, siguen teniendo un mayor riesgo de recaídas/recurrencias, cronicidad, discapacidad e incluso de conducta suicida (Kennedy & Foy, 2005), con lo que muchos autores abogan por una redefinición de los criterios de remisión o al menos una reducción del umbral de las puntuaciones (De Zwart et al., 2019).

- La **fase de continuación** del tratamiento se prolongaría al menos 6 meses, a contar una vez alcanzada la remisión completa. Si no hay problemas de tolerabilidad, la recomendación es mantener el mismo tratamiento antidepresivo y a las mismas dosis a las que mostró eficacia. En esta fase el objetivo es claro: disminuir el riesgo de recaída y conseguir la plena recuperación del paciente, es decir, conseguir la desaparición de toda sintomatología residual y restablecer el nivel de funcionamiento sociolaboral premórbido de forma sostenida. En algunos pacientes conviene prolongar la fase de tratamiento de continuación durante al menos un año (Tabla 5)
- La **fase de mantenimiento** es la prolongación del tratamiento más allá de los 6-9 meses tras la remisión y tiene como objetivos fundamentales la prevención de recurrencias y cronicidad. De nuevo, lo recomendable es mantener las mismas dosis de antidepresivo con la que se consiguió la remisión. Su duración es más imprecisa, pero parece claro que el tratamiento a largo plazo se tiene que considerar en aquellos pacientes con ≥ 3 episodios depresivos a lo largo de su vida, aquellos con una elevada tasa de recurrencia (p.e. ≥ 2 episodios en los últimos 5 años) o con factores de riesgo de mal pronóstico y recurrencia (Tabla 6).

■ TABLA 5. Consideraciones de la fase de continuación y mantenimiento del tratamiento antidepresivo

Fase de continuación del tratamiento antidepresivo	Fase de mantenimiento del tratamiento antidepresivo
Duración por defecto → 6-9 meses desde la consecución de la remisión completa	A considerar en caso de episodios depresivos previos y/o presencia de los factores de riesgo de recurrencia
<p>Prolongar 9-12 meses si existen factores de riesgo de recaída/recurrencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodio grave (especialmente con síntomas psicóticos o melancólicos) • Episodio de larga duración • Curso resistente al tratamiento en la fase aguda • Sintomatología residual persistente • Debut a edad temprana (< 25 años) • Hª de depresión en familiares de 1er grado 	<p>Duración de la fase de mantenimiento:</p> <p>1 episodio previo → 9-12 meses</p> <p>2 episodios previos → 2-3 años (mayor si elevada tasa de recurrencia o si dificultad en alcanzar la remisión)</p> <p>≥ 3 episodios previos → 5-10 años o incluso indefinida (particularmente si han existido ≥ 2 fracasos para discontinuar el tratamiento con recurrencia dentro del año siguiente)</p>

La **retirada del tratamiento antidepresivo**, tras la fase de continuación o mantenimiento, debe ser siempre gradual y extenderse al menos durante 3 meses, volviendo a prescribir las mismas dosis efectivas en caso de reaparición de los síntomas durante la fase de retirada. Si se tratase de un primer episodio depresivo, se recomendaría mantener el tratamiento durante al menos 6 meses más. En caso de una depresión recurrente, la existencia de 2-3 fracasos para discontinuar el antidepresivo con recurrencias dentro del primer año tras la retirada debe hacer considerar el tratamiento indefinido.

En todas las fases del tratamiento antidepresivo, la prevención de la conducta suicida es uno de los objetivos primordiales. Posiblemente es una desafortunada interpretación de los datos sobre la ideación y conducta suicida (no mortal) en ensayos clínicos con antidepresivos en población adolescente la que ha conducido a extender una visión totalmente distorsionada de presuntos efectos pro-suicidas de estos fármacos en todo el conjunto de pacientes con depresión. Las revisiones de ensayos clínicos no avalan estos efectos, al menos en población adulta (Cunnell et al., 2005 y 2006). Múltiples estudios ecológicos basados en diversas poblaciones del mundo señalan una relación inversamente proporcional entre el número de suicidios consumados y la prescripción de antidepresivos, aunque debido a las potenciales fuentes de confusión de estos estudios, sus conclusiones también han sido cuestionadas (Isacsson et al., 2010). Seguramente son los estudios longitudinales observacionales, con muestras más representativas de los pacientes de la práctica

clínica real, los que abalan con mayor rotundidad los beneficios de la medicación antidepresiva sobre la conducta suicida tanto en población depresiva adulta como infanto-juvenil. El número de tentativas autolíticas graves es significativamente mayor en el mes previo al inicio del antidepresivo y decae gradualmente en los meses posteriores (Simon et al., 2006 y 2007). Por supuesto, esto no implica que deba bajarse la guardia en la evaluación del riesgo suicida en cuanto se inicie el tratamiento antidepresivo, especialmente en las primeras semanas cuando los efectos terapéuticos se pueden demorar. En conclusión, los antidepresivos, sobre todo una vez pasado un tiempo y consolidada la respuesta, producen una reducción del riesgo de la conducta suicida en la medida que reducen la gravedad de los síntomas depresivos y acortan la duración de la depresión. De hecho, estudios poblacionales señalan que la buena adherencia al tratamiento antidepresivo se asocia también a una reducción de la mortalidad por cualquier causa entre los pacientes con depresión (Krivoy et al., 2016). Por otro lado, conviene mencionar que las Sales de Litio en la fase de mantenimiento han demostrado reducir el número de tentativas y suicidios consumados, pero no está claro que puedan asociar efectos anti-suicidas adicionales en fase aguda, sin que medie otra indicación (Guzzetta et al., 2007).

4.1.2 La elección del antidepresivo

Aunque muchas de las guías terapéuticas optan por recomendar a la familia de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como los de elección en primera línea por su buen balance entre eficacia y tolerabilidad, otras como las de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* o la *Canadian Psychiatric Association* (Bauer et al., 2013, Kennedy et al., 2016) insisten también en la importancia de individualizar el tratamiento desde el principio y tomar en consideración algunos factores que pueden condicionar el acceso, la adherencia y los resultados del antidepresivo (Tabla 6). Dar con el perfil de medicación apropiado tempranamente puede ser de vital importancia si tenemos en cuenta que las probabilidades de recuperación se reducen conforme aumenta el número de líneas de tratamiento empleadas (Rush et al., 2006). La literatura en general no ha podido demostrar clara superioridad de unas familias de antidepresivos sobre otros, pero al menos un antiguo meta-análisis (Anderson, 2001) avala la impresión clínica generalizada de que algunos antidepresivos tricíclicos y duales podrían resultar más eficaces en pacientes hospitalizados con depresiones graves. Cipriani et al (2018) ha publicado el más completo meta-análisis de comparación de antidepresivos hasta el momento. En él queda reflejado el mejor balance de eficacia y tolerabilidad de las nuevas familias de antidepresivos y también pueden extrapolarse algunas diferencias a nivel individual para cada uno de los antidepresivos disponibles en el mercado, aunque sus conclusiones están obviamente condicionadas por las limitaciones

de los ensayos clínicos originales (muestras seleccionadas que tienden a excluir a los pacientes más graves, seguimientos cortos, etc.).

4.1.3 Evaluación de los resultados y optimización temprana del tratamiento

La evaluación de la eficacia del antidepresivo en la práctica diaria no debería basarse en la mera información recogida por la entrevista. Un interesante ensayo clínico pragmático, aleatorizado y enmascarado, demostró que los pacientes cuyos médicos habían tomado las decisiones terapéuticas apoyándose en evaluaciones sistemáticas sobre la evolución de los síntomas y la carga de efectos secundarios mediante el uso de escalas, lograban índices de respuesta y remisión superiores y con mayor rapidez (Guo et al., 2015).

Su uso puede facilitarnos la consecución de otro de los aspectos fundamentales: acortar en la medida de lo posible los tiempos de decisión para optimizar las dosis o cambiar la pauta antidepresiva iniciada. Estudios realizados con diversas clases de antidepresivos señalan que la ausencia de mejoría en las 2 primeras semanas de tratamiento antidepresivo predice la falta de respuesta y remisión sostenida a las 4-8 semanas con más de un 80% de probabilidades (12-14) mientras que la mejoría precoz es un excelente predictor de buenos resultados a medio plazo. Partiendo de varias de las premisas que hemos señalado hasta ahora, algunos autores han acuñado el término de tratamiento optimiza-

■ TABLA 6. Factores a considerar en la elección del antidepresivo (Basado en Bauer et al, 2013 y Kennedy et al, 2016)

Asociados al paciente	Asociados a la medicación
Características clínicas de la depresión, gravedad y predominio sintomático	Mecanismo de acción y perfil de eficacia del antidepresivo
Presencia de comorbilidades (p.e. el síndrome metabólico puede empeorar con algunos antidepresivos como mirtazapina)	Perfil de tolerabilidad a corto y medio plazo
Grado de adherencia, respuesta y tolerabilidad en episodios previos	Toxicidad en caso de sobredosis en pacientes con elevado riesgo suicida
Experiencia en familiares de 1º grado	Perfil de interacciones
Preferencias del paciente	Coste, disponibilidad y potenciales restricciones de uso

■ TABLA 7. Claves del tratamiento optimizado temprano (TOT) de la depresión

<p>1. OPTIMIZAR e INDIVIDUALIZAR DESDE EL INICIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acortar el tiempo de diagnóstico y de inicio del tratamiento antidepresivo • Utilizar escalas para complementar la información recogida y definir mejor el estado basal • Individualizar el tratamiento • Aumentar las expectativas hacia el tratamiento, disipar los prejuicios, reducir el riesgo autolítico, construir alianza-terapéutica e involucrar al paciente en la toma de decisiones
<p>2. SEGUIMIENTO TEMPRANO (SEMANA 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la progresión mediante el apoyo de escalas. • Considerar optimizar en caso de mínimos cambios o cambio en caso de aparición de efectos adversos significativos • Ofrecer apoyo y reducir el riesgo autolítico
<p>3. EVALUACIÓN Y AJUSTE (SEMANAS 4-6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación a las 4-6 semanas para valorar, si cabe, un cambio o ajuste de tratamiento. • Objetivo: la remisión completa • Asegurar y reforzar la adherencia al tratamiento. (1,8)
<p>4. REEVALUACIÓN (SEMANA 8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación a los 2 meses, poniendo especial acento en la desaparición de la sintomatología residual. Considerar nuevos ajustes y estrategias terapéuticas en caso necesario. • Objetivo: la recuperación sintomática y funcional.
<p>5. SUPERVISIÓN REGULAR (FASE DE CONTINUACIÓN Y MANTENIMIENTO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los pacientes a permanecer libres de síntomas, buscar la recuperación funcional y prevenir la recurrencia. • Promover el bienestar.

do temprano (TOT) para establecer medidas que potencien una toma de decisiones más rápida e individualizada, acorten los tiempos hasta dar con el tratamiento apropiado y aumentar así las probabilidades de remisión y de retorno temprano al nivel de funcionalidad premórbido (Habert J et al., 2016). En la Tabla 7, se resumen algunas de las claves del TOT que, con ciertos matices, se incluyen también en guías de prestigio contrastado (Bauer et al., 2013; Kennedy et al., 2016).

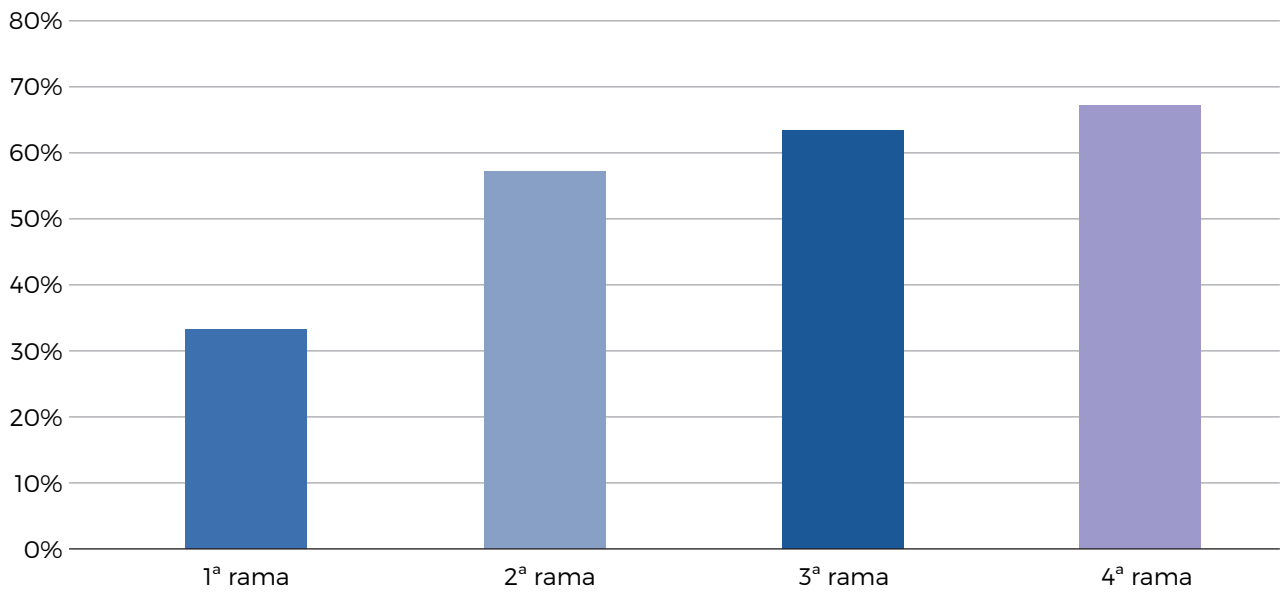
4.1.4 ¿Qué hacer en caso de una respuesta insuficiente al tratamiento?

El ensayo naturalístico STAR*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*) evidenció que hasta un 53% de los pacientes no respondió y aproximadamente un 70% de pacientes no alcanzó la remisión tras el primer ensayo antidepresivo (Gaynes et al., 2009). Como se desprende de la Figura 9, las probabilidades de lograr la remisión disminuían con los sucesivos pasos en el algoritmo terapéutico y, finalmente, un 67% de los pacientes

pudo alcanzar la remisión tras 4 ramas de tratamiento.

La reconsideración del diagnóstico, la búsqueda de comorbilidades psiquiátricas o médicas generales que puedan determinar el mantenimiento del cuadro debe ser un ejercicio constante a lo largo del seguimiento, en caso de resultados insuficientes del tratamiento. No hay que olvidar que la persistencia de eventos estresantes, la falta de apoyos del entorno, la existencia de rasgos de personalidad desadaptativos premórbidos o estrategias de afrontamiento inapropiadas pueden contribuir al fracaso del tratamiento y requerirán un abordaje específico.

La denominada **pseudoresistencia**, hace referencia a factores asociados al tratamiento que producen la falsa impresión de ineficacia del antidepresivo; a saber: el uso de dosis subóptimas, tomas por tiempo insuficiente o una mala adherencia al tratamiento. Al menos unos 20% de pacientes no se adhieren al tratamiento antidepresivo (Roberson AM et al., 2016) y algunos estudios elevan la cifra al 40-60% (Aikens JE et al., 2012), bien sea porque no lo inician, porque lo toman a dosis menores de las



■ FIGURA 9. **Porcentaje de remisión acumulada en el estudio STAR*D para cada rama de tratamiento en el algoritmo terapéutico. Adaptado de Gaynes et al., 2009**

prescritas o de forma errática o porque lo abandonan de forma precoz. Además, en caso de comorbilidades médicas, el riesgo de incumplimiento se extiende al del resto de tratamientos farmacológicos y recomendaciones de hábitos saludables (DiMatteo et al., 2000). Deberíamos barajar cada una de estas posibilidades e intervenir en consecuencia. Una actitud empática y el uso de recursos de entrevista motivacional puede resultar de gran ayuda para mejorar las tasas de adherencia al tratamiento en general (Kaplan et al., 2013).

Una vez adoptadas estas medidas, la actitud a seguir dependerá en gran medida de cada caso. La gravedad del cuadro, el subtipo clínico, el perfil de síntomas residuales, los trastornos comórbidos o el grado de respuesta al tratamiento en episodios previos guiarán nuestra elección. Pero la elección estará también condicionada por el grado de respuesta y la tolerabilidad al tratamiento en curso.

Las cuatro grandes estrategias a considerar son: la optimización de dosis, la potenciación, la combinación de antidepresivos y el cambio de antidepresivo. Las tres primeras se contemplan en caso de que haya existido al menos un cierto grado de respuesta a la anterior línea de tratamiento y la tolerancia sea buena, mientras que la sustitución del antidepresivo sería casi preceptiva si el grado de respuesta ha sido nula y/o la tolerancia mala.

Las evidencias que lo soportan son limitadas, pero el cambio por un antidepresivo de mecanismo de acción distinto o más completo suele preferirse al de uno de la misma familia farmacológica. La sustitución de un ISRS por Bupropion, Reboxetina o Mirtazapina ofrece resultados comparables al cambio por otro ISRS pero al menos dos meta-análisis apoyan la superioridad del cambio por Venlafaxina (efecto dual a partir de 225-300mg/d), sobre todo al comparar la proporción de pacientes que alcanzan la remisión al final del seguimiento (Papakostas GI et al., 2008). Otro ensayo doble-ciego (Romera I et al., 2012) describía que los pacientes que no habían respondido a un ISRS y que cambiaban a un tratamiento dual con Duloxetina 60-120mg/d a las 4 semanas, recuperaban antes y en mayores proporciones el nivel de funcionalidad normal que aquellos a los que se optimizaban las dosis del ISRS primero y se consideraba la sustitución más tarde. En otro ensayo clínico, el cambio a Vortioxetina (10-20mg/d), un antidepresivo de mecanismo multimodal lograba mejores resultados que el cambio a Agomelatina (25-50mg/d) en pacientes en los que ya había fracasado un primer ensayo antidepresivo con ISRS o dual (Montgomery et al., 2014)

El tipo de síntomas residuales o la presencia de comorbilidades pueden también guiar la elección del nuevo antidepresivo. En la tabla 8 se muestran algunos ejemplos basados en las recomendaciones del CANMAT (Kennedy et al., 2016). El tipo de efectos secundarios con el antidepresivo previo y el perfil de tolerabilidad y de interacciones del nuevo, puede ser otro de los ejes orientativos. Desvenlafaxina carece de interacciones a nivel hepático y ha demostrado eficacia también en depresiones con algunas comorbilidades médicas asociadas (McIntyre et al., 2016). Los pacientes con disfunción sexual inducida por ISRS pueden beneficiarse del cambio por Vortioxetina, Bupropion, Agomelatina o Mirtazapina, y los tres últimos son además una buena alternativa en caso de intolerancia a los efectos serotoninérgicos (p.e. molestias digestivas o indiferencia emocional) (Kennedy et al., 2016).

Los ATC suelen considerarse como estrategias de tercera línea por su peor perfil de seguridad y tolerabilidad, pero como ya se ha mencionado con anterioridad, podrían tener una mayor eficacia especialmente en depresiones graves (Anderson IM, 2000). Los Inhibidores de la Mono-aminooxidasa (IMAOs) siguen siendo una opción en los casos de depresiones más refractarias y, de hecho, un reciente meta-análisis sugiere su superioridad frente a los propios ATC (Ulrich et al, 2019). Pero su uso es complejo, presentan serios riesgos de seguridad y su disponibilidad es muy limitada a día de hoy.

A este nivel, el uso de ketamina o esketamina se antoja una estrategia de cambio o incluso de combinación revolucionaria, capaz de conseguir remisiones en depresiones graves y resistentes en apenas unas horas o días tras una o más administraciones, incluyendo reducciones dramáticas de la ideación suicida asociada (Molero P et al, 2018), pero todo ello se abordará en mayor profundidad en un capítulo específico.

Siempre hay que tener presente la posibilidad de un cuadro de discontinuación del fármaco previo durante el proceso de sustitución. Ésta puede ser especialmente acusada con antidepresivos como paroxetina, fluvoxamina o venlafaxina y se suele caracterizar por un cuadro seudogripal, insomnio, náuseas, parestesias, etc. En la mayor parte de casos, suele ser suficiente con un intervalo de tres días a dosis gradualmente menores para retirar sin problemas el antidepresivo. Solapar su retirada gradual con el inicio del nuevo antidepresivo puede ser la mejor estrategia si el riesgo de interacciones es bajo (Bauer et al, 2013; Kennedy et al, 2016).

La **optimización** consistiría en forzar las dosis del antidepresivo hasta las máximas recomendadas por ficha técnica y toleradas por el paciente, alargando también el periodo de evaluación de la respuesta hasta las 8-12 semanas. Aunque es una de las estrategias más populares, las evidencias que la sustentan son débiles: habría un cierto soporte para su uso con los antidepresivos tricíclicos y duales, pero no con los ISRS (Adli et al., 2005).

La **potenciación** consiste en asociar una sustancia con escasos o nulos efectos antidepresivos en monoterapia, pero con la capacidad de incrementar la eficacia del antidepresivo al que el paciente ya había respondido parcialmente. La estrategia de potenciación con más soporte empírico es la aso-

■ TABLA 8. Factores guía para la sustitución del antidepresivo (Basado en Kennedy SH et al 2016)

Comorbilidad o síntoma residual predominante	Antidepresivo recomendado	Grado de evidencia
Sintomatología cognitiva	Vortioxetina	1
	Duloxetina	2
	Bupropion	2
	Moclobemida	3
Trastornos del sueño	Agomelatina	1
	Mirtazapina	2
	Quetiapina	2
	Trazodona	2
Síntomas somáticos	Duloxetina (dolor y fatiga)	1 y 2
	Otros duales (dolor)	2
	Bupropion (fatiga)	1

Niveles de evidencia: 1= Metaanálisis con intervalo de confianza (IC) estrecho y/o ≥ 2 ensayos clínicos aleatorizados (EC) con tamaño muestral adecuados, preferiblemente controlados con placebo; 2= Meta-análisis con IC amplio y/o ≥ 1 EC con adecuado tamaño muestral; 3=EC con muestras pequeñas o no aleatorizados, estudios prospectivos controlados o series de casos o estudios retrospectivos de elevada calidad.

ciación de algunos antipsicóticos atípicos y, por encima del resto, aripiprazol y quetiapina, que pueden incluso duplicar la probabilidad de remisión respecto a placebo. (Spielmans GI et al., 2013). Aun así, conviene considerar los potenciales efectos secundarios de cada uno, que pueden comprometer la utilidad de esta estrategia especialmente a medio y largo plazo. La potenciación con sales de litio llega a triplicar la probabilidad de respuesta con respecto a placebo (Bauer et al., 2014) Se recomienda alcanzar litemias de 0'6-0'8mmol/l para maximizar las probabilidades de éxito y, en caso de buena respuesta, debería mantenerse asociada al antidepresivo durante al menos 1 año. Si existieran criterios para mantener el tratamiento más allá de este periodo, las sales de litio se podrían dejar en monoterapia y volver a reiniciar el antidepresivo en caso de recurrencia. La presencia de síntomas melancólicos como alteraciones psicomotoras o pérdida acusada de peso, la historia de recurrencias, y los antecedentes familiares de trastorno bipolar se han sugerido como predictores de buena respuesta a la potenciación con litio (Bauer et al., 2014; Álvarez et al., 1997). La incorporación de hormona tiroidea es otra de las estrategia clásicas de potenciación (Bauer et al., 2013), sin embargo, es la levotiroxina (T4) la única verdaderamente accesible en nuestro sistema sanitario y cuenta con menor soporte que la triyodotironina (T3). Hay muchas otras estrategias de potenciación con algunos resultados sugestivos pero controvertidos o escasamente replicados hasta la fecha (como buspirona, psicoestimulantes como modafinilo o metilfenidato, antiinflamatorios como celecoxib, moduladores opioides como buprenorfina, moduladores glutamatérgicos como riluzole o lamotrigina, etc.) (Epstein et al., 2014). Estas pueden llegar a considerarse en casos particulares cuando otras estrategias hayan fracasado.

En caso de respuesta parcial e insuficiente, la **combinación** de antidepresivos de mecanismos de acción complementarios y potencialmente sinérgicos es otra de las opciones viables. Es una estrategia ampliamente difundida en práctica clínica pero posiblemente la que adolece de un menor respaldo científico, pudiendo además conllevar problemas de tolerabilidad y seguridad, sobre todo a través de mecanismos farmacocinéticos. Algunos meta-análisis demuestran la superioridad del tratamiento antidepresivo combinado con respecto a la monoterapia, (Rocha et al, 2012; Henssler et al, 2016) pero, lamentablemente, los resultados son más claros en las depresiones no resistentes, cuan-

do la combinación se instaura desde el inicio. La combinación de ISRS con un antagonista de los autoreceptores adrenérgicos α_2 como mirtazapina (capaz de potenciar consecuentemente la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica, y contrabalancear algunos efectos indeseables digestivos de los ISRS) es una de las propuestas más contrastadas. La combinación de antidepresivos de acción predominantemente catecolaminérgica como bupropion, reboxetina o nortriptilina, o bien fármacos de distinto mecanismo de acción como agomelatina o tianeptina, con otros de acción predominantemente serotoninérgica pueden tener un potencial teórico, pero son muy pocos los estudios publicados al respecto.

Sin duda, la innovación y la investigación en el área de depresión y suicidio, especialmente en la búsqueda de nuevas dianas terapéuticas y la delimitación de los factores neurobiológicos implicados, resultan claves para avanzar en este campo.

4.1.5 Farmacoterapia vs Psicoterapia: un dilema solo para teóricos

Aunque en ocasiones algunos teóricos han insistido en generar un absurdo debate poniendo en cuestión la eficacia de los antidepresivos o simplemente contraponiéndola a la de la psicoterapia o al de las intervenciones psicosociales (Jakobsen JC et al., 2019), lo cierto es que en la práctica clínica diaria, la combinación de los abordajes farmacológicos y no farmacológicos demuestra su efectividad en un gran volumen de depresiones, con la asociación de los antidepresivos a intervenciones psicoterapéuticas, estrategias psicoeducativas y promoción de hábitos de vida saludables. Este enfoque global resulta indispensable para lograr aumentar las probabilidades de recuperación y las tasas de bienestar del paciente, más aún cuando el cuadro se acompaña de importante sufrimiento subjetivo, de ideación suicida o cuando la duración del episodio se prolonga en el tiempo y se pronuncian los efectos de la cronicidad o la sintomatología residual en la personalidad y el funcionamiento psicosocial del paciente.

4.1.6 Conclusiones

- La caracterización del episodio depresivo, perfil de síntomas predominantes, gravedad, impacto funcional, duración, historia de eficacia y tolerabilidad con tratamientos previos, posibles comorbilidades y factores psicosociales subyacentes resulta esencial para guiar la elección del antidepresivo y establecer el abordaje terapéutico más adecuado.
- A pesar de la controversia creada, el tratamiento antidepresivo ha demostrado reducir la suicidabilidad en pacientes adultos con depresión, uno de los objetivos fundamentales en todas las fases de tratamiento, junto a la remisión completa y recuperación, y la disminución del riesgo de recurrencia y cronicidad.
- La combinación del abordaje farmacológico con antidepresivos y de otras intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas a lo largo de todas las etapas es el gold estándar a seguir.
- Tal y como propugna la Declaración por la mejora del abordaje de la depresión y la prevención del suicidio (promovida en 2019 por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica), "resulta necesario apostar por la investigación de los mecanismos fisiopatológicos y neurobiológicos de la depresión y el suicidio, y reforzar la innovación disponible, así como facilitar el acceso a la misma con las garantías necesarias. La investigación y la innovación son esenciales para avanzar en el tratamiento de la depresión y en la prevención del suicidio."

4.1.7 Bibliografía

- Adli, M., Baethge, C., Heinz, A., Langlitz, N., & Bauer, M. (2005). Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(6), 387-400.
- Aikens, J. E., & Klinkman, M. S. (2012). Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. *General hospital psychiatry*, 34(3), 221-226.
- Alvarez, E., Pérez-Solá, V., Pérez-Blanco, J., Queraltó, J. M., Torrubia, R., & Noguera, R. (1997). Predicting outcome of lithium added to antidepressants in resistant depression. *Journal of affective disorders*, 42(2-3), 179-186.
- Anderson, I. M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of affective disorders*, 58(1), 19-36.
- Anderson, I. M. (2001). Meta-analytical studies on new antidepressants. *British Medical Bulletin*, 57(1), 161-178.
- Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ; World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry*, 14(5):334-85.
- Bauer, M., Adli, M., Ricken, R., Severus, E., & Pilhatsch, M. (2014). Role of lithium augmentation in the management of major depressive disorder. *CNS drugs*, 28(4), 331-342.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... & Egger, M. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391(10128): 1357-1366.
- de Diego-Adeliño, J., Portella, M. J., Puigdemont, D., Pérez-Egea, R., Álvarez, E., & Pérez, V. (2010). A short duration of untreated illness (DUI) improves response outcomes in first-depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 221-225.
- De Zwart, P. L., Jeronimus, B. F., & De Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 544-562.

- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Dunne, R. A., & McLoughlin, D. M. (2012). Systematic review and meta-analysis of bifrontal electroconvulsive therapy versus bilateral and unilateral electroconvulsive therapy in depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(4), 248-258.
- Epstein, I., Szpindel, I., & Katzman, M. A. (2014). Pharmacological approaches to manage persistent symptoms of major depressive disorder: rationale and therapeutic strategies. *Psychiatry research*, 220, S15-S33.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB). (2019). Declaración por la mejora del abordaje de la depresión y la prevención del suicidio.
- Gaynes, B. N., Warden, D., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Fava, M., & Rush, A. J. (2009). What did STAR* D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatric services*, 60(11), 1439-1445.
- Ghio, L., Gotelli, S., Cervetti, A., Respino, M., Natta, W., Marcenaro, M., ... & Murri, M. B. (2015). Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability. *Journal of affective disorders*, 175, 224-228.
- Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo-controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRS's safety review. *BMJ* 2005;330(7488):385-8 (adaptado en 2006. *BMJ*;332(7555):1453)
- Guo, T., Xiang, Y. T., Xiao, L., Hu, C. Q., Chiu, H. F., Ungvari, G. S., ... & Feng, Y. (2015). Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 1004-1013.
- Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(3), 380-383.
- Habert, J., Katzman, M. A., Oluboka, O. J., McIntyre, R. S., McIntosh, D., MacQueen, G. M., ... & Kennedy, S. H. (2016). Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(5).
- Henssler, J., Bschor, T., & Baethge, C. (2016). Combining antidepressants in acute treatment of depression: a meta-analysis of 38 studies including 4511 patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), 29-43.
- Isacsson G, Rich CL, Jureidini J, Raven M. (2010). The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *Br J Psychiatry*. 196(6):429-33.
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., & Kirsch, I. (2019). Should antidepressants be used for major depressive disorder?. *BMJ evidence-based medicine*, bmjebm-2019.
- Kaplan, J. E., Keeley, R. D., Engel, M., Emsermann, C., & Brody, D. (2013). Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *J Am Board Fam Med*, 26(4), 409-420.
- Kennedy, N., & Foy, K. (2005). The impact of residual symptoms on outcome of major depression. *Current psychiatry reports*, 7(6), 441-446.
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., ... & McInerney, S. J. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540-560.
- Krivoy, A., Balicer, R. D., Feldman, B., Hoshen, M., Zalsman, G., Weizman, A., & Shoval, G. (2016). Adherence to antidepressants is associated with lower mortality: a 4-year population-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(5), e566-72.
- McIntyre, R. S., Fayyad, R., Mackell, J. A., & Boucher, M. (2016). Effect of metabolic syndrome and thyroid hormone on efficacy of desvenlafaxine 50 and 100 mg/d in major depressive disorder. *Current medical research and opinion*, 32(3), 587-599.
- Montgomery, S. A., Nielsen, R. Z., Poulsen, L. H., & Häggström, L. (2014). A randomised, double-blind study in adults with major depressive disorder with an inadequate response to a single course of selective serotonin reuptake inhibitor or serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor treatment switched to vortioxetine or agomelatine. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 29(5), 470-482.
- Papakostas, G. I., Fava, M., & Thase, M. E. (2008). Treatment of SSRI-resistant depression: a meta-analysis comparing within-versus across-class switches. *Biological psychiatry*, 63(7), 699-704.

Roberson, A. M., Castro, V. M., Cagan, A., & Perlis, R. H. (2016). Antidepressant nonadherence in routine clinical settings determined from discarded blood samples. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(3), 359-362.

Rocha, F. L., Fuzikawa, C., Riera, R., & Hara, C. (2012). Combination of antidepressants in the treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(2), 278-281.

Romera, I., Pérez, V., Menchón, J. M., Schacht, A., Papen, R., Neuhauser, D., ... & Gilaberte, I. (2012). Early switch strategy in patients with major depressive disorder: a double-blind, randomized study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(4), 479-486.

Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... & McGrath, P. J. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917.

Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. (2006) Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163 (1):41-47.

Simon, G. E., & Savarino, J. (2007). Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1029-1034.

Spielmanns, G. I., Berman, M. I., Linardatos, E., Rosenlicht, N. Z., Perry, A., & Tsai, A. C. (2013). Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes. *PLoS medicine*, 10(3), e1001403.

Ulrich, S., Ricken, R., Buspavanich, P., Schlattmann, P., & Adli, M. (2019). Efficacy and Adverse Effects of Tranylcypromine and Tricyclic Antidepressants in the Treatment of Depression: A Systematic Review and Comprehensive Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 40(1), 63-74.

4.2 TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES RECIENTES

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad grave y compleja (Keegan & Holas, 2009) los factores ambientales, como el abuso sexual, físico o emocional durante la niñez, están fuertemente asociados con el riesgo de desarrollar TDM (Otte et al., 2016).

La complejidad del trastorno se explica por la existencia de distintos aspectos cuya sinergia facilita que éste se mantenga. Así pues, aparte del componente afectivo o anímico, que es el más comúnmente señalado, incluye síntomas físicos (pérdida de peso, fatiga o insomnio), motivacionales (disminución acusada del interés) y neuropsicológicos (disminución de la capacidad para pensar o concentrarse). Por todo ello, **la intervención psicoterapéutica, más allá de la cognición y la conducta, puede requerir una actuación paralela sobre las restantes áreas afectadas** (como los protocolos de higiene del sueño o la psicoeducación a familiares). Aunque existan multitud de teorías propuestas para explicar por qué nos deprimimos, esta diversidad es en buena parte aparente pues la mayor parte de las intervenciones psicológicas buscan influir sobre determinadas dimensiones:

1. Cogniciones relacionadas con la ausencia de relaciones interpersonales positivas y comunicación interpersonal.
2. Estresores ambientales.
3. Persecución de metas individuales no realistas o ausencia de percepción de control sobre ellas.
4. Autofocalización y autoreforzo (Street et al., 2002).

Por ello, las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión presentan una notable comunalidad.

La estrategia más ampliamente utilizada para tratamiento y en la prevención de recaídas en TDM es la continuación del tratamiento farmacológico, aunque ésta sólo resulta eficaz en un subgrupo de pacientes y su efecto protector desaparece al retirar la medicación (Paykel et al., 1999). Esta información señala la importancia de plantear estrategias terapéuticas que resulten más eficaces tanto en el episodio agudo, como en la prevención de recurrencias y también para la prevención de recurrencias

una vez conseguida la remisión sintomatológica por medio de los tratamientos habituales.

Algunos individuos son específicamente propensos a la depresión y es más probable que experimenten muchos episodios depresivos. Esto se ha intentado explicar por múltiples aproximaciones, que plantean hipótesis sobre formas de vulnerabilidad cognitiva. De hecho, según Mueller et al. (1999), se estima que el 50% de los pacientes que tengan un cuadro de depresión tendrán al menos otro episodio en el transcurso de sus vidas. Asimismo, los acontecimientos vitales también están involucrados en la depresión, lo que se conoce como Modelo cognitivo de vulnerabilidad/estrés. Además, los individuos vulnerables cognitivamente son más propensos al suicidio (mediado por la desesperanza), que los individuos que no presentan esta vulnerabilidad. Las tasas de depresión se incrementan desde la adolescencia media hasta la tardía y según se ha observado, existe un incremento de los eventos vitales negativos, junto con un incremento en las tasas de depresión a lo largo de toda la adolescencia. Como los factores estresantes son mayores en esta etapa de la vida, se espera que las tasas del trastorno sean más altas, de acuerdo con las teorías cognitivas (Keegan & Holas, 2009). También, según estas teorías, las mujeres experimentan más acontecimientos vitales negativos especialmente en el área interpersonal y muestran estilos cognitivos negativos con mayor frecuencia (de ahí que la ratio en población adulta sea de 2:1 respecto a los hombres).

En las últimas 3 décadas han aparecido unos 250 estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión en adultos (Cuijpers et al., 2011). Se ha demostrado que los tratamientos psicológicos tienen efectos a largo plazo y actualmente son considerados tratamiento de primera línea en las guías clínicas para el abordaje de la depresión (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014). En una revisión (Gartlehner et al., 2017) que resume la evidencia de más de 140 tratamientos farmacéuticos y no-farmacéuticos, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), por ejemplo, presenta una evidencia fiable (fuerza de evidencia moderada) para producir respuestas al tratamiento similares a las de los antidepresivos de segunda generación (45,5% versus 44,2%; RR 1,10; IC del 95%: 0,93 a 1,30) como alternativa al tratamiento farmacológico de los TDM. Incluso en su versión por ordenador ha

demostrado tener buenos resultados por lo menos en atención primaria (Wright et al., 2018) o también como muestran Sztein et al. (2018) en su revisión sistemática, por internet (versus lista de espera).

De forma general, la TCC se ha asociado con tasas de recurrencia a largo plazo significativamente más bajas en depresión que las observadas sin esta terapia. Sin embargo, en comparación con tratamiento habitual o tratamiento clínico no específico, los beneficios parecen limitarse en gran medida a pacientes con tres o más episodios previos (Fava et al., 1998, Bockting et al., 2005; 2009). También hay evidencias que indican que el uso de la TCC durante un episodio agudo de depresión puede tener efectos beneficiosos a largo plazo, al limitar riesgos de recaída o recurrencia hasta dos años después de la remisión inicial (Sim et al., 2015). De forma muy genérica, las intervenciones de TCC en depresión actuarían a distintos niveles.

A un nivel estrictamente conductual, el problema en la depresión es el acceso al refuerzo positivo, que en ocasiones puede encontrarse inaccesible por distintos motivos. Por ejemplo, la intervención puede orientarse hacia el entorno si este es poco gratificante o excesivamente castigador. Por otro lado, puede potenciar el entrenamiento de habilidades si existe un déficit que impide el acceso al refuerzo o, finalmente, puede focalizarse en la activación de la conducta si el problema reside en la inactividad, en la no interacción del individuo con un entorno que potencialmente si podría ofrecerle el refuerzo necesario.

A un nivel cognitivo, las intervenciones clásicas en TDM se han orientado a sustituir el modelo explicativo personal de depresión del paciente (aversivo, incontrolable, persistente), por otro nuevo en el que la depresión sea controlable y predecible. Mediante prácticas, ensayos y entrenamiento del modelo sustitutorio, se busca crear memorias de éxito y controlabilidad y cuestionar el contenido del pensamiento del paciente. Algunos modelos cognitivos como el de Beck et al. (1979) proponen una intervención muy lineal y donde la preponderancia de la cognición es clara sobre otras áreas psicológicas (afecto, motivación y conducta). Beck da a los pensamientos negativos un papel central, pero no intenta reducir la etiología del trastorno a estos fenómenos psicológicos. La modificación de estas cogniciones negativas será el target central del tratamiento que desarrolla.

De acuerdo con las teorías cognitivas, el significado o la interpretación que las personas realizan de las experiencias influye de manera importante sobre si se van a deprimir y si sufrirán episodios depresivos repetitivos, graves y de larga duración. Por ejemplo, en un esquema básico del modelo de Beck, en función de las creencias personales de cada uno, las situaciones de pérdida producirían pensamientos automáticos negativos o pesimistas que serían los responsables de las emociones negativas características en la depresión. Estos pensamientos negativos son habitualmente sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro (triada cognitiva) (Disner et al., 2011). La TC ha sido la intervención psicológica *gold standard* para el episodio depresivo.

A pesar de su éxito se han señalado ciertos déficits o inconsistencias al modelo. Por ejemplo, la permeabilidad al estado de ánimo de las creencias nucleares que supuestamente causarían la vulnerabilidad a la depresión, —que remiten al mismo ritmo que la recuperación del afecto y resultan frecuentemente indetectables en estado de ánimo eutímico— (Ingram et al., 1998), la invariabilidad o resistencia al cambio del contenido de las cogniciones que debería sustentar la mejoría del cuadro (Roiser & Sahakian, 2013; Teasdale & Bernard, 1993) y el poderoso efecto de la programación de actividades sobre la clínica afectiva que incluye la TC sin requerir de intervención a nivel cognitivo (Jacobson et al., 1996; Dimidjian et al., 2006).

Este último punto ha sido clave para el resurgir, dentro de la TCC, de las intervenciones puramente conductuales como es la terapia de Activación Conductual (AC), ubicada dentro de las llamadas terapias contextuales o de tercera generación. Dentro de estas terapias más recientes y en el ámbito de la depresión también cabría destacar la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), orientada esta última, principalmente a la prevención de recaídas más que al episodio agudo.

La terapia de AC, destaca por ser breve, prescindir de las técnicas de reestructuración del pensamiento, y puede ser aplicable en formato grupal. Diversos estudios han probado la efectividad de esta técnica (Dimidjian et al., 2006; Hopko et al., 2003; Jacobson et al., 1996; Lejuez et al., 2001) y en un estudio controlado y aleatorizado comparativo con TC y tratamiento farmacológico la AC se mostró más eficaz que la TC para las depresiones con mayor severidad (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008).

Aunque existen distintos formatos de AC, la idea fundamental es que las personas se deprimen la ausencia de reforzadores (cambios en el ambiente que suponen algún tipo de pérdida ya sea en el ámbito laboral, sentimental, etc.). Esencialmente la pérdida de energía y motivación inactiva al sujeto que deja de interactuar con su entorno, aumenta la rumiación y las conductas evitativas, como forma de afrontamiento desadaptativo, y eso mantiene el bajo estado anímico en forma de un bucle depresivo. Según esta terapia, la clave no es aumentar la motivación para salir del bucle depresivo, sino movilizar la acción. Esto es así, puesto que es la acción, y no la motivación, la que da acceso al refuerzo positivo. El aumento de gratificación consecuentemente permitirá mejorar el cuadro depresivo.

Algunos principios básicos en la AC que sirven como consejo tanto para pacientes como para profesionales (Martell et al., 2013).

La clave para cambiar como se siente la gente es desde este modelo ayudarles a cambiar lo que hacen:

- 1.** Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, un estilo de afrontamiento centrado en el corto plazo puede mantener el estado de ánimo depresivo.
- 2.** Lo que resultará antidepresivo para alguien depende de que lo que precede y antecede a sus conductas importantes.
- 3.** Estructura y programa la agenda de actividades entorno a un plan, no al ánimo.
- 4.** El cambio es más fácil si se empieza por poco.
- 5.** Prioriza las actividades que son naturalmente reforzantes.
- 6.** Actúa como un entrenador.
- 7.** Énfasis en una aproximación empírica de solución de problemas.
- 8.** No sólo hables, ¡haz!
- 9.** Anticipa problemas en poner en marcha la activación conductual.

Otro tratamiento de tercera generación muy utilizado en los últimos años, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) para la prevención de recaídas en depresión, más que para el tratamiento del episodio depresivo. La TCBM es una modificación del entrenamiento en Mindfulness basado en reducción del estrés (MBRE; Kabat-Zinn, 1982) en este caso adaptado para la depresión (Segal et al., 2002). Como el modelo original de MBRE es un formato grupal de intervención que requiere de un compromiso de tiempo de ocho semanas, en sesiones de 2h 30m de duración. La TCBM busca reducir la recurrencia al mejorar el reconocimiento del estado de ánimo cuando éste empeora, aumentando el grado de control del foco atencional y cambiando la reacción a esta experiencia negativa que va del juicio y la oposición a una actitud no evaluativa de aceptación del malestar. Este programa enseña a los pacientes a romper con patrones maladaptativos de pensamiento (i.e. rumiación) que contribuían al mantenimiento de la enfermedad. Las primeras cuatro sesiones están básicamente dedicadas a aprender a prestar atención, a salir del modo de funcionamiento en "piloto automático" y una vez detectado un cambio, desarrollar la habilidad de volver al momento presente, orientando la atención sobre la experiencia directa, por ejemplo usando la experiencia sensorial física. Las restantes cuatro se centran en detectar inicialmente los cambios de humor, manejar los pensamientos negativos desde la aceptación, en lugar del usual sistema de análisis orientado a la solución del problema, y frenar la automática tendencia de reaccionar con aversión ante una experiencia negativa. Por último, se desarrollan planes de acción ante señales de alarma específicas que incluyen también estrategias de movilización de la conducta.

Sobre la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM; Teasdale et al., 1995; Segal et al., 2002), ya existen algunos ensayos controlados y aleatorizados que han probado que esta terapia disminuye las tasas de recaída en individuos con TDM (Creswell, 2017). Asimismo, otros estudios han demostrado mayor efectividad en la prevención de recaídas entre individuos con mayor riesgo (que han tenido cuatro o más episodios previos o bien que han sido maltratados durante la infancia) (Kuyken et al. 2008; Teasdale et al., 2000).

Entre otras intervenciones de tercera generación en depresión, también se utilizan, la Terapia Cognitiva Basada en la Persona (TCBP; Chadwick, 2006),

la y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Zettle & Hayes, 1986). Aunque la TCBP inicialmente iba dirigida a psicosis, desde hace unos años se ha adaptado a la depresión con resultados de mejora tanto en sintomatología depresiva como en capacidades propias del mindfulness (Strauss et al., 2012). Esta terapia dedica más tiempo a la promoción del cambio cognitivo y conductual que a la meditación, incluye doce sesiones de 90 minutos con dos prácticas breves (5/10 min) de mindfulness en cada sesión junto con una discusión socrática y cuenta con soporte en audio para la práctica diaria de mindfulness (Strausset al., 2014). En cuanto a la ACT, este tratamiento se fundamenta en la idea que las personas psicológicamente flexibles tienen niveles altos de aceptación, lo que se considera una estrategia más eficaz para regular las emociones y los pensamientos negativos que la evitación experiencial (una estrategia poco útil centrada en los intentos persistentes y generalmente infructuosos de evitar las experiencias privadas no deseadas, como los sentimientos, los pensamientos y las sensaciones corporales). Algunos estudios controlados han sugerido un efecto significativo en la sintomatología depresiva y el bienestar general después del tratamiento y en el seguimiento de 18 meses. Esta efectividad se ha visto en la terapia cara a cara, pero también en su versión por internet (Hayes et al., 2006; Lappalainen et al., 2014; Pots et al., 2016).

En la literatura se pueden encontrar un gran número de estudios sobre potenciales efectos terapéuticos de las IBMs sobre los síntomas agudos de depresión, como se recoge en el metanálisis de Strauss et al. (2014) que las señala (principalmente TCBM y TCBP) como intervenciones recomendadas para tratar este trastorno, aunque las equipara a la efectividad de la TCC en grupo. Otro ensayo con una muestra de individuos con depresión resistente (Eisendrath et al., 2016), muestra una reducción en la sintomatología depresiva y también en las tasas de respuesta a las ocho semanas de tratamiento con TCBM en comparación con grupo control activo (programa de mejora de la salud). Sin embargo, en ese estudio los grupos no difirieron significativamente en cuanto a tasa de remisión. Otro estudio controlado y aleatorizado comparaba una intervención combinada de técnicas de regulación emocional y mindfulness con un programa de psicoeducación (ambos de 10 semanas) en pacientes diagnosticados de TDM en remisión parcial o total. La primera intervención (la combinada) presentó una reducción significativa en los síntomas de

depresión comparada con la intervención control. Sin embargo, fue igual de efectiva que la otra en cuanto a prevención de recaídas (Elices et al., 2017). Estudios como éste, con un grupo control activo como medida de comparación, son necesarios. La mayoría de estudios sobre efectividad de las intervenciones IBMs en depresión, comparan estos tratamientos con grupo control de lista de espera lo que introduce muchos factores de confusión y los hace menos rigurosos.

En la actualidad las aplicaciones móviles e Internet han logrado hacerse un lugar en el mundo de las IBMs. Un metanálisis reciente que incluía 15 ensayos sobre IBMs online (principalmente TCBM, MBRE, IFD y ACT) encontró efectos beneficiosos en aspectos como depresión, ansiedad, estrés, bienestar y capacidades relativas a mindfulness (comparando con condiciones de control –psicoeducación, fórum de discusión online, taller de escritura creativa o AC – y lista de espera) (Spijkerman et al., 2016). En cuanto a las aplicaciones que ofrecen entrenamiento en mindfulness vía smartphone, un estudio reciente (Champion et al., 2018) reportó mejoras en puntuaciones de satisfacción con la vida, estrés y resiliencia (con mejores resultados al décimo día que empezaban a decrecer moderadamente a partir de los 30 días). En otro estudio, se reclutaron un total de 500 pacientes con ansiedad o depresión que usaron una app que combinaba TCC y mindfulness durante un mes. Los resultados indicaron mejoría en dichos síntomas. Además, los participantes que completaron más ejercicios de registro de pensamiento mantuvieron mejoras en sus síntomas a lo largo de los dos meses de seguimiento en comparación con los que completaron menos. Como curiosidad, vieron que los participantes que informaron haber tomado medicación psiquiátrica concomitante durante el ensayo, se beneficiaron menos de la aplicación. En general, estudios que comparen estas modalidades con otras presenciales, de estructura y duración similar son muy necesarios. Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta en el uso de estos formatos “a distancia” es la adherencia. Algunos estudios indican que proveer de un soporte terapéutico “extra” tendría una influencia positiva y mejoraría la eficacia de estas técnicas (Richards & Richardson, 2012). Cabe destacar que son formatos de intervención que pueden suponer un mayor o menor coste económico en función del propósito para el que se usen (como complemento, como tratamiento previo a una IBM presencial

durante la lista de espera, como tratamiento único, etc.).

El problema principal del TDM actualmente es que la clasificación actual del trastorno no tiene del todo en cuenta su heterogeneidad, complica la investigación sobre la relación entre adversidad y depresión y hace el diagnóstico menos objetivo, lo que puede llevar a errar en el tratamiento (Uher et al., 2014). Según Paris (2014), si la respuesta a los antidepresivos depende de la severidad, sólo deben ser prescritos de manera rutinaria cuando la depresión es ya severa o muestra características vegetativas bien definidas, mientras que podrían ser considerados como opciones de segunda línea para los pacientes que no responden a la psicoterapia. Las respuestas inconsistentes al tratamiento también pueden enmarcarse en la comorbilidad, ya que la depresión es un síntoma que acompaña a muchos otros diagnósticos. Por todo ello, el estudio de las terapias que ocupan este capítulo debería desgranar características propias de la sintomatología y la severidad del trastorno y también desgranar las facetas y módulos incluidos en las IBMs con el objetivo de explorar posibles asociaciones. La elección de las técnicas de mindfulness debería tener en cuenta los déficits específicos de dichas herramientas en de cada trastorno (Harvey et al., 2004). Por ejemplo, puntuaciones bajas en facetas de mindfulness como **Describir, Actuar con conciencia, No-reactividad y especialmente No-enjuiciamiento** han sido relacionadas de forma significativa con el TDM (Diddonna et al., 2019) en relación con controles sanos y de forma inversa niveles altos de mindfulness rasgo se han asociado con niveles bajos de síntomas depresivos (Radford et al., 2014).

En resumen y en un sentido más práctico desde el modelo más usado para la prevención de recaídas a la depresión, el TCBM, la clave para cambiar como se siente la gente es fomentar un uso más eficiente de la atención y modificar el patrón habitual de reacción de oposición al malestar interno. Las variaciones inevitables del estado de ánimo a lo largo del tiempo en alguien que ha sufrido episodios previos depresivos pueden ser desencadenantes de nuevos episodios. Esto más fácilmente sucederá si estas oscilaciones anímicas son afrontadas con estrategias de rumiación y evitación experiencial. Aprender aspectos como los siguientes permitirían una gestión más eficaz del mal estar y evitaran su amplificación (Crane, 2017; Segal et al., 2002):

1. Nuestra atención frecuentemente divaga sin estar presente en lo que realmente hacemos. Allí donde está el foco de nuestra atención allí esta nuestra experiencia en ese momento.
2. Podemos relacionarnos con la experiencia de forma directa, presencial y sensorial, o indirecta, conceptual y dirigida a un objetivo. Mindfulness fomenta la primera.
3. Enfocar la atención en la experiencia directa (sensorial presente) nos permite experimentar lo que sucede ahora y aquí, en vez de lo que "sucedió" o "sucederá" (que solo existe como pensamientos presentes).
4. Los pensamientos no son hechos, por muy probables que resulten.
5. Los pensamientos afectan a nuestro estado de ánimo y nuestro estado de ánimo a nuestros pensamientos.
6. Podemos observar nuestros pensamientos sin la necesidad de ser los pensamientos.
7. Tener una actitud analítica orientada a la solución de un problema en el mundo físico puede ser útil, si el control depende de uno. La misma actitud ante un problema del mundo privado (emoción o cognición) raramente lo es.
8. La oposición, como la rumiación y la evitación experiencial ante una leve bajada del ánimo aumenta la profundidad y duración de esta. Estar presente con permisividad abre más opciones de respuesta eficaz.
9. Trabajar con la emoción negativa desde el cuerpo, desde el registro de la experiencia directa física con una actitud de aceptación facilita el procesamiento de esta emoción.

4.2.1 Conclusiones

- Las propuestas dentro de TCC, como la TC o la AC son eficaces para el tratamiento del episodio depresivo.
- El tratamiento con TCC ofrece una mayor protección a la recurrencia en el tiempo que la discontinuación del tratamiento farmacológico.
- En la prevención de recurrencias la TCBM es un tratamiento grupal y breve eficaz en la prevención de futuros episodios depresivos. Particularmente para aquellos pacientes con 3 o más episodios o con antecedentes de experiencias traumáticas de infancia.
- Existen formatos digitales de TCC que también resultan eficaces en contextos donde otro formato de terapia presencial no está disponible.

4.2.2 Referencias

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Bockting, C.L., Schene, A.H., Spinhoven, P., Koeter, M.W., Wouters, L.F., Huyser, J. y Kamphuis, J.H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, pp.647-657.
- Bockting, C.L., Spinhoven, P., Wouters, L.F., Koeter, M.W. y Schene, A.H. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), pp.1621-1628. doi: 10.4088/JCP.08m04784blu.
- Chadwick, P. (2006) *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Champion, L., Economides, M. y Chandler, C. (2018). The efficacy of a brief app-based mindfulness intervention on psychosocial outcomes in healthy adults: A pilot randomised controlled trial. *PLoS One*, 13(12):e0209482. doi: 10.1371/journal.pone.0209482.
- Creswell, J.D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, pp.491-516. doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.

- Cuijpers, P., Geraedts, A.S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C. y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 168(6), pp.581-92. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10101411.
- Didonna, F., Rossi, R., Ferrari, C., Iani, L., Pedrini, L., Rossi, N., ... Lanfredi, M. (2019). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 92(1), pp.112-130. doi: 10.1111/papt.12180.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalting, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., ... Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), pp.658-670.
- Disner, S.G., Beevers, C.G., Haigh, E.A. y Beck, A.T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature reviews. Neuroscience*, 12(8), pp.467-77. doi: 10.1038/nrn3027.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... y Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 468.
- Eisendrath, S.J., Gillung, E., Delucchi, K.L., Segal, Z.V., Nelson, J.C., McInnes, L.A., ... Feldman, M.D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), pp.99-110. doi: 10.1159/000442260.
- Elices M, Soler J, Feliu-Soler A, Carmona C, Tiana T, Pascual JC, ... Álvarez E. (2017). Combining emotion regulation and mindfulness skills for preventing depression relapse: a randomized-controlled study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 13. doi: 10.1186/s40479-017-0064-6. eCollection 2017.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. y Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of general psychiatry*, 55(9), pp.816-20.
- Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L., ... Lohr, K.N. (2017). Pharmacological and nonpharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ open*, 7:e014912. doi:10.1136/bmjopen-2016-014912.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Harvey, A.G., Watkins, E.R., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A. y Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral research therapy*, 44, pp. 1-25.
- Hopko, D.R., Sanchez, L., Hopko, S.D., Dvir, S. y Lejuez, C.W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 17(5), pp.460-78. Review.
- Ingram R.E., Miranda, J. y Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: The Guildford Press.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., ... Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), pp.295-304.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness medication: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, pp.33-47.
- Keegan, E. y Holas, P. (2009). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. En: *Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine* (pp.605-630). New York, NY: Springer Publications.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), pp.966-978. doi: 10.1037/a0013786.

- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A. y Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: an 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy*, 61, pp.43-54. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.006.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R. y Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Treatment manual. Behavior modification*, 25(2), pp.255-86.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J., Coryell, W., ... Maser, J.D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American journal of psychiatry*, 156(7), pp.1000-1006.
- Otte, C., Gold, S.M., Penninx, B.W., Pariante, C.M., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A.F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews disease primers*, 2:16065. doi: 10.1038/nrdp.2016.65.
- Paris J. (2014) The mistreatment of major depressive disorder. *Canadian journal of psychiatry*, 59(3), pp.148-51. Review.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., ... Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 56(9), 829-835.
- Pots, W.T., Fledderus, M., Meulenbeek, P.A., ten Klooster, P.M., Schreurs, K.M. y Bohlmeijer, E.T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*, 208(1), pp.69-77. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146068.
- Radford, S., Eames, C., Brennan, K., Lambert, G., Crane, C., Williams, J.M., ... Barnhofer, T. (2014). Trait mindfulness as a limiting factor for residual depressive symptoms: an explorative study using quantile regression. *PLoS ONE*, 9, e100022.
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32, pp. 329-342.
- Roiser, J. P. y Sahakian, B. J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS spectrums*, 18(3), 139-149.
- Segal, Z. V., Williams, J. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Publications.
- Sim, K., Lau, W.K., Sim, J. y Sum, M.Y. y Baldessarini, R.J. (2015). Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *International journal of neuropsychopharmacology*, 19(2). pii: pyv076. doi: 10.1093/ijnp/pyv076.
- Spijkerman, M.P., Pots, W.T. y Bohlmeijer, E.T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, 45, pp.102-114. doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.009.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 9(4):e96110. doi: 10.1371/journal.pone.0096110.
- Strauss, C., Hayward, M. y Chadwick, P. (2012). Group person-based cognitive therapy for chronic depression: a pilot randomized controlled trial. *British journal of clinical psychology*, 51(3), pp.345-50.
- Street, H., Sheeran, P. y Orbell, S. (2002). Exploring the relationship between different psychosocial determinants of depression: a multidimensional scaling analysis. *Journal of affective disorders*, 64(1), pp.53-67.
- Sztein, D.M., Koransky, C.E., Fegan, L. y Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(8), pp.527-539. doi: 10.1177/1357633X17717402.
- Teasdale, J. D. y Bernard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change: Re-Modelling Depressive Thought*. Cambridge: Psychology Press.
- Teasdale, J. y Segal, Z. y Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp.25-39.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), pp.615-623. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615.

Uher, R., Payne, J.L., Pavlova, B. y Perlis, R.H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and anxiety*, 31(6), pp.459-71. doi: 10.1002/da.22217.

Wright, J.H., McCray, L.W., Eells, T.D., Gopalraj, R. y Bishop, L.B. (2018). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy in Medical Care Settings. *Current psychiatry reports*, 20(10):92. doi: 10.1007/s11920-018-0947-2.

Zettle, R. y Hayes, S. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior. The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, pp.30-38.

Papel de la Atención Primaria en depresión y prevención del suicidio

La depresión es una enfermedad frecuente y grave que afecta al estado de ánimo, provocando tristeza, falta de interés para realizar diferentes actividades, falta de energía, así como ansiedad, trastornos del sueño y apetito, entre otros síntomas (*American Psychiatric Association, 2013*).

Constituye un importante problema de salud pública, dada su elevada frecuencia, discapacidad y mortalidad asociadas, y su impacto en el consumo de recursos sanitarios y en la productividad del individuo (Mathers and Loncar, 2006; Sicras-Mainar et al., 2010). La OMS estima que en el año 2030 la depresión será el primer problema de salud a nivel mundial (WHO, 2014).

La Atención Primaria (AP) constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y es el primer nivel asistencial para identificar y tratar la depresión en fase temprana, siendo, por tanto, el primero y a veces único contacto con los servicios de salud de las personas con depresión. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria es mayor que la estimada en la población general, sobre un 53%, representando la depresión mayor el 29% de ellos (Roca et al., 2009).

Aproximadamente un 83% de las personas que cometen suicidio habían contactado durante el año previo con su médico de familia (WHO, 2014) y alrededor de un 45% lo habían hecho en el mes previo al suicidio (Turecki & Brent, 2016).

Por todo ello, la Atención Primaria se considera el ámbito asistencial más idóneo para el manejo de los problemas de salud mental más comunes, entre ellos la depresión (Roca et al., 2009) y el médico de familia debe jugar un papel protagonista tanto

AUTORÍA

VICENTE GASULL, Coordinador del grupo de trabajo de Salud Mental de SEMERGEN.

en el diagnóstico y abordaje de la depresión como en la prevención del suicidio.

No obstante, tanto la depresión como otros trastornos psiquiátricos son frecuentemente infradiagnosticados e infratratados a nivel de asistencia primaria (Saiz et al., 2011).

Existe una idea ampliamente compartida, pero errónea, con respecto a que todas las intervenciones de salud mental son sofisticadas y que solamente pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado. Investigaciones en años recientes han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicológicas en el nivel de atención primaria (WHO, 2010).

El suicidio no es solo un problema de salud, es también un problema social y por ello una prevención eficaz del suicidio exige un enfoque multisectorial con actuaciones que incidan sobre los pacientes, sobre la familia, la comunidad y los profesionales de salud.

5.1 PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA/EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El abordaje clínico de trastorno depresivo debe ser un proceso colaborativo en el que participen todos los profesionales que puedan estar involucrados en su tratamiento, a saber, psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, enfermería de Atención Primaria y especializada y trabajadores sociales.

Las actuaciones a realizar desde el EAP sobre el paciente con trastorno depresivo y en la prevención del suicidio son:

5.1.1 Cribado clínico eficaz, diagnóstico precoz y atención/tratamiento adecuado para el trastorno depresivo

Si bien vamos a referirnos específicamente al trastorno depresivo, no hay que olvidar que con frecuencia el trastorno depresivo se acompaña de comorbilidades (otros trastornos mentales, procesos físicos que cursa con dolor y discapacidad, trastornos por abuso de sustancias) en las que también son necesarias las mismas actuaciones.

Establecer el diagnóstico del Trastorno Depresivo

Establecer el diagnóstico parece sencillo, pues en principio basta con que se cumplan los criterios diagnósticos que establece la 11ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (versión beta) (WHO, 2017) o el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2013), siendo la herramienta diagnóstica fundamental la entrevista clínica. Sin embargo, no es tan simple, pues es frecuente, en Atención Primaria, que la presentación del episodio depresivo tenga unas características atípicas. El 69% de los pacientes con depresión en Atención Primaria comunicaron a su médico únicamente síntomas somáticos (Simon et al., 1999). El dolor es un síntoma que acompaña frecuentemente al trastorno depresivo, de modo que hasta el 93% de los pacientes con depresión presentan al menos un síntoma doloroso (Caballero et al., 2008).

En otras ocasiones el paciente con depresión aqueja síntomas cognitivos como fallos de memoria o falta de concentración (que no se suelen atribuir a una disfunción cognitiva), alteración en las funciones ejecutivas, problemas de rendimiento en el trabajo e inseguridad, que van a generar cambios en el comportamiento habitual del paciente y dificultades en las relaciones sociales.

Estas formas de presentación atípica dificultan el diagnóstico con el consiguiente retraso en el inicio del tratamiento. **El inicio precoz del tratamiento se asocia con mayores tasas de remisión, por ello, el retraso del mismo se asociará con una peor respuesta y peores resultados en la consecución de objetivos terapéuticos.**

Por todo lo expuesto, resulta fundamental una actitud proactiva para establecer el diagnóstico de sospecha de trastorno depresivo ante manifestaciones clínicas, no necesariamente de índole afectiva, que se presenten en consulta.

La longitudinalidad en la asistencia es una de las características de la Atención Primaria y esta sitúa al médico de familia en una posición privilegiada, pues conoce a lo largo del tiempo al paciente, a su familia y a su entorno social, para detectar cambios en el humor y en el comportamiento del paciente que puedan llevar a sospechar el diagnóstico de depresión.

CRITERIOS DE SOSPECHA DE EXISTENCIA DE UN EPISODIO DEPRESIVO (U.S. Preventive Services Task Force, 2002):

- Episodios previos de depresión
- Ansiedad y/o abuso de sustancias
- Presencia de enfermedades crónicas, sobre todo si cursan con dolor e incapacidad
- Pacientes con múltiples síntomas somáticos inespecíficos (mareos, síntomas digestivos, disnea ...), en múltiples localizaciones, sin poder demostrar una causa orgánica que los justifique, así como la mala evolución de una enfermedad somática.
- Individuos en situaciones de transición psicosocial, ej. jubilación
- Pacientes hiperfrecuentadores
- Trastornos del sueño o de fatiga crónica
- Dificultad para la expresión verbal de las emociones
- Alteraciones cognitivas: problemas de memoria, dificultades de concentración
- Problemas de pareja
- Problemas en la relación médico-paciente

5.1.2 Cribado clínico eficaz

Dado que existe un elevado porcentaje de pacientes con depresión que no están correctamente diagnosticados y que no reciben tratamiento basado en la evidencia, la captación oportunista que permite la Atención Primaria puede contribuir a solucionar este problema.

No existe consenso sobre si debe realizarse un cribado universal (a todos los pacientes) o solo a aquellos con un riesgo específico (cribado selectivo). Hay agencias que recomiendan el cribado de depresión en los adolescentes (de 12 a 18 años) y en los adultos (> 18 años) siempre que pueda asegurarse un diagnóstico preciso, y un manejo y seguimiento adecuados, mientras que otras aconsejan estar alerta en los adultos con historia previa de depresión o con problemas crónicos de salud física, y otras en los adultos en riesgo (con historia familiar de depresión o con problemas crónicos de salud) (Montón et al., 1993).

En cualquier caso, la AP, por su facilidad de acceso, es la indicada para identificar y captar a estos pacientes de forma activa, utilizando herramientas de cribado sencillas y de corto tiempo de aplicación que ayuden a orientar el diagnóstico.

Si bien se han desarrollado numerosos instrumentos de cribado para la depresión en la AP, lo cierto es que se han comunicado cifras de hasta más del 50 % de falsos positivos, es decir, de personas que, puntuando positivamente en ellos, no cumplen los criterios para recibir un diagnóstico de depresión mayor. Por ello, no hay un claro consenso en cuanto a su valor, ya que requieren que en los casos identificados como positivos se confirmen mediante una entrevista diagnóstica en profundidad (Lakkis et al., 2015).

Existen distintos instrumentos de cribado disponibles para su utilización en nuestro país. Los más recomendados son la escala de depresión de Goldberg (Montón et al., 1993), el inventario de depresión rápido (Trujols et al., 2014), el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) (Pinto-Meza et al., 2005) y la escala de depresión geriátrica (Aguado et al., 2000). No obstante, y dado que el tiempo es la necesidad más acuciante en las consultas de AP, probablemente el modo más práctico para realizar el cribado es, ante una situación de sospecha, realizar las dos siguientes preguntas:

- ¿En las dos últimas semanas se ha sentido triste o sin ánimo?
- ¿En las dos últimas semanas ha sentido poco interés por hacer cosas?

La respuesta positiva a una de ellas debe llevar a realizar una entrevista diagnóstica en profundidad, como se ha comentado anteriormente.

La herramienta esencial para el diagnóstico del episodio depresivo es la entrevista clínica semiestructurada basada en la escucha activa. Mediante esta técnica, el clínico irá comprobando la presencia (y su intensidad) de cada uno de los criterios diagnósticos, así como las características añadidas que pueda presentar el episodio. De forma complementaria, los instrumentos de evaluación psicométrica serán imprescindibles para realizar una evaluación precisa de la gravedad de la sintomatología presente y poder monitorizar cuantitativamente los resultados de las intervenciones terapéuticas implementadas.

Las escalas de evaluación de la gravedad global de la depresión más empleadas universalmente son las escalas de depresión de Hamilton (Bobes et al., 2003) y de Montgomery-Asberg (Lobo et al., 2002) y el inventario de depresión de Beck (Conde and Useros, 1975).

5.1.3 Facilitar el acceso a las intervenciones clínicas más eficaces

Por ejemplo, a la terapia cognitivo-conductual y al nivel asistencial más adecuado según el momento evolutivo del proceso clínico. El tratamiento farmacológico se iniciará, en Atención Primaria, y todos los antidepresivos son eficaces si se administran a las dosis adecuadas y el tiempo suficiente. En caso de no lograr el objetivo terapéutico, la remisión del episodio depresivo, se intensificará el tratamiento, bien mediante psicoterapia o añadiendo otro antidepresivo con un mecanismo de acción complementario al utilizado previamente. Se considera resistencia al tratamiento cuando tras 2 tratamientos con dosis adecuadas y durante el tiempo suficiente no hay respuesta; en este caso es criterio de derivación a Salud Mental/Psiquiatría.

5.1.4 Apoyo durante el seguimiento del proceso, prestando atención a la adherencia al tratamiento y a las posibles recaídas

El tratamiento del trastorno depresivo es habitualmente un tratamiento largo y es frecuente el abandono del mismo, entre otras cosas, por las falsas creencias en torno a los psicofármacos en general y los antidepresivos en particular. Se debe informar al paciente y a la familia sobre el tratamiento (dosis, duración ...) así como de los posibles efectos adversos y lo que esperamos conseguir con ellos, para lograr una mayor adherencia terapéutica.

Sería deseable que el seguimiento del paciente que ha sufrido un episodio depresivo se prologara después del alta del proceso.

5.2 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Aunque las tasas de suicidio son altas y el comportamiento suicida es complejo, se puede prevenir. **La base de una prevención eficaz es el abordaje de los factores de riesgo, identificándolos y mitigándolos, el aprovechamiento y potenciación de los factores de protección y la mejora del sistema de salud.**

Los factores de riesgo y de protección del suicidio se tratan en otro capítulo, pero desde el punto de vista del médico de familia es importante conocer

quiénes son las personas en riesgo de realizar suicidio y que factores son de riesgo o protectores y así mantener una actitud expectante que lleve a su identificación y, consecuentemente, a tomar las decisiones adecuadas.

5.2.1 Son personas en riesgo:

- Las personas en situación de pobreza e inestabilidad social; corren más riesgo de realizar un intento de suicidio (Saiz et al., 2011).
- Los profesionales en riesgo incluyen los cuerpos policiales, veteranos militares y los profesionales sanitarios (dentistas, psiquiatras y oftalmólogos) (Saiz et al., 2011).
- Personas encarceladas (Fazel et al., 2017).
- Personas que experimentan pérdida (por ej. trabajo, hogar, pareja, miembro de la familia) y/o cambios sociales y demográficos (por ej. de la escuela a la universidad, de la universidad a la vida laboral, mudanzas, ...) (*Centers for Disease Control*, 2019).
- Las mujeres cometen el doble de intentos de suicidio que los hombres y el suicidio es la primera causa de mortalidad en niñas jóvenes entre los 15-19 años a nivel mundial (Bilsen, 2018).
- Excepto en China, en la inmensa mayoría de los países, la tasa de suicidio en hombres es de 2 a 4 veces más alta que la de mujeres (Bilsen, 2018), lo que sugiere que muchos hombres tienen problemas de salud mental no diagnosticados (Vijayakumar, 2015).
- Inmigrantes de segunda generación (Saiz et al., 2011) y LGBTQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Interrogantes) están en riesgo de tener comportamientos suicidas (Call and Shafer, 2018).

Las personas que se quitan la vida muestran una o más señales de advertencia, por ello es importante saber cuáles son estas señales que se pueden ver en el siguiente cuadro.

HABLAR SOBRE	COMPORTAMIENTO	ESTADO DE ÁNIMO
<ul style="list-style-type: none"> • Poner fin a sus vidas • Sentirse desesperado • No tener ninguna razón para vivir • Ser una carga para los demás • Sentirse atrapado • Dolor inaguantable 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor consumo de alcohol o drogas • Buscar una forma de terminar con sus vidas, como buscar métodos en internet • Dejar de hacer actividades • Aislamiento de familiares y amigos • Dormir demasiado o muy poco • Visitar o llamar a los demás para despedirse • Regalar posesiones apreciadas • Agresión • Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Pérdida de interés • Irritabilidad • Humillación/vergüenza • Agitación / ira • Alivio / mejora repentina

5.2.2 Son factores de riesgo de suicidio

- El estigma. El estigma conduce a la falta de voluntad para buscar ayuda.
- Dificultades para acceder al tratamiento, sentimientos de desesperanza o aislamiento.
- Pérdida (relacional, social, laboral o financiera). La soledad y la desesperanza son un factor de riesgo muy importante, y es una situación frecuente, sobre todo en las personas de edad, en la sociedad actual.
- Intento(s) suicidio(s) previos.
- La presencia de una patología de salud mental, dolor crónico y enfermedades (cáncer, diabetes, VIH/SIDA, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer)
- Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias
- Maltrato infantil.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Factores genéticos y biológicos.

5.2.3 Qué factores protegen a las personas del riesgo de suicidio

- Las sólidas relaciones personales.
- Las creencias religiosas y espirituales
- Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.
- Enfoques anticipatorios de prevención.

Como se ha indicado la prevención eficaz del suicidio exige un enfoque multisectorial con actuaciones que incidan sobre los pacientes, sobre la familia, la comunidad y los profesionales de salud, y en cada una de estas áreas el médico de Atención Primaria puede desempeñar un papel esencial.

5.3 ACTUACIONES SOBRE EL PACIENTE

El paciente debe ser el centro de todas las acciones realizadas tanto por el Equipo de Atención Primaria (EAP) como desde los servicios de Salud Mental/psiquiatría y de todos los profesionales que participan en el abordaje de la depresión y prevención del suicidio.

Lo ideal es que el paciente participe en la toma de decisiones con respecto a su proceso mórbido, pero la situación clínica en muchos casos no lo permite; no obstante, tan pronto como sea posible, se debe hacer al paciente participe en la toma de decisiones para la resolución del proceso. La colaboración de la familia en el tratamiento y proceso de recuperación del paciente es deseable en todos los casos, pero más aún en estas situaciones en las que la situación clínica no permita la participación activa del mismo.

Actuaciones a realizar son:

- Establecer una buena relación médico-paciente, una relación empática y sin establecer juicios de valor sobre el paciente.
- Realizar psicoeducación del paciente, cuando la situación clínica lo permita. Con la psicoeducación se dota al paciente de habilidades en resolución de problemas y conflictos y, por otra parte, se actúa sobre el estigma de la enfermedad mental.
- Eliminar las barreras que dificultan el acceso a la consulta.
- Concienciar acerca de la salud mental y aconsejar reducir el consumo de alcohol, otros tóxicos y limitar el acceso a agentes farmacológicos.
- Fomentar las relaciones familiares y sociales.

5.4 ACTUACIONES SOBRE LA FAMILIA

En la prevención y tratamiento de la depresión y del suicidio la familia debe desempeñar un papel destacado, sobre todo prestando apoyo al paciente e incluso, en algunas ocasiones, detectando comportamientos o síntomas que pueden conducir al

diagnóstico de la depresión y a la sospecha de la ideación suicida. Hay que pensar que en muchas ocasiones el paciente es reacio a acudir al médico por considerar que el proceso depresivo obedece a una debilidad de carácter, y en este caso son familia y amigos los que pueden detectar los indicios que conducen al diagnóstico.

La Atención Primaria tiene un contacto directo con la familia y debe de ser un punto de apoyo médico y profesional para ella. Las acciones que se pueden desarrollar desde el EAP sobre la familia son:

- Informar y formar sobre la depresión y la prevención del suicidio, así como sobre los recursos disponibles de ayuda. Es importante desmontar y desacreditar los mitos que existen sobre la depresión y el suicidio.
- La Psicoeducación tanto del paciente como de la familia permite tener un mejor conocimiento de la enfermedad, saber cómo se puede actuar positiva y eficazmente y, en definitiva, capacita a la familia para reconocer los factores de riesgo de suicidio, señales de advertencia y lenguaje adecuado a utilizar con el familiar enfermo.
- Hay que prestar especial atención al cuidador principal del paciente con depresión, sobre todo si es un proceso de larga evolución, pues con frecuencia puede llegar a un desgaste emocional y físico que a la larga redundará en perjuicio para el paciente y para el propio cuidador.
- Facilitar la creación de grupos de apoyo de igual a igual para los supervivientes de intentos de suicidio. A su vez, estos se pueden convertir en grupos "expertos" que pueden servir de apoyo al médico de familia para la acogida y acompañamiento a las nuevas posibles víctimas.
- Involucrar y hacer partícipe a la familia del tratamiento del trastorno depresivo. En las fases agudas del proceso, donde el riesgo de suicidio es mayor, es deseable que sea el cuidador principal el que se responsabilice de la administración del tratamiento farmacológico.
- Fomentar el apoyo familiar y social y animar a los miembros de la familia, amigos o colegas, para que ante señales de advertencia venzan las reticencias a ponerse en contacto con el apoyo médico y profesional.

5.5 ACTUACIONES A DESARROLLAR EN LA COMUNIDAD

- La Atención Comunitaria es una de las actividades a desarrollar por los Equipos de Atención Primaria y encuadrada en esa atención comunitaria se puede desarrollar la Educación para la Salud.
 - La Educación para la Salud, en el tema que nos ocupa, estaría dirigida a vencer la discriminación, los tabús y el estigma que existe en torno a la enfermedad mental, así como para concienciar acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio.
 - La Educación para la Salud por parte del Equipo de Atención Primaria (EAP) se puede realizar en colaboración con los ayuntamientos, en las asociaciones de vecinos o en asociaciones de enfermos, o bien de una forma más dirigida sobre aquellos grupos de riesgo como son grupos marginales, inmigrantes, población en la que se pueda detectar situaciones de aislamiento y falta de apoyo social.
- El EAP puede colaborar y capacitar a los trabajadores sociales, educadores, religiosos (WHO, 2014), personal de residencias de la tercera edad ... en los factores de riesgo de suicidio, señales de advertencia y lenguaje adecuado a utilizar con las personas con ideación suicida.

El EAP puede apoyar a los grupos de interés para impulsar campañas de prevención del suicidio en el Día Mundial de Prevención del Suicidio (10 de Septiembre) y el Día Mundial de la Salud Mental (10 de Octubre).

- Una medida aconsejada de prevención del suicidio es incluir la salud mental, la prevención del suicidio y la resolución de conflictos en los programas escolares. En este sentido, el EAP puede y debe colaborar con los centros educativos en la información y formación en estos ámbitos. No se debe olvidar que las medidas más efectivas de educación en general, y para la salud en particular, son las que se adquieren e integran en el comportamiento desde la infancia. Por otra parte, se está también contribuyendo de este modo a la lucha contra el estigma de la enfer-

medad mental.

- Establecer unas directrices en los medios de comunicación sobre cómo informar sobre el suicidio, que se ajusten a las normas de la OMS (Rutz et al., 1989) es otra de las recomendaciones para ayudar a prevenir los suicidios. Los médicos de AP, en sus posibles relaciones con los medios de comunicación, pueden informar y seguir estas directrices, concienciando, además, sobre la importancia de la depresión y el suicidio.
- Según la OMS, a pesar de ser una de las principales causas de muerte prevenible en todo el mundo, la prevención del suicidio no ha recibido la inversión financiera o humana que necesita (WHO, 2014). El médico de familia probablemente no tiene la suficiente influencia sobre las administraciones públicas, pero sí pueden tenerla las Sociedades Científicas que deben instar a la Administración para que se desarrolle un plan nacional de prevención del suicidio, que esté adecuadamente financiado y supervisado.

Asimismo, es deseable una mayor inversión en sistemas nacionales de monitorización de datos y en investigación del suicidio, por ejemplo, sobre los factores de protección del suicidio.

- Una causa del fracaso de los sistemas de salud para atender a las personas con pensamientos y comportamientos suicidas está, indudablemente, en que los médicos de Atención Primaria tienen cada vez menos tiempo para atender a los pacientes, lo que genera dificultades para identificar las señales de advertencia de suicidio en sus pacientes. Cuando se identifican pacientes en riesgo, los profesionales sanitarios necesitan ejercer el juicio clínico para determinar el curso de acción adecuado y para ello se precisa tiempo. Así pues, son convenientes cambios en el modelo de gestión de Atención Primaria para que el médico de familia pueda realizar una actuación eficaz y efectiva.

5.6 ACTUACIONES SOBRE EL PROFESIONAL DE SALUD

- Fomentar la formación de los Equipos de Atención Primaria en:
 - Reconocer, referir y manejar los trastornos mentales y de uso de sustancias (WHO, 2014)
 - Identificar el comportamiento suicida
 - Técnicas de entrevista motivacional
 - Mejorar las habilidades en comunicación para saber transmitir esperanza a los pacientes con enfermedades crónicas y dolor crónico.
- Concienciación sobre la enfermedad mental y el suicidio para estar alerta ante las señales de advertencia.
- Fomentar la correcta evaluación de la ideación suicida y de los actos suicidas previos.

A pesar de que la historia de tentativa suicida previa es el marcador de riesgo suicida más replicado tanto de futuras tentativas como de posterior suicidio consumado, en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de correcta evaluación tanto de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimando el riesgo de suicidio real de los pacientes (Saiz et al., 2011). Esto se ve aún más favorecido por el hecho de que, aun cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, el paciente recibe un diagnóstico (en España, una categoría CIE-10) que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo (Saiz et al., 2011).

La evaluación del riesgo parece realizarse siempre o casi siempre ante factores de riesgo muy tangibles o inmediatos, como el ingreso en urgencias, la presencia de una enfermedad grave o la anticipación de una experiencia negativa. Sin embargo, ante la presencia de factores de riesgo bien conocidos, como el consumo de drogas, solo realiza la evaluación del riesgo ocasionalmente (Saiz et al., 2011).

A pesar de su limitada aplicabilidad y valor predictivo, las escalas pueden ayudar a sistematizar la identificación y registro de factores de riesgo, y pueden facilitar el seguimiento de la evolución del riesgo de suicidio (Saiz et al., 2011).

Desde un punto de vista preventivo, para tratar de evitar la repetición de las tentativas de suicidio es fundamental realizar una correcta evaluación de las personas que acuden a los servicios de salud tras haber realizado un intento suicida y prescribir un tratamiento adecuado y lo más precoz posible (Saiz et al., 2011).

- Es importante realizar, además de la evaluación clínica, una evaluación psicosocial de los pacientes. Se calcula que cerca de la mitad de los intentos de suicidio se pueden atribuir a psicopatología familiar (Saiz et al., 2011).
- La creación de protocolos y rutas asistenciales que sirvan de guía para la toma de decisiones y manejo del paciente con comportamiento suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, son un paso fundamental para poder establecer redes centinelas que sirvan de observatorio permanente de los comportamientos suicidas. Estos protocolos se deberían de ajustar a las características de cada Zona o Área de Salud.
- Una intervención temprana puede estar asociada con reducciones en la tasa de suicidio en pacientes con trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno bipolar...) durante su período más vulnerable y los beneficios pueden persistir a largo plazo. Sin embargo, el número de suicidios sigue siendo demasiado alto, y es probable que no se denuncie debido al estigma, la criminalización y los sistemas de vigilancia deficientes.

Un desafío importante en la prevención del suicidio se relaciona con la calidad de los datos recopilados y el riesgo de un registro deficiente (por ejemplo, potencialmente debido a las actitudes sociales y religiosas predominantes). En algunos lugares se cree que el suicidio no es reportado en un porcentaje de entre el 20 y el 100% (Bertolote and Fleichmann, 2020).

El registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio debería realizarse en todos los pacientes. A diferencia de los datos sobre suicidio completado, es frecuente que no se informe sobre intentos de suicidio, por lo que se tiene una visión parcial del problema.

5.7 CONCLUSIONES

- El tratamiento del paciente con trastornos mentales, y en concreto con trastorno depresivo, exige la participación colaborativa de todos los profesionales de salud implicados en la atención al paciente con este trastorno.
- El médico de Atención Primaria goza de una posición privilegiada para establecer un diagnóstico y, por tanto, un tratamiento precoz del trastorno depresivo, influyendo de este modo en el pronóstico del proceso.
- Para establecer un diagnóstico precoz es esencial mantener una actitud de sospecha activa ante aquellas situaciones/manifestaciones de alerta, por ello es necesaria una concienciación sobre la salud mental y los estilos de vida no saludables.
- El suicidio es prevenible y exige actuaciones a realizar tanto a nivel de Sistema Nacional de Salud/Administraciones Públicas, comunidad, familia, paciente y profesional sanitario (en este caso médico de familia).
- Todas las actuaciones terapéuticas deben de tener como eje central el paciente, que debe participar en su tratamiento, cuando la situación clínica lo permita, sin olvidar la participación activa de familia y entorno social del paciente.
- La formación y cambios en el modelo asistencial en Atención Primaria son factores que deben influir en un mejor tratamiento del trastorno depresivo y en la prevención del suicidio.

5.8 BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, C., Martínez, J., Onís, MC., Duenas, RM., Albert, C., Espejo, J. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la «Geriatric Depression Scale» (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria*. 26(Supl 1):S328.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. Arlington.
- Bertolote, JM., & Fleischmann, A. (2020). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World of Psychiatry*.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 9:540.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Re, R., Ballesteros, J., Ibarra, N. (2003) Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 items de la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*. 120:693-700.
- Caballero L et al. (2005). Estudio Pycasso. Poster presented at the 5th International Forum on Mood and anxiety Disorders. Viena-November 9-11, 2005. Publicado en *Psychosomatics* 2008; 45.
- Call, JB., & Shafer, K. (2018). Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *American Journal of Mens Health*. 12(1):41-51.
- Centers for Disease Control (US) (2019). Suicide prevention.
- Conde, V. & Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am*.12:217-36.
- Fazel, S., Ramesh, T., Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. 4(12):946-952.
- Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-T). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2010/02.
- Haro, JM., Palacina, C., Vilagutb, G., Martínez, M., Bernala, M., Luquea, I., Codonyb, M., Dolza, M., Alonsob, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*.126 (12): 445-51.

- Krivoy, A., Balicer, R. D., Feldman, B., Hoshen, M., Zalsman, G., Weizman, A., & Shoval, G. (2016). Adherence to antidepressants is associated with lower mortality: a 4-year population-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(5), e566-72.
- Lakkis, NA. & Mahmassani, DM (2015). Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. *Postgrad Med*.127:99-106.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., Baro, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin*. 118:493-9.
- Mathers, CD. y Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 3 (11): e442.
- Monton, C., Perez-Echevarria, MJ., Campos, R., Garcia-Campayo, J., Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 12:345-9.
- Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Penarrubia, MT., Blanco, E., Haro, JM. (2005) Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med*. 20:738-42.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia, J., Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 119 (1-3): 52-8
- WHO. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. WHO, 2010.
- Rutz, W., von Knorring, L., Wålinder, J.. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 80:151-154.
- Saiz P, García-Portilla MP, Bobes J.(2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. En "Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida". Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid.
- Sicras-Mainar, A., Rejas, J., Navarro, R., Serrat, J., Blanca, M., Díaz, S. (2010) Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit*. 24 (1): 13-9
- Simon, GE., & VonKorff, M. (1999). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *N Engl J Med*. 341(18): 1329-1335
- The 17 Sustainable Development Goals were adopted by the United Nations Member States in 2015 to be reached by 2030. Goal#3 is to "ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages". The target is to reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being.
- Trujols, J., De Diego-Adelino, J., Feliu-Soler A., Iraurgi, I., Puigdemont, D., Alvarez, E. (2014). The Spanish version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology- Self-Report (QIDS-SR16): a psychometric analysis in a clinical sample. *J Affect Disord*. 169:189-96
- Turecki G. & Brent DA (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 387(10024), 1227-1239.
- US National Alliance on Mental Health website. Find support. LGBTQ (accessed Feb 2019)
- U.S. Preventive Services Task Force (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*; 136: 760-4.
- Vijayakumar L. (2015). Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 57(Suppl 2): S233-S238.
- WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.
- WHO (2014). Suicide: facts and figures. World Health Organization.
- WHO (2018). Preventing suicide. A community engagement toolkit. World Health Organization.
- WHO & IASP (2017). Preventing suicide: a resource for media.

Abordaje enfermero en la depresión y la prevención del suicidio

El abordaje multidisciplinar del paciente con depresión es fundamental, siendo uno de los objetivos principales incrementar la detección precoz de los pacientes con ideación, planificación o comportamiento suicida desde los diferentes niveles asistenciales con especial hincapié en la coordinación entre los mismos. Esto es apoyado por un reciente meta-análisis llevado a cabo por Inagaki et al., (2015) donde se pone de manifiesto que el contacto activo con los pacientes tras la realización de una TS y las intervenciones que facilitan su seguimiento son efectivas a la hora de reducir el riesgo de repetición dentro de los 12 meses siguientes. Además, diferentes autores arrojan la importancia de la figura enfermera en la prevención del suicidio y el diagnóstico precoz a través de los indicadores suicidas.

La posición privilegiada de cercanía que tiene el profesional de enfermería realza la importancia de su rol en cuanto a la atención, información y los cuidados a las familias. El papel de enfermería especialista en los dispositivos sanitarios con respecto a la prevención de los trastornos mentales es de suma importancia (Fornés & Gómez, 2008), siendo el profesional sanitario que, con una actitud científica, proporciona una atención especializada mediante la prestación de cuidados, llevándose a cabo en los diferentes niveles de atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental (O.SPI/1356/2011, de 11 de mayo). Concretamente en la prevención de suicidio cobra especial relevancia integrada desde los modelos de colaboración, tales como el Chronic Care Model. *Las care managers* (Calderón et al., 2014) son enfermeras especializadas que asumen nuevas competencias, como la gestión de casos (intervención enfermera NIC: 7.320 gestión de casos) que garantizan la continuidad de cuidados referidos a la persona, al

AUTORÍA

PAULA ZURRÓN. Enfermera especialista en Salud Mental. AGC Salud Mental-IV. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

PILAR CAMINERO. Coordinadora de enfermería de salud mental de la Comunidad de Madrid.

cuidador y al entorno; que coordinan e integran la asistencia internivel e interprofesional y que prestan cuidados de alta complejidad dentro del ámbito multidisciplinar (Fraile, 2015) siendo esto un factor de protección y preventivo en la conducta suicida.

Los profesionales de enfermería con actitudes seguras y comprensivas influyen positivamente en la calidad de los cuidados y el pronóstico de los pacientes (Hidalgo & Javier, 2017). **Concretamente en la depresión y la prevención del suicidio las enfermeras que poseen un mayor grado de formación en salud mental y un alto nivel de inteligencia emocional se demuestran asociados a una actitud más positiva hacia el paciente con comportamiento suicida** (Carmona & Pichardo, 2012)

6.1 PROCESO Y CONCEPTOS

El suicidio es la acción que uno mismo realiza con la intención de acabar con su vida y que conlleva a la muerte. Es un final abrupto a la vida y la forma más extrema en que la gente responde a una angustia insoportable. La enfermera tiene que entender esto desde el punto de vista del paciente y plantear el abordaje sin juzgar ni culpabilizar («*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

La adopción de una estructura explicativa multifactorial del suicidio implica necesariamente un abordaje multiprofesional. El suicidio no está considerado como una patología en sí mismo, sino la consecuencia de un conjunto de síntomas, factores relacionados y predisponentes que pueden llevar a una alteración psicopatológica y que desde la perspectiva enfermera, adquieren una especial relevancia a la hora de establecer un abordaje preventivo

que se ha de establecer en todo el proceso y en la progresión ocurrida desde incluso antes que aparezca la ideación autolítica.

En pocas ocasiones se produce un intento autolítico de forma directa sin pasar por una serie de fases. Habitualmente el suicidio consumado se genera de forma progresiva, a lo que se ha llamado escala suicida (Megias & Serrano, 2018) siguiendo el esquema de la Figura 10.

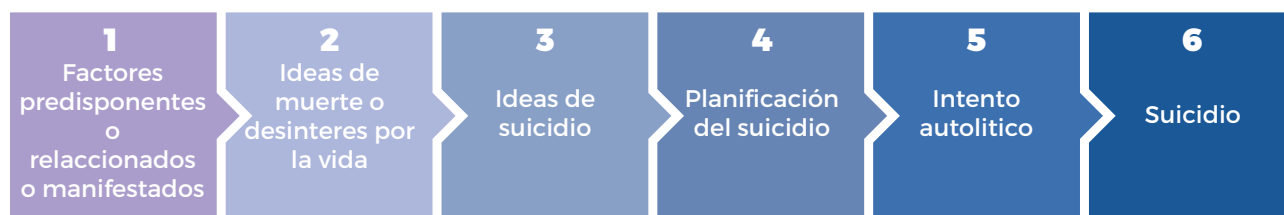
A continuación, se irán explicando las distintas fases en la escala de la conducta suicida que aparecen en la Figura 10.

6.1.1 Factores predisponentes

Son aquellas situaciones, circunstancias, lugares, antecedentes, personas o características de personalidad que llevan al individuo a pensar que su vida no tiene sentido y su cometido en ella, es inútil. Puede expresarse de múltiples formas, como apatía, tristeza, sentimiento, culpa, inutilidad, impotencia, baja autoestima, anhedonia, desesperanza, gestión ineficaz de la salud y desmotivación (Camirero et al., 2012). Suele manifestarse en la expresión facial, el llanto, insomnio, disfunción interna, inquietud, pesimismo, miedo, alteración en el apetito y hábitos alimenticios, falta de atención, aislamiento, afrontamiento inefectivo de problemas, lenguaje enlentecido, donde casi todas estas manifestaciones son características en el proceso depresivo.

6.1.2 Ideas de muerte

Se refiere al pensamiento en cómo sería la propia muerte y que sucedería en su entorno familiar y de



■ FIGURA 10. Progresión en la conducta suicida

Fuente: Elaboración propia (adaptación del libro: Megias Lizancos y Serrano Parra (2018) *Enfermería en psiquiatría y salud mental II* (pp. 598-600). Barcelona: DEE editorial

amigos, si uno se muriera. En presencia de psicopatología como en los trastornos depresivos, esta idea se produce de forma obsesiva y ocupa un tiempo importante en el pensamiento de la persona.

6.1.3 Ideas de suicidio

El sujeto que anteriormente pensaba que estaría mejor muerto y que esta muerte mejoraría la situación del entorno, pasa a pensar en cómo morir. Las ideas de suicidio primarias se diferencian de las ideas de muerte, en que se piensa en dar un paso más para terminar con su vida (Jordan, 2019)

La ideación suicida son los "deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida". (Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs, 2016), Erguiluz (1995) las define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

Comunicación suicida se llama al acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y el plan 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.
- **Conducta parasuicida:** aquellas autoagresiones o automutilaciones que muchos pacientes llevan a cabo (por ejemplo, cortes en la piel) sin la finalidad de producir la muerte.
- **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 con-

ducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

6.1.4 Planificación suicida

Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

6.1.5 Intento de suicidio

Definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

En esta etapa del proceso, la observación de los profesionales de enfermería y la presencia son de suma importancia, puesto que muchos sujetos vuelven a intentar acabar con su vida mientras se encuentran siendo atendidos o al cabo de poco tiempo de haber fracasado su intento. (El 30-40% de las muertes por suicidio son precedidas por intentos de suicidio). (*Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, dirigida a profesionales sanitarios*, 2014)

6.1.6 Suicidio

Se consuma la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocársela.

Es preciso conocer la progresión de las ideas y conductas en el suicidio que permita reducir la intencionalidad, así como aportar recursos para que el paciente sea capaz de controlar esas ideas, además de aportar soporte en el entorno familiar en evitar nuevos intentos autolíticos

6.2 FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA

La identificación de los factores de riesgo disminuye el nivel de riesgo suicida. El riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Entre los más relevantes son:

- Padecer un trastorno psiquiátrico (el principal factor de riesgo para el suicidio es la depresión y en especial poseer mala adherencia).
- Antecedentes de intentos y tentativas previos (alrededor del 50% de actos consumados tienen intentos previos)
- Historia familiar con antecedentes suicidas.
- Edad (a mayor edad más riesgo); Sexo (Mayor incidencia en varones, aunque en las mujeres existe mayor tasa de ideación suicida)
- Factores sociales: aislamiento, soledad, pérdida de rol o estatus social; desempleo.
- Factores sanitarios: dolor crónico, enfermedad terminal.
- Factores psicológicos: sentimientos de fracaso personal, indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro. Altos niveles de impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración.
- Otros Factores que incrementan el riesgo: letalidad del método empleado (fármacos, armas de fuego, ahorcamiento, etc.); Baja probabilidad de ser descubierto; Existencia de un plan detallado; Existencia de nota de despedida; Ausencia de crítica del intento; Escasos proyectos de futuro; Expresión de deseos de morir.

Es de suma importancia considerar todas aquellas señales que alertan a los profesionales sobre el riesgo suicida. (*Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs*, 2016)

SEÑALES DE ALERTA VERBALES

Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida

- "No valgo para nada".
- "Esta vida es un asco".
- "Mi vida no tiene sentido".
- "Estaríais mejor sin mí".
- "Soy una carga para todo el mundo".
- "Toda mi vida ha sido inútil".
- "Estoy cansado de luchar".
- "Lo mío no tiene solución".
- "Quiero terminar con todo".
- "Las cosas no van a mejorar nunca".

Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte

- "Me gustaría desaparecer".
 - "Quiero descansar".
 - "No deseo seguir viviendo".
 - "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto".
 - "Quiero quitarme la vida pero no sé cómo".
 - "Nadie me quiere y es preferible morir".
 - "No merece la pena seguir viviendo".
 - "Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio".
- Despedidas verbales o escritas: "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho".

SEÑALES DE ALERTA NO VERBALES

Cambio repentino en su conducta

- Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad
- Ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.
- Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. (Considerar esta situación como una mejora podría ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente)
- Aparición de laceraciones recientes en alguna de parte del cuerpo.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Cerrar asuntos pendientes. Preparación de documentos para cuando uno no esté (p.e. testamento, seguro de vida, etc.).

6.3 MITOS Y ACTUACIONES ACONSEJADAS

La presencia de estigma con respecto al suicidio conduce a la marginación y la discriminación con claros efectos perjudiciales para los pacientes, familiares y sociedad («*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

Existen ideas erróneas al respecto, que la población, incluidos los profesionales de enfermería mantienen y que son necesarios superar para la práctica profesional de calidad.

6.4 ERRORES EN TORNO AL SUICIDIO

- Creer que todas las personas que lo dicen hacer, al final no lo comenten.
- Despreciar el comportamiento manipulador.
- Subestimar la tentativa de suicidio.
- Creer que la mejoría tras una crisis significa que ya no hay riesgo.
- Creer que si una persona toma la decisión de matarse, nada podrá impedirselos.
- No hablar ni comentar con la persona sus pensamientos, por miedo.
- Que solo las personas que está muy grave se suicidan.

6.5 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ACONSEJADAS

Si una persona le comunica a la enfermera que va a realizar un acto suicida se recomiendan las siguientes actuaciones:

- Mantener la calma sin subestimar la situación.
- Buscar ayuda. No tratar de manejar la crisis solo ni poner en peligro su propia salud o seguridad.

- Nunca dejar sola a la persona, hasta que esté seguro de que ésta se encuentra en manos de profesionales adecuados. Si tiene que irse, asegúrese que otro profesional pueda permanecer con la persona hasta que ésta pueda recibir ayuda. La enfermera debe proporcionar cuidados de seguridad («*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

- Asegurar que los medicamentos no estén al alcance ni existen objetos potencialmente lesivos.
- Si está en el Hospital, propiciar habitación sin riesgos de cortarse o colgarse. Explicar al paciente que recibirá protección hasta que sea capaz de resistir los impulsos suicidas. Dar seguridad.

- En primer lugar, establecer relación terapéutica y cercana (aspecto que se desarrollara posteriormente).

- Comunicarlo al médico o al equipo de intervención de crisis.

- No prometer confidencialidad. Probablemente se tenga que hablar con el médico de la persona con el fin de protegerla de ella misma.

- Informar al paciente en todo momento de las medidas a adoptar.

- Observación continua.

- Traslado hospitalario si: el paciente no cuenta con vigilancia en domicilio o existe compromiso orgánico.

- Indagar en pacientes deprimidos o que súbitamente mejoran, puesto que es posible que resolvieron sus problemas decidiendo suicidarse.

- Preguntar a la familia sobre la conducta del paciente en caso de que éste no hable sobre su potencial suicida.

- Por ningún motivo el paciente potencialmente autodestructivo debe abandonar el servicio de urgencias sin ser evaluado por psiquiatría.

- Establecer un contrato verbal y escrito con el paciente para que no abandone el servicio de urgencias ni se haga daño.

Una persona que pide ayuda porque no tiene ganas de vivir, no necesita vigilancia (NIC 6650) ni inmovilización (NIC 0910), necesita presencia (NIC 5340), escucha activa (NIC 4920) y apoyo emocional (NIC 5270)

6.6 RELACIÓN TERAPÉUTICA. IMPORTANCIA EN LA ENFERMERÍA

Pueden enumerarse múltiples factores de protección a la hora de la valoración del riesgo suicida, tales como apoyo sociofamiliar, autoconfianza, sentido de pertenencia, habilidades de afrontamiento, control de la impulsividad, positiva autoestima y una buena comunicación con los profesionales («*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

Se sabe que una relación terapéutica positiva de parte de la enfermera tiene un efecto protector contra los comportamientos suicidas (NZGG, 2003).

Los sentimientos propios de la enfermera hacia la muerte y el suicidio, influenciada por el estigma social, puede suponer un obstáculo por sí mismo para establecer una adecuada relación terapéutica y realizar una correcta intervención (Mondéjar, 2017). Por lo que las enfermeras deben tener conocimientos específicos y habilidades adquiridas al respecto.

Las técnicas de comunicación son tan diversas como las propias situaciones. **Es importante comprender que el paciente es una confluencia de distintos factores, entre los que se cuentan la edad y el sexo, la cultura, las creencias y valores, la educación recibida y sus experiencias.** (Womble, 2012)

Los intentos eficaces de comunicación se apoyan en la voluntad del paciente de revelar información personal y en la naturaleza de su problema. Así, el objetivo es utilizar técnicas que guíen al paciente

hacia la expresión de las emociones y los pensamientos que rodean la situación:

- Tomar en serio todas las amenazas suicidas, incluso si parecen manipuladoras.
- Escuchar atentamente. Mantener contacto visual. Utilizar lenguaje corporal, como acercarse a la persona o tomar su mano, si se considera conveniente. Escuchar y ponerse a disposición. Si la persona quiere hablar, entonces preguntar directamente sobre las ideas de suicidio; las personas suicidas generalmente sienten alivio al preguntarles sobre esto.
- Usada con eficacia, la comunicación abre la puerta al desarrollo de la relación terapéutica y ayuda a los pacientes a alcanzar sus objetivos de mejoría.
- No disuadir el paciente de sus intenciones ni proponerle que hable de algo distinto del suicidio.
- Hacer preguntas directas. Averiguar si la persona tiene un plan específico para el suicidio. Determinar, si puede, qué método de suicidio está considerando.
- Reconocer los sentimientos de la persona. Mostrarse comprensivo, no crítico ni argumentante. No liberar a la persona de la responsabilidad de sus acciones.
- La enfermera utilizara un abordaje basado en la resolución de problemas.
- Transmitir tranquilidad. Poner énfasis en que "el suicidio es una solución permanente a un problema temporal", recordando a la persona que hay ayuda y que todo puede mejorar. La enfermera ha de fomentar la esperanza
- El tono de voz y la forma de hablar pueden transmitir un mensaje de atención y preocupación o uno de intimidación y condescendencia.
- El silencio funcional permite que el paciente recupere la compostura u ordene sus pensamientos, y es un modo de demostrar respeto y atención a lo que tiene que decir.

- La escucha activa y la actitud franca son elementos cruciales para proyectar autenticidad y voluntad de ayudar al paciente. El contacto visual debe ser intermitente y atento, evitando mirar fijamente hasta llegar a la intimidación.
- El personal de enfermería debe ser consciente de los manierismos que puedan comportar un efecto no terapéutico. Muchos pacientes no confían en nadie, especialmente en las personas con autoridad.
- Las preguntas cerradas, suelen poner al paciente a la defensiva o desaprobar sus afirmaciones son posibles formas de impedir el intercambio comunicativo.
- Las afirmaciones que menosprecian al paciente e interponen las opiniones o valoraciones del profesional de enfermería no son terapéuticas. La enfermera trabajara con el paciente para disminuir los sentimientos de culpa, pena, asociados con el suicidio y la enfermedad mental

Para que el paciente se sienta comprendido y escuchado se recomiendan las **técnicas de comunicación verbal efectivas**, tales como la clarificación, el señalamiento, la reformulación, la facilitación, el silencio funcional, la disponibilidad y el refuerzo de la realidad.

La enfermera debe tener en cuenta las **barreras que impiden la comunicación terapéutica**, tales como:

- Discusión.
- Desaprobación.
- Dar consejos.
- Falso consuelo.
- Preguntar por qué.
- Preguntas cerradas.
- Cambiar de tema.
- Restar importancia o subestimar.
- Centrar la atención en el profesional de enfermería.
- Usar estereotipos.

QUÉ QUIEREN LAS PERSONAS AL BORDE DEL SUICIDIO

Que alguien les escuche
Alguien en quien confiar y les de seguridad
Alguien que se preocupe

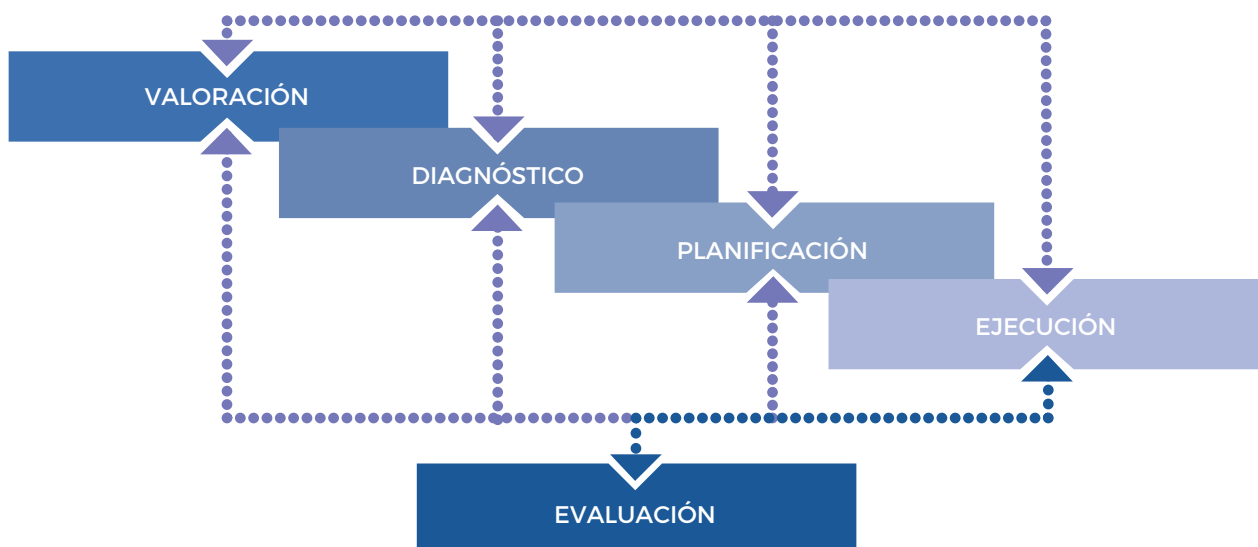
QUÉ NO QUIEREN LAS PERSONAS AL BORDE DEL SUICIDIO

Quedarse solos
Recibir consejos
Ser interrogados

6.7 EL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN Y EN EL RIESGO DE IDEACIÓN Y DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

El proceso enfermero es un método sistematizado y humanista, cuyos principios y reglas promueven el pensamiento crítico en el entorno clínico (Alfaro, 2002). La calidad y continuidad en los cuidados de enfermería en la depresión y el riesgo suicida sólo puede garantizarse bajo una aproximación científica, la metodología enfermera, que, se desarrolla en varias fases: valoración de necesidades de cuidados, diagnóstico enfermero, planificación de los resultados que el paciente ha de alcanzar e intervenciones necesarias para ayudar a que esto sea posible, ejecución de dichas intervenciones y evaluación de resultados (Figura 11).

La utilización de las taxonomías estandarizadas (NANDA para los diagnósticos, NOC para los resultados y NIC para las intervenciones) permite disponer de un lenguaje común con el que comunicar, registrar y analizar dicho proceso, contribuyendo al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio que redunde en la calidad de los cuidados de enfermería en el abordaje de la depresión y del suicidio.



■ FIGURA 11. Resumen de la relación entre las fases del proceso enfermero. (Alfaro LeFevre R, 2002, p.10)

6.8 VALORACIÓN ENFERMERA

La información recogida en la valoración va más allá de la psicopatología; se considera a la persona o a la familia en su contexto personal. Una visión holística puede revelar aspectos disfuncionales, así como conocer la progresión del proceso de la enfermedad, así como las ideas y conductas suicidas.

Los datos proceden de diferentes fuentes: primarias (el propio usuario) y secundarias (familia, allegados, registros clínicos, profesionales de la salud mental y otros documentos) (Tipo de evidencia IV. «*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

Al realizar la valoración se pueden obtener dos tipos de datos: objetivos (exploración física, resultados de analíticas) y subjetivos (referidos por el usuario, su familia o personas allegadas).

Todos estos métodos de información permitirán identificar y/o diferenciar entre los diferentes conceptos dentro del mismo espectro como: ideación suicida, comunicación, conducta parasuicida o conducta suicida. Además, durante la fase de valoración la enfermera se tomará seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio (Tipo de evidencia III. «*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

En este sentido, se deberá reconocer los indicadores claves que ponen a las personas en riesgo de comportamiento suicida, aún en ausencia de expresión explícita de suicidio (Tipo de evidencia IV. «*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.). La utilización de instrumentos de valoración puede ser una herramienta útil en la valoración del riesgo de suicidio. La literatura científica describe algunas herramientas como eficaces para la valoración del riesgo de suicidio y con utilidad en la práctica clínica enfermera, como: la escala de SAD PERSONS, la Escala Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional Riesgo de Suicidio, la valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR) (Cutcliffe & Barker, 2004). (Tabla 9)

Asimismo, las listas de verificación (Tabla 10) pueden ser instrumentos de utilidad para la detección en los distintos ámbitos de la red de salud mental que orienten a las intervenciones específicas en enfermería a través de las taxonomías de enfermería.

■ TABLA 9. **Valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR)**

Variable predictiva	Valor
Presencia / Influencia de la desesperanza	3
Suceso estresante reciente (p.e. pérdida del trabajo, preocupaciones económicas, pendiente de juicio)	1
Evidencia de creencias/voces persecutorias	1
Evidencia de depresión/pérdida de interés o pérdida del placer	3
Evidencia de abstinencia	1
Aviso de intención de suicidio	1
Evidencia de un plan para suicidarse	3
Historia familiar de problemas psiquiátricos graves o suicidio	1
Duelo reciente o ruptura de una relación	3
Antecedentes de psicosis	1
Viudo/a	1
Intento previo de suicidio	3
Historia de privación socioeconómica	1
Historia de consumo o abuso del alcohol	1
Presencia de enfermedad terminal	1

Niveles de riesgo y niveles de compromiso sugerido* (Barker, 2005)

Puntuación de cinco o menor: Nivel bajo de riesgo. Nivel de compromiso: 4 (compromiso sobre una base diaria estructurada).

Puntuación de seis y ocho: Nivel de compromiso: 3 (compromiso formal por lo menos tres veces al día- mañana, tarde y noche).

Puntuación entre nueve y once: Nivel de riesgo elevado. Nivel de compromiso: 2 (apoyo regular del equipo de enfermería durante el día o la noche (por ejemplo, aproximadamente cada 15 minutos, variando entre 10 y 20 minutos).

Puntuación doce o mayor: Nivel de riesgo muy elevado. Nivel de compromiso: 1 (acceso constante a la enfermera u otro profesional de soporte).

■ TABLA 10. Lista de verificación: Factores relacionados con el riesgo de suicidio

N° de intentos previos	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> Cuántos <input checked="" type="checkbox"/> No
Autocontrol de impulsos	<input checked="" type="checkbox"/> Identifica sentimientos que conducen acciones impulsivas <input checked="" type="checkbox"/> No es capaz de identificar situaciones impulsivas <input checked="" type="checkbox"/> Identifica de conductas impulsivas perjudiciales. <input checked="" type="checkbox"/> No identifica conductas impulsivas perjudiciales
Deseo de vivir	<input checked="" type="checkbox"/> Expresión de determinación de vivir. <input checked="" type="checkbox"/> No quiere vivir <input checked="" type="checkbox"/> Expresión de optimismo. <input checked="" type="checkbox"/> Todo es negativo
Afrontamiento de problemas	<input checked="" type="checkbox"/> Utiliza estrategias. <input checked="" type="checkbox"/> No tiene recursos estratégicos <input checked="" type="checkbox"/> Adopta conductas para reducir estrés <input checked="" type="checkbox"/> No Adopta conductas para reducir estrés
Auto percepción	<input checked="" type="checkbox"/> Baja Autoestima <input checked="" type="checkbox"/> Insatisfacción Personal
Adaptación	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado, el nivel de adaptación a la frustración <input checked="" type="checkbox"/> Bajo nivel de adaptación a la frustración <input checked="" type="checkbox"/> Solución inadecuada a los problemas <input checked="" type="checkbox"/> Expresiones de incapacidad a pedir ayuda <input checked="" type="checkbox"/> Muestra signos en petición de ayuda
Estado Anímico	<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/> Temor <input checked="" type="checkbox"/> Depresión

Interpretación de la lista de verificación de los factores relacionados con el riesgo de suicidio.

15 ítems marcados en color	• ALTO RIESGO
9 a 14	• RIESGO IMPORTANTE
Menos de 9	• RIESGO MODERADO

Si bien los dominios disfuncionales son variables en función de las características individuales de cada paciente y la gravedad del mismo, se puede describir una estimación de los principales indicadores claves disfuncionales en pacientes con trastornos depresivos y riesgo de suicidio.

■ TABLA 11. **Indicadores disfuncionales según dominios**

<p>1. PROMOCIÓN DE LA SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto general descuidado • Actitud y conducta de no aceptación del problema • Indicaciones terapéuticas no aceptadas por desesperanza • Aumento de las molestias físicas asociadas a conflictos emocionales • Conductas de riesgo • Hábitos tóxicos
<p>2. NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del IMC • Alteración del apetito • Somatizaciones digestivas con presencia de náuseas y/o vómitos
<p>3. ELIMINACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación intestinal alterada • Eliminación cutánea aumentada en presencia de ansiedad
<p>4. ACTIVIDAD- REPOSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta motriz: inhibición y/o agitación • Expresión facial: tensión, tembloroso, perplejo • Verbalización/observación de falta de energía física y/o emocional • Falta de interés por las actividades relacionadas con los autocuidados • Alteración del ritmo circadiano • Percepción subjetiva de mala calidad del sueño
<p>5. PERCEPCIÓN- COGNICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad de concentración y de memoria • Dificultad del lenguaje • Pensamiento con ideas repetitivas de autolesión y suicidio, muerte • Lenguaje escaso, tono bajo e incluso hostil • Dificultad para la toma de decisiones • Dificultad en la planificación de las actividades
<p>6. AUTOPERCEPCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reactividad emocional: desde labilidad hasta nula emotividad • Disminución de la autoestima • Alteraciones sensorio-perceptivas • Pensamiento distorsionado • Alteración de la imagen corporal • Autodescripción negativa • Negativa autoevaluación general y de competencias • Desesperanza. Verbaliza ideas de suicidio
<p>7. ROL-RELACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción insatisfactoria de rol y responsabilidades • Conflicto funcionamiento/ relaciones familiares y sociales • Relaciones disfuncionales • Pérdida de interés en sus relaciones sociales • Tendencia al aislamiento social
<p>8. SEXUALIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del interés • Dificultad para experimentar relaciones sexuales completas • Sentimiento de soledad y carencia afectiva
<p>9. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad rasgo y estado • Percepción de bajo o nulo control de los impulsos • Sensación de incapacidad para afrontar los problemas • Emociones contenidas de alejamiento y huida. • Estrategias desadaptativas
<p>10. PRINCIPIOS VITALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalencia en la toma de decisiones que afectan valores y/o creencias personales
<p>11. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesionarse/lesionar a otros • Ideas o intentos de suicidio • Historia de intentos previos • Verbalización de intenciones • Lenguaje corporal

6.9 DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El diagnóstico de enfermería es la exposición de un problema de salud real o potencial que un profesional de enfermería está capacitado o autorizado a tratar. Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras que ayudarán a conseguir el resultado esperado, del cual la enfermera es responsable.

El modelo recomendado para la práctica clínica en los distintos dispositivos de la red de salud mental para el abordaje de pacientes con clínica depresiva e ideación suicida es el Modelo Bifocal de Carpenito, en el que se considera que las enfermeras intervienen en dos tipos de situaciones clínicas:

- Problemas que se previenen, reducen o solucionan con intervenciones primarias de enfermería.
- Problemas que para su solución definitiva requieren ser tratados por otro profesional. Se trata de problemas de colaboración o complicaciones potenciales.

6.10 PLANIFICACIÓN

La fase de planificación consiste en el diseño de un plan de cuidados individualizado que oriente las intervenciones de enfermería y permita conseguir reducir el riesgo de suicidio en el paciente con depresión. Asimismo, se deberán movilizar los recursos basándose en el tipo de riesgo de suicidio obtenido en la valoración y las necesidades asociadas a este (Tipo de evidencia IV. «*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.). El objetivo de la movilización de recursos es la estabilización del riesgo inmediato y manejo de los síntomas para el riesgo suicida continuado.

Para la determinación de las prioridades, hay que considerar varios aspectos entre los que se encuentran la urgencia o gravedad de la ideación suicida, la necesidad de ayuda y el impacto clínico en la persona.

Para determinar las intervenciones correctamente se debe considerar el estado psicopatológico del usuario, el contexto y la capacidad de intervención sobre el riesgo suicida.

6.11 EJECUCIÓN

Es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados establecidos, siendo los resultados principales el autocontrol de impulso suicida, autocontrol del pensamiento distorsionado y el deseo de vivir, entre otros. En esta etapa, la enfermera suele enfrentarse a muchos retos, ya que el comportamiento suicida, el estado de ánimo, la afectividad o la cognición de los usuarios puede experimentar muchos cambios, a menudo imprevistos. Además, habrá que mantenerse alerta para establecer una relación de confianza, promover los puntos fuertes del usuario y establecer objetivos mutuos para promover su bienestar.

6.12 EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso continuo y formal. Es una valoración cuidadosa y deliberada de los distintos aspectos del cuidado del usuario, es la clave de la excelencia en la provisión de los cuidados de salud en la prevención de riesgo de ideación y comportamiento suicida. La enfermera se cerciorará que la observación y el seguimiento terapéutico reflejen el cambio en el riesgo de suicidio del paciente (Tipo de evidencia IV. «*Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*», s. f.).

6.13 CUIDADOS DE ENFERMERÍA: NANDA/NOC/NIC

A continuación, se describe la interrelación NANDA/NOC/NIC de los principales diagnósticos de enfermería implicados en el abordaje de la prevención del riesgo de suicidio en el paciente con depresión. (Tabla 12)

■ TABLA 12. **Cuidados de enfermería: NANDA/NOC/NIC**

NANDA	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
	00150	Riesgo de Suicidio	Susceptible de sufrir a una lesión autoinfligida que amenaza la vida

FACTORES DE RIESGO

CONDUCTUALES	PSICOLÓGICOS	SITUACIONALES	SOCIALES	VERBALES	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Acúmulo de medicamentos • Cambiar el testamento • Cambio notable de actitud • Cambio notable de conducta • Cambio notable en el rendimiento académico • Compra de un arma de fuego • Donar las posesiones • Hacer testamento • Impulsividad • Recuperación eufórica súbita de una depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilidad • Mal uso de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a armas • Pérdida de autonomía • Perdida de independencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Asilamiento social • Alteración de la vida familiar • Apoyo social insuficiente • Desesperanza • Dificultades legales • Duelo • Indefensión • Pérdidas de relaciones significativas • Problemas de disciplina • Soledad • Suicidios en grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazas de matarse • Manifiesta deseos de morir 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1408	Autocontrol del impulso suicida	Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio

CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado
140805	<ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza control de impulsos
140823	<ul style="list-style-type: none"> • Obtiene ayuda cuando es necesario
140812	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el autocontrol sin supervisión
140822	<ul style="list-style-type: none"> • Hace planes para el futuro
140813	<ul style="list-style-type: none"> • No intenta suicidarse

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
140303	• No responde a las alucinaciones o ideas delirantes		
140307	• Solicita la ratificación de la realidad		
140313	• Expone un contenido del pensamiento apropiado		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1206	Deseo de vivir	Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido		
120602	• Expresión de esperanza		
120609	• Utiliza estrategias para mejorar la salud		
120601	• Expresión de determinación de vivir		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1902	Control del riesgo	Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
190201	• Reconoce factores de riesgo personales		
190204	• Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas		
190208	• Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo		

NIC	CÓDIGO	INTERVENCIONES EN ENFERMERÍA
	6487	• Manejo ambiental: prevención de la violencia
	4370	• Entrenamiento para controlar los impulsos
	6340	• Prevención del suicidio
	8190	• Seguimiento telefónico
	6510	• Manejo de las alucinaciones
	7120	• Movilización familiar
	5330	• Control del estado de ánimo
	4354	• Manejo de la conducta autolesión
	6650	• Vigilancia
	5310	• Dar esperanza
	6450	• Manejo de las ideas delirantes
	6610	• Identificación de riesgos

NANDA	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
	00140	Riesgo de violencia autodirigida	Susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí mismas
Factores de riesgo		Población de riesgo	Problemas asociados
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Conflictos en las relaciones interpersonales • Conflictos sobre la orientación sexual • Ideas suicidas • Plan suicida • Preocupación laboral • Recursos personales insuficientes • Señales conductuales de intentos de suicidio • Señales verbales de intentos de suicidio 		<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de múltiples intentos suicidas • Edad ≥45 años. Edad 15-19 años • Estado civil • Ocupación • Patrón de dificultades en el entorno familiar • Adolescencia • Adolescentes que viven en entornos no tradicionales • Adultos mayores • Antecedentes de abuso infantil • Antecedentes de intento de suicidio • Antecedentes familiares de suicidio • Divorciados • En desventaja económica • Etnia caucásica. Etnia indio-americana • Género masculino. Adultos jóvenes • Institucionalización • Joven homosexual • Jubilación • Traslados • Viudedad • Vivir solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud física • Enfermedad terminal • Trastornos psiquiátricos

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1405	Autocontrol de los impulsos	Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
140501	• Identifica conductas impulsivas perjudiciales		
140512	• Mantiene el autocontrol sin supervisión		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
140303	• No responde a las alucinaciones o ideas delirantes		
140307	• Solicita la ratificación de la realidad		
140313	• Expone un contenido del pensamiento apropiado		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1406	Autocontrol de la mutilación	Acciones personales para reprimir las lesiones autoinflingidas intencionadas (no letales)
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
140606	• No se autolesiona		
140613	• Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento		
140608	• Obtiene ayuda cuando es necesario		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1214	Nivel de agitación	Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde grave hasta ninguno		
121401	• Dificultad para procesar la información		
121402	• Inquietud		
121409	• Se resiste a la ayuda		

NIC	CÓDIGO	INTERVENCIONES EN ENFERMERÍA
	6650	• Vigilancia
	4370	• Entrenamiento para controlar los impulsos
	6510	• Manejo de las alucinaciones
	*	• Intervenciones centrales
	6487	• Manejo ambiental: prevención de la violencia
	4354	• Manejo de la conducta: autolesión
	6450	• Manejo de las ideas delirantes

NANDA	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
	00124	Desesperanza	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho
Características definitorias		Factores relacionados	
<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad • Disminución de la emociones • Disminución de la iniciativa • Cambios en el patrón de sueño 		<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la actividad prolongada • Deterioro de la afección fisiológica • Estrés crónico • Pérdida de confianza en los valores trascendentales 	

En el abordaje enfermero de los pacientes con un trastorno depresivo e ideación suicida, se pueden identificar un grupo de intervenciones que forman parte de la práctica diaria asistencial y con ellas se pueden dar respuesta a varios diagnósticos reales o

potenciales. A fin de simplificar el plan de cuidados, se han agrupado en un solo epígrafe denominado "Intervenciones centrales" que agrupa las siguientes intervenciones NIC.

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1201	Esperanza	Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado		
120101	• Expresión de una orientación futura positiva		
120102	• Expresión de confianza		
120103	• Expresión de ganas de vivir		
120104	• Expresión de razones para vivir		
120105	• Expresión de significado de la vida		
120106	• Expresión de optimismo		
120111	• Demostración de entusiasmo por la vida		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1208	Nivel de depresión	Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde grave hasta ninguno		
120801	• Estado de ánimo deprimido		
120802	• Pérdida de interés por las actividades		
120804	• Concentración alterada		
120805	• Expresión de culpa inapropiada o excesiva		
120806	• Fatiga		
120835	• Pensamientos recurrentes de muerte		
120836	• Pensamientos recurrentes de suicidio		
120825	• Escasa higiene/cuidado personal		

Intervenciones centrales. NIC

CÓDIGO	
5250	• Apoyo en la toma de decisiones
4360	• Modificación de la conducta
4420	• Acuerdo con el paciente
5606	• Enseñanza: individual
5440	• Aumentar los sistemas de apoyo
5270	• Apoyo emocional
5400	• Potenciación de la autoestima
5340	• Presencia
5310	• Dar esperanza
5380	• Potenciación de la seguridad
5230	• Aumentar el afrontamiento
7140	• Apoyo a la familia (Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares)
5240	• Asesoramiento
4920	• Escucha activa
4380	• Establecer límites
4480	• Fomentar la autoresponsabilidad
6340	• Prevención de suicidio
5330	• Control del humor

6.14 CONCLUSIONES

- El profesional de enfermería tiene un papel de suma relevancia en el abordaje de los pacientes con depresión y en la prevención del suicidio. Su privilegiada posición de cercanía le convierte en un profesional clave, en cuanto al diagnóstico precoz de los indicadores suicidas y el abordaje posterior.
- Teniendo en cuenta la estructura explicativa multifactorial y el abordaje multiprofesional del suicidio, es importante conocer todo el proceso que transcurre en la persona con riesgo, desde los factores predisponentes, relacionados, hasta la consumación del acto, así como conocer las actuaciones enfermeras oportunas en cada fase o momento.
- El ambiente terapéutico ha de tomarse como una medida contenedora. La enfermera utilizará estrategias que guíen al paciente hacia la expresión de las emociones y los pensamientos que rodean la situación.
- La relación terapéutica con técnicas de comunicación asertiva y el desarrollo de competencias emocionales facilitarán el abordaje de las personas con depresión y riesgo suicida.
- El plan de cuidados de enfermería ayudará a fortalecer los factores de protección y luchar contra los factores de riesgo. La calidad y continuidad en los cuidados de enfermería sólo puede garantizarse bajo una aproximación científica, por lo que es necesaria más investigación y formación al respecto.

6.15 BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro R. (2002). Aplicación del Proceso Enfermero guía paso a paso. 4aed. Barcelona: Masson.
- Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. (s. f.). Recuperado 19 de diciembre de 2019, de <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). The Tidal Model: A guide for mental health professionals. New York: Brunner-Routledge.
- Beautrais, A.L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Theat Behav.* 34, 1-11.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier Health Sciences.
- Calderon, C., Mosquera, I., Balague, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Balaunzaran, J., Iruin, A. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y desafíos metodológicos de una meta revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública.* 88(1), 113-133.
- Caminero, P et al. (2012). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica". Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Carmona, MC., Pichardo, MC. (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* vol.20 no.6
- Carpenito LJ. (1995). Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5 a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004) "The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGSAR): developing a tool for clinical practice." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 11, 393-400.
- Eguiluz, L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación.* Iztacala, UNAM; 121-130.
- España. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de mayo de 2011, núm.123, pp. 51802.

- Fernández, R., Zurrón, P., Díaz, S., & Rodríguez, R. (s.f.). [Normalización del proceso de cuidados del paciente de Salud Mental]. Recuperado 16 septiembre, 2019, de <https://www.astursalud.es/documents/31867/754993/u%C3%ADa+de+normalizaci%C3%B3n+de+cuidados+a+pacientes+de+salud+mental.pdf/ea8b2084-1588-145c-ff32-71c96806f96a>
- Fornés, J. & Salgado, J. (2008). Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. 1ed. Madrid. Enfo ediciones. 599-644.
- Fraile M. (2015). Nurse case managers; The great unknown?. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. Elsevier; 42(1):1-3.
- Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, dirigida a profesionales sanitarios. (2014). Servicio Madrileño de salud.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraisi, Y., Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 175, 66-78.
- Jordan, M (2019) "Manual de planes de cuidado en enfermería psiquiátrica". Elsevier, 6ª edición, Barcelona 2019.
- Megías, F. & Serrano, MD. (2018) *Enfermería en psiquiatría y salud mental II* (pp. 598- 600).Barcelona: DEE editorial
- Mondéjar, O. (2017) *Estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en Atención Primaria* Publicación: ADDI (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Hidalgo, M., & Javier, F. (2017). Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería (Ph.D. Thesis, Universitat Rovira i Virgili).
- Moorhead, S; Swanson, E; Johnson, M., Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. Elsevier Health Sciences.
- NANDA International. (2018). *NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2018-2020*. Elsevier. España.
- New Zeland Guidelines Group (NZGG), (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*.
- Organización Mundial de la Salud: Departamento de Salud mental y Toxicología. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Ginebra.
- Oquendo, M., Currier, D., & Mann, J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151-158.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de Medicina general*, 15(2), 196-217.
- Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs. (2016) Madrid: Oficina Regional de coordinación de salud mental. Consejería de Sanidad.
- Womble, D. (2012) *Comunicación en la enfermería de salud mental*. En *Introducción a la enfermería de salud mental*. (Capítulo 7) 2ª edición Barcelona: Lippincott willians and wilkins.

La prevención del suicidio. Claves para su abordaje

El problema del suicidio a nivel mundial es una de las constantes en los informes de la Organización Mundial de Salud, que no sólo señalan el número de personas que muere al año en todos el mundo, sino la necesidad de abordarlo desde las políticas sanitarias para su prevención (Organización Mundial de la Salud, 2016). La necesidad universal de prevención del suicidio se constató en Helsinki en 2005 con la *Mental Health Declaration for Europe* (World Health Organization, 2005) de la OMS y el posterior *European Mental Health Pact* (European Commission, 2008) de la Comisión Europea, que recoge cinco acciones para la prevención del suicidio:

- Mejorar la capacitación de profesionales de la salud y profesionales clave en materia social en salud mental.
- Restringir la accesibilidad a posibles medios letales.
- Concienciar al público general, los profesionales de salud y otros sectores claves sobre la salud mental.
- Tomar medidas para reducir los factores de riesgo de suicidio, como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas y la exclusión social, la depresión y el estrés
- Facilitar vías de ayuda tras un intento de suicidio y para aquellos que sufren el suicidio, como líneas de apoyo emocional.

Estas líneas se recogen y amplían por el *National Suicide Prevention Taskforce in Europe Evidence-Based Suicide Prevention Program* (Zalsman et al., 2017) para facilitar su implementación en las políticas sanitarias. En este consenso se señala que los

AUTORÍA

PILAR ALEJANDRA SÁIZ. Catedrática de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, España.

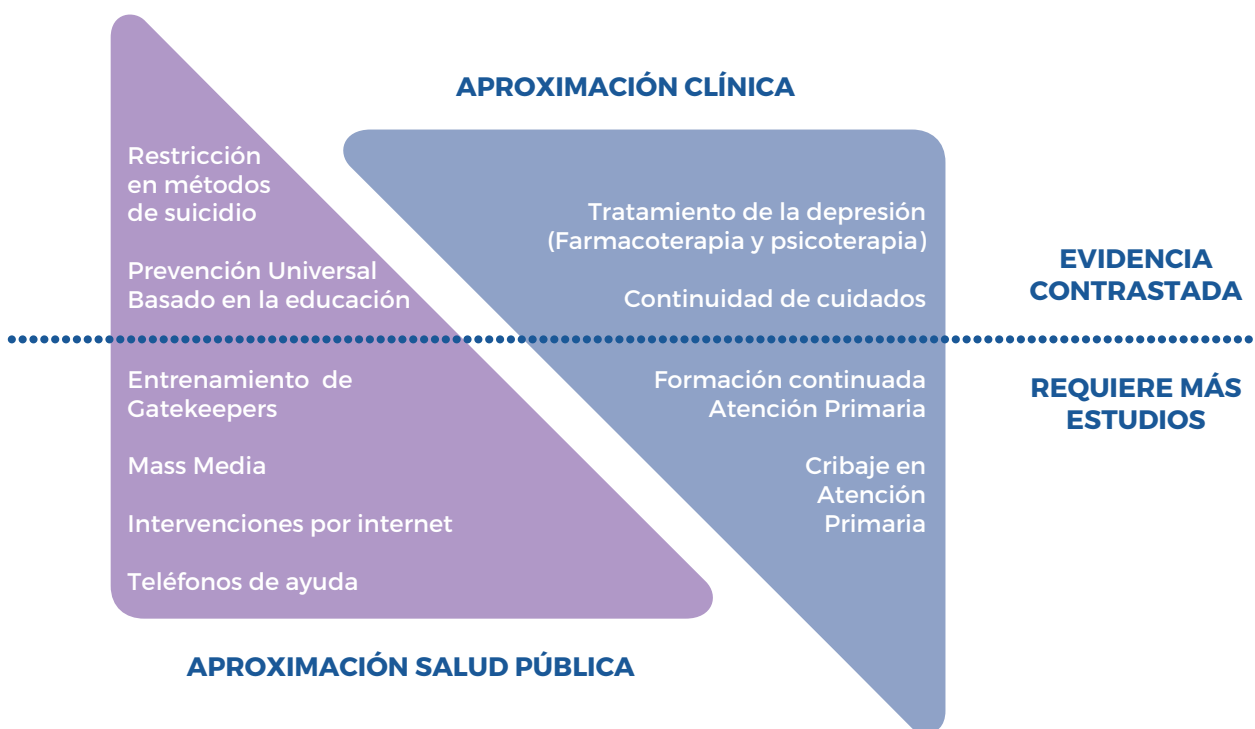
LUCAS GINER JIMENEZ. Profesor Titular. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.

programas preventivos a nivel nacional deben tener en cuenta las estrategias que han demostrado su utilidad y que pueden dividirse en dos aproximaciones complementarias: estrategias de políticas de salud pública y estrategias de atención médica (Figura 12).

A pesar del reconocimiento por partes de las agencias internacionales en Salud, desde entonces, son tan sólo 38, los países que han incluido entre sus estrategias de Salud la prevención del suicidio (*World Health Organization, 2020*). **España está entre esos países, con la prevención del suicidio como uno de los objetivos fundamentales recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y en la que la próxima edición previsiblemente también la recogerá. Sin embargo, a pesar de estar incluido este objetivo, no se ha materializado en ningún programa preventivo a nivel nacional y con escasos programas locales o provinciales, lo cual nos ubica en este aspecto muy por debajo de los países de nuestro entorno (Saiz et al., 2011).**

El primer plan de acción sobre salud mental de la OMS, en 2013, recogía específicamente reducir en un 10% la tasa de suicidio global en 2020. Lógica-

mente, la prevención del suicidio tiene como objetivo fundamental disminuir al máximo el número de muertes, pero también las consecuencias de los actos suicidas y el sufrimiento que toda conducta suicida implica al protagonista y a su entorno. La conducta suicida no es una población homogénea, sino que puede entenderse como un *continuum* que va desde la ideación al suicidio o bien poblaciones distintas que comparten factores de riesgo en común. El intento de suicidio es el factor de riesgo conocido más importante para el suicidio consumado, por lo que la prevención del intento implica la del suicidio. Esto hace que en la prevención se entremezclen actuaciones de identificación y prevención de cualquiera de las anteriores para evitar que se produzcan o que vayan a más. Los datos en la actualidad distinguen tanto variables sociodemográficas como clínicas entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados, pero siguen sin establecer las fronteras clínicas entre ambas más allá del resultado. Sin embargo, el número de sujetos con ideación o de intentos de suicidio es abrumador. En este sentido, sabemos que, aunque la prevalencia de la ideación suicida es difícil de establecer, los estudios la estiman en una prevalencia del 5.8% para los 12 meses previos y del 10.6% a lo largo de la vida en población general (Liu et al.,



■ FIGURA 12. Estrategias con utilidad demostrada para la prevención del suicidio en la atención de salud mental y en enfoques de salud pública. Modificado de Zalsman et al., 2017

2020). Tampoco es fácil valorar la cifra de incidencia de intentos de suicidio, pero la estimación más aceptada de entre 10 y 30 veces más frecuentes que el suicidio consumado (Bachmann, 2018). En nuestro medio, esta proporción detectada es menor, con cerca de 4 suicidios por cada suicidio. Así, la incidencia de intentos de suicidio de 39.3 y de 43.6 por 100.000 habitantes en varones y mujeres respectivamente, siendo las edades comprendidas entre los 40 y 44 años, la que mayor tasa de intentos de suicidio presentan con 60.8 intentos por 100.000 habitantes (Mejias-Martin et al., 2019).

Por otro lado, está la posvención, la atención a los supervivientes, que es como se conoce a las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, ya sean familiares o allegados. Además de ser una población con mayor riesgo suicida por distintos motivos y que no es el objeto de este capítulo, la atención a esta población es una necesidad íntimamente relacionado con la conducta suicida y como consecuencia de la misma (Testoni et al., 2019).

7.1 ASPECTOS PARTICULARES DE LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Uno de los mayores problemas en la prevención del suicidio es la baja sensibilidad y especificidad de los factores de riesgo identificados por sí solos (Lennon, 2019), lo que implica una capacidad predictiva bajísima (Franklin et al., 2017), incluso usando escalas específicas (Quinlivan et al., 2016) o marcadores biológicos (Chang et al., 2016). Uno de los motivos es la heterogeneidad indicada anteriormente, pero esto se debe a las dificultades de conceptualización y delimitación de la conducta suicida (Turecki & Brent, 2016). Por otro lado, está que la mayoría de los datos en que se basan los factores de riesgo proceden de poblaciones con intentos de suicidio en lugar de suicidios consumados. El problema de estudiar el suicidio consumado es que no es posible obtener información del afectado y en los estudios de cohortes, las evaluaciones pueden ser muy lejanas en el tiempo con la muerte. En este sentido la autopsia psicológica es un método reconocido como fiable para caracterizar a los suicidas, ya que recoge datos clínicos a través de los familiares (Sher, 2013) y ofrecen una oportunidad para combinar otras aproximaciones a la investigación suicida como los factores biológicos (Maung, 2020). En definitiva, el estudio de la conducta suicida debe ser multidisciplinar e

integrativo para poder discernir lo propio de la biología, lo diferencial de las culturas y la interacción entre ambos para poder plantear programas de intervención mejor diseñados (Lennon, 2019).

7.2 MODELOS DE PREVENCIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA

Para poder elaborar cualquier plan preventivo hay que saber qué es lo que queremos prevenir, por lo que habría dos pasos fundamentales: conocer la magnitud y caracterizar el problema.

Conocer la magnitud permite un diseño acorde y realizar la evaluación de la acción realizada. En este sentido, tener datos del número de personas que se suicidan o que lo intentan en un territorio y periodo concreto es fundamental y es el primer escollo a solventar. A nivel mundial existen numerosos en España, a pesar de estar entre los países con una recogida de datos más fiable en cuestión de mortalidad, realizado por una entidad a través del Instituto Nacional de Estadística, el número de suicidios está también infravalorado. Esto se debe a que a las márgenes de error en la gestión de datos y a las características intrínsecas del diagnóstico de suicidio, en que se producen falsos negativos inevitables (Giner & Guija, 2014). El conocer los datos en crudo y elaborados permite evaluar los programas preventivos, por lo que es un requisito *sine qua non*.

El siguiente paso, caracterizar el problema implica identificar los factores de riesgo implicados. En este sentido las variables demográficas, sociales, clínicas, vitales asociadas permite la creación de programas específicos sobre poblaciones concretas. En este sentido, una etiología multifactorial y compleja implica una prevención en se actúe en el máximo número factores posibles, cada uno con su propio peso y que la actuación conjunta sobre en ellos suponga una acción sinérgica.

7.3 PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

La clasificación clásica de las categorías de la prevención vienen de mediados del s XX, cuando la Comisión de Enfermedades Crónicas las dividió en primaria, secundaria y terciaria (*Comission on Chronic Illmess*, 1957). Esta clasificación ha llegado a nuestros días y supone que la prevención primaria

se centra en acciones aplicadas antes de que aparezca cualquier indicio de la enfermedad, de forma que no aparezcan nuevos casos, es decir, actuando sobre la incidencia. El objetivo no son sujetos concretos sino poblaciones más o menos amplias. La prevención secundaria tiene como objetivo que, una vez originada la enfermedad, se revierta, frene o no evolucione negativamente y, por tanto, no ocasione discapacidad; este concepto se relaciona con la prevalencia de la enfermedad. Por último, en la prevención terciaria, ya ha aparecido discapacidad y/o sufrimiento originado por la enfermedad, pero se intenta que no progrese y no empeore.

Aplicando este modelo al suicidio, la **prevención primaria** estaría conformada por programas de sensibilización y concienciación sobre el suicidio y la salud mental. Los grupos a los que puede ir dirigido pueden ser tan amplios como la población general, como colectivos más concretos, como sería en estudiantes, comunidades religiosas, agrupaciones vecinales, colegios profesionales, etc. Se incluirían en estos casos los grupos de apoyo ocupacional dirigidos a colectivos con elevado riesgo suicida como los médicos, farmacéuticos, policías, militares, granjeros, etc. Por otro lado, programas de entrenamiento en habilidades relacionadas con factores de protección como son la resolución de problemas, la resiliencia, el manejo del estrés, la identificación y gestión de las relaciones tóxicas, etc. Favorecen que situaciones vitales sean afrontadas de forma que no genere problemas afectivos reactivos. Asimismo, talleres de promoción de la salud en general, con programas para dejar el tabaco, favorecer hábitos saludables, inciden sobre factores relacionados con una mejor salud en general y psíquica en general. Otras formas de prevención primaria competen los profesionales relacionados con la comunicación ya sean periodistas, y cómo deben transmitir contenidos relacionados con el suicidio, u otros profesionales que en ocasiones deben ser divulgadores de situaciones de salud general. Por último, hay unas acciones de prevención primaria que competen directamente al poder legislativo y ejecutivo, ya que implica la regulación de la legislación y de estrategias de Salud. En este ámbito estarían la restricción de medios letales (p. ej. legislación de armas, pesticidas, gases, fármacos de alta letalidad; barreas en puentes, vías de tren o autopistas), política sanitaria de accesibilidad a la salud (número y tipos de dispositivos salud mental, ratio de profesionales-población, disponibilidad de tratamientos, entre otros), regulación de tóxicos legales. Como se

puede fácilmente comprender, aquí se incluirían las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, promoción de la salud y dificultar el acceso a métodos de suicidio.

La **prevención secundaria** implica que ya ha aparecido una situación que implica un mayor riesgo de cualquier tipo de conducta suicida. Así, estaría encaminada a detectar a aquella población con factores de riesgo o con sintomatología que esté relacionada con el suicidio. La prevención en este ámbito está encaminada en entrenar y enseñar a distintas poblaciones a que conozca e identifique en otra población diana a aquellos individuos con riesgo. Como prevención secundaria estarían todos los programas de capacitación, enseñanza, entrenamiento, reciclaje de profesionales en la detección de sujetos a su cargo con riesgo de suicidio. Los dos ejemplos más importantes estaría en los programas de entrenamiento en los facilitadores o guardianes comunitarios (*gatekeepers*) y los programas de formación continuada en profesionales de la salud. Los programas con *gatekeepers* implican la adquisición de conocimientos y habilidades pueden identificar a personas de su entorno (escuelas, lugar de trabajo, clubes deportivos, prisiones...) con riesgo de suicidio de forma que pueda derivarlos a los dispositivos adecuados lo antes posible y así recibir la ayuda que requiera por parte de un profesional. Por otro lado, los programas de formación continuada en profesionales de la salud, incluida la salud mental, e implica un reciclaje constante en conocimientos y habilidades para detectar personas con riesgo de suicidio entre los pacientes y sus familiares. En este caso, además de adelantar una posible derivación, permite actuar si fuera preciso mediante el diagnóstico y tratamiento de posibles trastornos mentales implicados.

La última categoría clásica, la **prevención terciaria**, al tener como objetivo que la aparición de ideación suicida no pase a acto suicida y si éste último ya ha aparecido, que no se repita. Para ello, habrá que identificar la causa subyacente y corregirla o al menos amortiguar el efecto que tiene en los deseos de muerte. Esto se consigue en muchos casos mediante el seguimiento, tratamiento y rehabilitación adecuados del trastorno asociado y las disfuncionalidad social que conlleve. La mala evolución de los trastornos mentales, además de favorecer la aparición de otros factores de riesgo, suele disminuir los factores protectores, por lo que el sufrimiento mental (dolor psíquico), junto con el retraimiento

social puede generar un círculo vicioso. Además, si ampliamos el concepto de aparición de conducta suicida en el entorno, la prevención terciaria puede ser también efectiva en supervivientes (Jordan, 2017). La prevención a este nivel implica primordialmente a la atención en salud mental multidisciplinar e implicando en la medida de lo posible a la familia, de forma que la asistencia se realice desde distintas perspectivas y niveles con más o menos intensidad según se necesite.

7.4 PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVO, INDICADO

El modelo de prevención primaria, secundaria y terciaria se quedó obsoleto, tal y como indica Gordon a principios de los 80, en la aplicación del modelo biopsicosocial para la enfermedad en la actualidad, en la que el origen biológico no sea identificable, más aún en cuando quiere clasificar las acciones preventivas basadas en distintos aspectos epidemiológicos (Gordon, 1983). Este modelo iniciado por Gordon y perfilado para los trastornos mentales por el Instituto de Medicina de Washington (Haggerty & Mrazek, 1994), se centra en la valoración del riesgo-beneficio para distintos grupos poblacionales diana. De este modo, está la prevención universal, que se dirige a la población general o sin identificar previamente. La prevención selectiva, donde la población diana es aquella que tienen un riesgo significativamente superior a la población general de que aparezca un trastorno mental. La prevención indicada se centraría en sujetos con un riesgo alto en las que se han detectado signos o síntomas propios del inicio de un trastorno mental; aquí se incluirían aquellos marcadores biológicos o psicológicos, incluidos los endofenotipos descritos por Gottesman y Gould (Gottesman & Gould, 2003) que se asocian a un trastorno o un espectro sindrómico. A su vez, cada una de las categorías de prevención, pueden tener acciones biopsicosociales, ambientales o socioculturales entre otras (Large, 2018).

La prevención universal en el suicidio tiene en su objetivo está el actuar sobre toda la población, genéricamente consiste en aumentar los factores protectores y reducir o controlar los de riesgo. Por tanto, son intervenciones poblacionales, como son las normativas sanitarias que limitan el número de comprimidos por envase de determinadas moléculas o la restricción y control en la posesión de armas de fuego (Large, 2018).

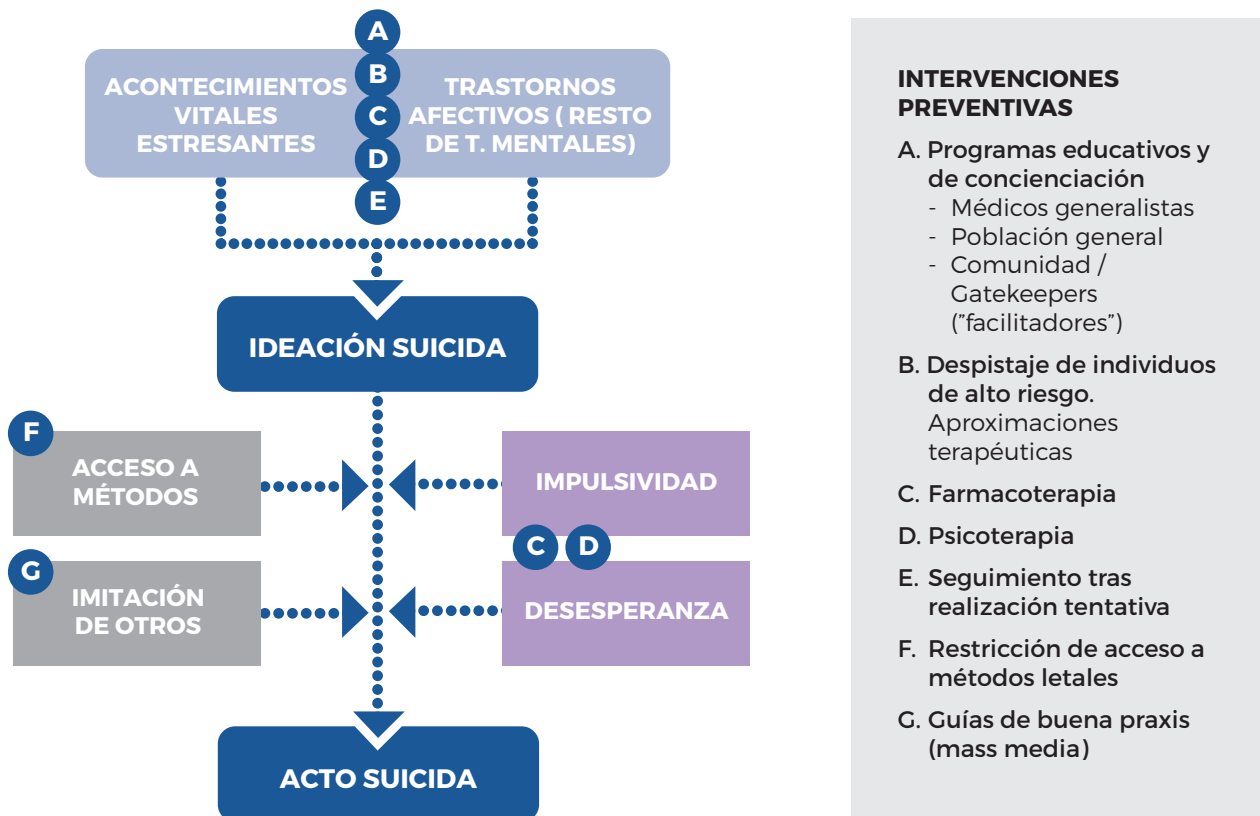
La *prevención selectiva*, al estar dirigida a una población ya identificada como de riesgo suicida, ya sea por la clínica, por su entorno, por edad, etc. Es decir, la presencia de clínica no es indispensable. Son las características del grupo (separación matrimonial, antecedentes familiares de suicidio, militares) lo que determina tener un mayor riesgo y ser la que se selecciona para este nivel preventivo. Así programas de prevención selectiva es la que se realiza sobre personas con patología mental u otra (Large, 2018).

Por último en este modelo, la estrategia *indicada* se centra en la acción sobre el individuo concreto, en que ya han aparecido síntomas en mayor o menor medida, que se relacionan con una situación clínica con riesgo de suicidio (Large, 2018). En este sentido, estaría el seguimiento psiquiátrico de personas con patología asociada a un mayor riesgo suicida, como la depresión, el trastorno bipolar o la esquizofrenia entre otros. Asimismo, se encuadraría en esta prevención el seguimiento intensivo de sujetos con intentos de suicidio (Fossi et al., 2020).

7.5 PLANES PREVENTIVOS

La prevención de una conducta en la que las causas son tan complejas no puede ser simple ni única, por lo que la aproximación debe ser multidisciplinar, a varios niveles y de forma integral. Lógicamente, la prevención más efectiva se debe adaptar a la población sobre la que se quiere intervenir, por lo que hay que tener muy en cuenta la edad, la cultura, las posibles patologías asociadas, entre otros factores. **Todos los programas requieren un diseño con objetivos a corto, medio y largo plazo que puedan evaluarse. Una forma de ir implementando los programas preventivos hasta que cubran a toda la población son las acciones más o menos focalizados, ya sea en territorio o en poblaciones más vulnerables al suicidio.**

A continuación, se describirán brevemente los principales planes que han demostrado tener efectividad. Entre ellos destacan tres líneas de actuación por su tener un impacto demostrado en distintas poblaciones y en distintos periodos a la hora de reducir las tasas de suicidio. Como se puede ver en la figura 13, serían la restricción de acceso a los métodos suicidas, la sensibilización social, la concienciación en salud mental en las escuelas, la implicación de los profesionales de los *mass media* a la hora de abordar noticias relacionadas con el suicidio, la formación



■ FIGURA 13. **Dianas de las estrategias de prevención del comportamiento suicida. Modificado de Mann et al., 2005**

en identificación de factores de riesgo para *gatekeepers*, y el reciclaje de los profesionales de atención primaria y el seguimiento en la atención a las personas con un intento de suicidio y el tratamiento de los trastornos mentales (Zalsman et al., 2016; Zalsman et al., 2017). La prevención realizada a través de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos sobre los trastornos mentales y sobre los rasgos psicológicos más implicados con el riesgo como la desesperanza y la impulsividad no se expondrán al salirse por complejidad y extensión de los objetivos de este capítulo. Por otro lado, otros tipos de medidas en otros campos pueden afectar positivamente a la prevención del suicidio. Así, las políticas sobre el empleo y el tiempo libre, leyes de salud pública, de riesgos laborales, de prevención del consumo de tóxicos, tendrían indirectamente un efecto favorable en la salud en general y mental en particular.

7.5.1 Implicación de los mass media

Los medios de comunicación deben estar implicados en la prevención del suicidio de distintas formas (Torok et al., 2017). La primera sería la forma

que tienen de transmitir noticias relacionadas con el suicidio, ya sea de forma general, como de las noticias relacionada con un suicidio de alguien en concreto. Así, el suicidio de alguna persona famosa, se sabe que aumenta las tasas de suicidio de población que pueda sentirse identificada (Lutter et al., 2019), por lo que se recomienda no incluir detalles del acto que no aportan nada a la noticia. La OMS tiene una publicación al respecto, en que se recogen todas las recomendaciones para la gestión de las noticias en la que aparezca el suicidio de alguna forma (Organización Mundial de la Salud, 2020). Como queda recogido, cuando se hablen de noticias o temas de actualidad relacionados con el suicidio, no se debe simplificar en causas lineales del motivo del suicidio y es una oportunidad para indicar la posibilidad de prevenir estas conductas y sensibilizar con la identificación de otros casos y factores tratables, como la patología psiquiátrica y el consumo de tóxicos, para favorecer una adecuada atención, así como y si señalar las posibilidades de prevención a través de identificación de señales de alerta y factores tratables como la patología psiquiátrica o el consumo de tóxicos. En los últimos años, parece que ha habido una concienciación

general y los medios cumplen estas recomendaciones más frecuentemente (McTernan et al., 2018).

7.5.2 Restricción de acceso a métodos letales

El método de suicidio no es algo que se distribuya de igual manera en todos los países, y una de las variables que afecta a estos porcentajes es la accesibilidad del método y su letalidad. Así, a nivel mundial, el método más frecuente es la toma de pesticidas, método muy accesible en países asiáticos y en Latinoamérica y con una alta letalidad. Por otro lado, en Europa es la asfixia mecánica el método más elegido en primer lugar, seguido de la precipitación, especialmente frecuente en áreas urbana. La elección del método de la tentativa suicida o del suicidio consumado se relaciona en gran medida con la accesibilidad que se tenga y a factores sociodemográficos (Kolves et al., 2018). Así en EE. UU. uno de los métodos de intento de suicidio más usados son las armas de fuego o los pesticidas en países orientales, ambos métodos tienen una elevada letalidad (Organización Mundial de la Salud, 2012). Se ha observado que cuando se restringe la facilidad para acceder a distintos métodos de suicidio hay una disminución de las tasas de suicidio en general, ya sea en las armas de fuego (Balestra, 2018; Lubin et al., 2010), se ha disminuido la toxicidad de los gases del motor de coches (Nordentoft et al., 2007), o dificultado el acceso a lugares de los que arrojarse o precipitarse (Zalsman et al., 2016; Kim et al., 2019), con ejemplos tristemente famosos como los suicidios en el puente *Golden Gate* de San Francisco, el *Empire State Building* en Nueva York, o la Torre Eiffel de París. Sin embargo, no todos estos métodos son efectivos, como indica que el control de almacenamientos de pesticidas no redujo la tasa de suicidios (Pearson et al., 2017), lo que señala como más efectivo el control en la venta de los plaguicidas más letales (Eddleston & Gunnell, 2020). A un nivel más local, en las cárceles se retira del uso de los reclusos objetos que pueden servir para asfixiarse, lo que contribuye a reducir la incidencia de suicidios (Eck et al., 2019). Asimismo y ampliamente usado, están las restricciones en la compra de fármacos con alta letalidad, como es la venta de analgésicos con menor número de comprimidos o con menor concentración, además de la restricción de ventas en barbitúricos y el uso de fármacos menos tóxicos, aunque no parezca disminuir los intentos de suicidio mediante este método (Morthorst et al., 2018).

7.5.3 Educación general

La sensibilización de la población general puede hacerse a través de campañas generales de educación/sensibilización en la que los *mass media* también juegan un papel fundamental si están implicados. En general, estas campañas tienen como objetivos la sensibilización del problema del suicidio y de la enfermedad mental lo que ayuda a disminuir la estigmatización de la persona con enfermedad psíquica (van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Alguna de estas iniciativas se ha centrado específicamente sobre el problema del suicidio. Los programas que se han implementado difieren, al igual que otras medidas preventivas, en el grupo poblacional en que se actúa, así programas de concienciación comunitaria, como es el caso en España del teléfono de la Esperanza, que también es la organización responsable de la mayor línea de ayuda en España (Teléfono de la esperanza, 2017). Así, las charlas de divulgación en centros educativos o de trabajo, van encaminados a la prevención a través de identificación de la situación de riesgo y, a la vez, transmitir vías para atender a personas que se encuentren en esa situación. Por otro lado, las ayudas vía telefónica o internet, en la que requiere una búsqueda activa de ayuda, establecen un asesoramiento por parte de voluntarios capacitados y es aceptado en todo el mundo por brindar un apoyo efectivo (Hoffberg et al., 2019). A pesar de que los resultados de estas campañas no parece que tengan un efecto en las tasas de suicidio, pero sí producen un beneficio en cuando la que sensibiliza a un conocimiento de la depresión y del problema que supone suicidio, así como la aceptación social de personas con enfermedad mental (Abi Doumit et al., 2019).

Merece un especial énfasis el programa escolar de prevención a través de la concienciación sobre la salud mental *Youth Aware of Mental Health* (YAM). Un programa de alta aplicabilidad por su aceptación y satisfacción entre los alumnos, padres y profesores (Lindow et al., 2019) y con coste-beneficio muy favorable (Ahern et al., 2018). Sus buenos resultados se deben a que incide en una reducción de los intentos y de la ideación de suicidio grave a través de favorecer estrategias de afrontamiento positivas como la búsqueda de ayuda y el aprendizaje y reducir las negativas (Kahn et al., 2020).

7.5.4 Entrenamiento de los gatekeepers

La formación de *gatekeepers* (o su traducción en facilitadores o guardianes) está a medio camino entre el entrenamiento a profesionales sanitarios y la educación general. Serían personas importantes en la comunidad que media entre los dispositivos y el resto de la comunidad de una forma proactiva. En el caso de la prevención de la conducta suicida serían personas que están integradas en la comunidad con capacitación especial que les confiere conocimientos básicos sobre los factores de riesgo y cómo actuar en caso de identificar a personas con riesgo. Estas personas dependen de la cultura, pero los educadores, trabajadores sociales, voluntarios en organizaciones no gubernamentales o enfermería son figuras universales. Además, dependiendo del tipo de comunidad, las figuras religiosas o superiores militares también se incluyen entre los *gatekeepers*. Esta ayuda no sólo es válida en lugares donde el acceso sanitario es difícil, sino en todos los ámbitos y edades. La adquisición de habilidades de los *gatekeepers* consiste fundamentalmente en saber identificar señales que indiquen que una persona esté con pensamientos suicidas y sepa ayudarle a dirigirse a los dispositivos adecuados. Estos programas parecen ser efectivos, al menos en comunidades específicas, especialmente en la escolar (Holmes et al., 2019; Mo et al., 2018).

7.5.5 Formación continuada de los médicos de atención primaria

El reciclaje en Salud Mental por parte de los profesionales sanitarios que ocupan la Atención Primaria se basa en dos hechos comprobados: la mayoría de los suicidios habían tenido contacto con su médico de familia en el año previo y muchos de ellos no tenían diagnóstico alguno y, por ende, ningún tratamiento. El contacto con Atención Primaria es de alrededor del 80% de los casos en el año previo y un 44% en el mes previo, lo cual hace pensar que no se ha detectado el problema de forma correcta (Stene-Larsen & Reneflot, 2019). Para tener habilidades de diagnóstico es necesario poseer los conocimientos necesarios. Además, el hecho de que la media con la que los suicidas han contactado en la vida es del 57% y un 31% en el año previo a su muerte (Stene-Larsen & Reneflot, 2019) señala que es mucho más probable que tengan contacto con el médico de primaria que con un profesional en salud mental. Otra lectura

de estos datos, es que casi la mitad, no ha estado en contacto nunca con salud mental y dos tercios no han tenido atención especializada en el último año, lo que concuerda con los estudios de autopsia psicológica, donde se detecta que la mayoría de los suicidios no estaban en seguimiento en Salud Mental y no tomaban tratamiento en el momento de la muerte (Methling et al., 2019; Stene-Larsen & Reneflot, 2019). Por tanto, **la opción de reciclar al colectivo médico de primaria es una buena oportunidad para la prevención del suicidio. En esta línea hay cuatro acciones fundamentales: la formación de los profesionales, el cribaje habitual de riesgo de suicidio o de trastornos del humor, el manejo clínico de los síntomas depresivos, y la valoración y manejo del riesgo de suicidio** (Deweke et al., 2018). Se ha visto que incluso intervenciones únicas pueden ser beneficiosas a efectos preventivos (Knox et al., 2012). En general, los programas que han incluido este tipo de actuación, han resultado en una disminución de la tasa de suicidio (Zalsman et al., 2016), más aún, sabiendo que a mayor accesibilidad de salud mental, menor tasa de suicidio, ya sea por el número en sí como por una mayor prescripción de antidepresivos en lugar de ansiolíticos (Korosec et al., 2013). Todo esto iría a favor de una mayor formación en salud mental entre el resto de médicos de forma que se realice un tratamiento adecuado de las patologías asociadas al suicidio, incluyendo una detección más temprana e intervenciones específicas dirigidas a los grupos de alto riesgo.

7.6 SEGUIMIENTO INMEDIATO TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO

Después de la atención en urgencias o tras el ingreso hospitalario de un acto suicida, es muy recomendable realizar un seguimiento ambulatorio. El paso de un dispositivo a otro favorece que el paciente abandone el seguimiento y deje el tratamiento. Una opción puente entre la atención ambulatoria habitual y el medio hospitalario es una opción propuesta (Giner et al., 2016), de forma que se pueda adaptar a las necesidades específicas de esta población en cuanto al tratamiento y la frecuencia en la atención. Es importante conocer que estas personas que se han intentado suicidar, tienen factores de riesgo que suponen un obstáculo para el seguimiento, como son la impulsividad, la hostilidad, la alteraciones relacionadas con la toma de decisiones, la disregulación emocional, la hipersensibilidad al rechazo social y la

menor percepción de apoyo social. Mas de la mitad de estos sujetos no hace un seguimiento mayor de una semana. Además, el riesgo de suicidio es muy alto en el primer año tras el alta y más aún en el mes posterior (Geulayov et al., 2019), de hecho, casi la mitad realizan otro intento al mes del alta hospitalaria y antes de la primera visita de seguimiento (Courtet et al., 2011). Por tanto, es muy recomendable que la atención psiquiátrica en estos casos se más proactiva y tomar la iniciativa en el contacto. Se debe en este periodo, diferenciar los factores asociados con la ideación suicida frente a aquellos relacionados con el paso al acto en un intento de suicidio (Nock et al., 2010), así como la presencia de síntomas que suelen preceder el paso al acto, como el atrapamiento, la alteración afectiva, la pérdida de control cognitivo, la hiperactivación y el retraimiento social (Schuck et al., 2019). De forma paralela al seguimiento presencial, que puede ser algo más frecuente al principio, se han realizado estudios en que se contacta con el sujeto de forma periódica por distintos medios (por correo o por teléfono) y demuestran una menor recidiva de intentos de suicidio (Viava et al., 2018).

7.7 ACCIONES SINÉRGICAS

Los programas preventivos deben realizarse de forma multidisciplinar y a distintos niveles, de forma que los resultados obtenidos sean el fruto sinérgico de todas las acciones. Así, uno de los programas pioneros, el programa *Nuremberg Alliance against Depression* (NAD) (Hegerl et al., 2006) tenía distintos poblaciones como objetivos: 1) Médicos de atención primaria 2) campaña informativa general sobre la depresión 3) cooperación con los *gatekeepers* 4) promoción de grupos de autoayuda. Los resultados demostraron una reducción de cerca del 20% de conducta suicida (intentos de suicidio y suicidio consumado). Bajo estos datos se inició el proyecto *European Alliance against Depression* (EAAD) en distintos países, incluida España y posteriores intervenciones (Hegerl et al., 2019). En España podríamos citar la creación de la Sección de Suicidología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, el programa preventivo del suicidio juvenil de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid y el 'Plan sectorial de prevención y atención de las conductas suicidas' de la Junta de Castilla y León. El estudio llevado a cabo por la OMS, SUPRE-MISS (*Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*) indica las influencias que tiene la cultura y la organización del sistema

sanitario en la concepción y la posible prevención de la conducta suicida en Europa (Bertolote et al., 2010). En resumen, **la prevención actual tiende a la creación de centros y organizaciones especializadas o secciones, en la prevención del suicidio ya sean a nivel local como nacional, lo que permitiría el desarrollo de redes internacionales que incluyan profesionales e investigadores.**

7.8 LÍNEAS FUTURAS

Resulta obvio tener que incluir internet y las tecnologías relacionadas con los dispositivos móviles para la prevención del suicidio. Una búsqueda del término "suicide" en google arroja una cifra de más de 700 millones de páginas y 50 millones si es en castellano. Entre los resultados hay material científico, divulgativo, de asociaciones de prevención, de grupos de ayuda... pero también hay otras páginas dedicadas a comentar los métodos más letales, de pactos suicidas, de imágenes relacionadas, etc. (Lee & Kwon, 2018; Niederkrotenthaler & Till, 2019). Asimismo, no es de extrañar que hayan aumentado las comunicaciones de métodos de seguimiento novedosos que usan chats para intervenciones en crisis (Predmore et al., 2017) o aplicaciones (App) para monitorizar el riesgo de suicidio en distintas poblaciones, sin embargo, no están supervisadas ni han demostrado ser efectivas mediante ningún estudio (O'Toole et al., 2019; Zlasman et al., 2016).

Algunos grupos han podido integrar los planes preventivos de seguimiento con programas que se basan en internet o en los dispositivos móviles de las personas con intentos para hacer un seguimiento más exhaustivo y cómodo. Así, en Francia llevan varios años con la implementación primero con cartas, después con SMS y con evaluación ecológica momentánea (App Emma) (Berrouiguet et al., 2018; Vaiva et al., 2018). Algunos resultados han salido y con buenas perspectivas de futuro con participación alta y ausencia de iatrogenia (Giner et al., 2016).

7.9 CONCLUSIONES

- La conducta suicida es un conjunto heterogéneo de situaciones psicológicas complejas que incluyen la ideación suicida, la planificación suicida, el intento de suicidio y el suicidio. La prevención del suicidio se basa en la prevención de todas las conductas relacionadas.

- La prevención debe ser simultánea en varios niveles. Según la población donde actúe o el tipo de conducta suicida se denominará universal, selectiva e indicada, o bien primaria, secundaria y terciaria respectivamente.
- Entre las medidas más efectivas en la prevención del suicidio se han identificado los programas de concienciación, educación y formación (población general, en las escuelas, *gatekeepers* y sanitarios), seguimiento de sujetos con tentativas y las restricciones en los métodos letales.
- La accesibilidad que permite internet y los dispositivos móviles en la actualidad abre una puerta a nuevas formas de prevención, más cómodas, a menor coste y posiblemente efectivas, aunque hace falta un mayor número de estudios al respecto, hace ser optimista para el futuro.

7.10 BIBLIOGRAFÍA

- Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al. (2019) Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*;14(9):e0222172.
- Andersen SL, Teicher MH. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends Neurosci*; 31: 183-91.
- Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H, et al. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;27(10):1295-304.
- Bachmann S (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*;15(7).
- Balestra S (2018). Gun prevalence and suicide. *J Health Economy*;61:163-77.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. (2010). Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*;31(4):194-201.
- Berrouiguet S, Larsen ME, Mesmeur C, Gravey M, Billot R, Walter M, et al. (2018) Toward mHealth Brief Contact Interventions in Suicide Prevention: Case Series From the Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*;6(1):e8.
- Chang BP, Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, et al. (2016). Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Transl Psychiatry*;6(9):e887.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. (2011). The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*;1.
- Dueweke AR, Bridges AJ (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Fam Syst Health*;36(3):289-302.
- Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. (2019). Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Med*;48(1 Pt 1):46-54.
- Eddleston M, Gunnell D (2020). Preventing suicide through pesticide regulation. *The Lancet Psychiatry*;7(1):9-11.
- European Commission. European (2008). *Pact for Mental Health and Well-being*, EU High-Level Conference "Together for Mental Health and Well-being". Bruselas 12-13 June 2008.
- Fossi Djembi L, Vaiva G, Debien C, Duhem S, Demarty AL, Koudou YA, et al. (2020). Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC Psychiatry*;20(1):26.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*;143(2):187-232.
- Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, et al (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry*;6(12):1021-30.
- Giner L, Guija JA (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Mental*;7(3):139-46.
- Giner L, Root CW, Courtet P (2016). Monitoring, Evaluation, and Referral of Patients with Suicide Risk Upon Hospital Admission. In: P. C, editor. *Understanding Suicide*: Springer, Cham; 435-46.
- Gordon RS (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*;98(2):107-9.
- Gottesman II, Gould TD (2003). The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*;160(4):636-45.

- Haggerty RJ, Mrazek PJ (1994). Can we prevent mental illness? *Bull N Y Acad Med*;71(2):300-6.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *PsycholMed*;36(9):1225-33.
- Hegerl U, Maxwell M, Harris F, Koburger N, Mergl R, Szekely A, et al. (2019). Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries. *PloS one*;14(11):e0224602.
- Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA (2019). The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Front Public Health*;7:399.
- Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*;1-31.
- Jordan JR (2017). Postvention is prevention-The case for suicide postvention. *Death studies*;41(10):614-21.
- Kahn JP, Cohen RF, Tubiana A, Legrand K, Wasserman C, Carli V, et al (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Kim H, Kwon SW, Ahn YM, Jeon HJ, Park S, Hong JP (2019). Implementation and outcomes of suicide-prevention strategies by restricting access to lethal suicide methods in Korea. *J Public Health Policy*;40(1):91-102.
- Kolves K, McDonough M, Crompton D, de Leo D (2018). Choice of a suicide method: Trends and characteristics. *Psychiatry research*;260:67-74.
- Korosec Jagodic H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P (2013). Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croat Med Journal*;54(5):444-52.
- Knox KL, Stanley B, Currier GW, Brenner L, Ghahramanlou-Holloway M, Brown G (2012). An emergency department-based brief intervention for veterans at risk for suicide (SAFE VET). *Am J Public Health*;102 Suppl 1:S33-7.
- Large MM (2018). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci*;20(3):197-205.
- Lee SY, Kwon Y (2018). Twitter as a place where people meet to make suicide pacts. *Public Health*;159:21-6.
- Lennon JC (2019). Etiopathogenesis of Suicide: A Conceptual Analysis of Risk and Prevention Within a Comprehensive, Deterministic Model. *Front Psychol*;10:2087.
- Lindow JC, Hughes JL, South C, Gutierrez L, Bannister E, Trivedi MH, et al (2019). Feasibility and Acceptability of the Youth Aware of Mental Health (YAM) Intervention in US Adolescents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*;1-16.
- Liu RT, Bettis AH, Burke TA (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological medicine*;1-17.
- Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life ThreatBehav*;40(5):421-4.
- Lutter M, Roex KLA, Tisch D (2019). Anomie or imitation? The Werther effect of celebrity suicides on suicide rates in 34 OECD countries, 1960-2014. *Soc Sci Med*;246:112755.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*;294(16):2064-74.
- Maung HH (2020). Pluralism and incommensurability in suicide research. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*;101247.
- McTernan N, Spillane A, Cully G, Cusack E, O'Reilly T, Arensman E (2018). Media reporting of suicide and adherence to media guidelines. *Int J Soc Psychiatry*;64(6):536-44.
- Mejias-Martin Y, Luna Del Castillo JD, Rodriguez-Mejias C, Marti-Garcia C, Valencia-Quintero JP, Garcia-Caro MP (2019). Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain). *Int J Environ Res Public Health*;16(22).
- Methling M, Krumbiegel F, Hartwig S, Parr MK, Tsokos M (2019). Toxicological findings in suicides - frequency of antidepressant and antipsychotic substances. *Forensic Sci Med Pathology*;15(1):23-30.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006.
- Mo PKH, Ko TT, Xin MQ (2018). School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*;12:29.
- Morthorst BR, Erlangsen A, Nordentoft M, Hawton K, Hoegberg LCG, Dalhoff KP (2018). Availability of Paracetamol Sold Over the Counter in Europe: A Descriptive Cross-Sectional International Survey of Pack Size Restriction. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2018;122(6):643-9.

- Niederkrötenhaller T, Till B (2019). Types of Stressors on Nonprofessional Against-Suicide and Pro-Suicide Message Boards. *Crisis*;40(4):257-64.
- Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *PsycholSci*. 2010;21(4):511-7.
- Nordentoft M, Qin P, Helweg-Larsen K, Juel K (2007). Restrictions in means for suicide: an effective tool in preventing suicide: the Danish experience. *Suicide & life-threatening behavior*;37(6):688-97.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals [página web]. [consultado 1 febrero 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Public Health Action for the Prevention of Suicide: a Framework. Data WHOLC-i-P, editor. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016.
- O'Toole MS, Arendt MB, Pedersen CM (2019). Testing an App-Assisted Treatment for Suicide Prevention in a Randomized Controlled Trial: Effects on Suicide Risk and Depression. *Behav Ther*;50(2):421-9.
- Pearson M, Metcalfe C, Jayamanne S, Gunnell D, Weerasinghe M, Pieris R, et al. (2017) Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: a community-based, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*;390(10105):1863-72.
- Predmore Z, Ramchand R, Ayer L, Kotzias V, Engel C, Ebener P, et al. (2017). Expanding Suicide Crisis Services to Text and Chat. *Crisis*;38(4):255-60.
- Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N (2016). Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*;6(2):e009297.
- Saiz P, García-Portilla MP, Bobes J. (2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Tricastela: 125-42.
- Sher L (2013). Psychological autopsy studies: past, present, and future. *Aust N Z J Psychiatry*;47(9):884.
- Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*;37(3):223-39.
- Stene-Larsen K, Reneflot A (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*;47(1):9-17.
- Teléfono de la esperanza. Memoria teléfono de la esperanza (2017). Disponible en: https://www.telefonodelaesperanza.org/assets/MEMORIA_ASITES_2017.pdf [accedido 27 de enero de 2020] 2018.
- Testoni I, Francescon E, De Leo D, Santini A, Zamperini A (2019). Forgiveness and Blame Among Suicide Survivors: A Qualitative Analysis on Reports of 4-Year Self-Help-Group Meetings. *Community Ment Health*;55(2):360-8.
- Torok M, Caezar A, Shand F, Christensen H (2017). A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide & life-threatening behavior*;47(6):672-87.
- Turecki G, Brent DA (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*;387(10024):1227-39.
- Vaiva G, Berrouiguet S, Walter M, Courtet P, Ducrocq F, Jardon V, et al. (2018) Combining Postcards, Crisis Cards, and Telephone Contact Into a Decision-Making Algorithm to Reduce Suicide Reattempt: A Randomized Clinical Trial of a Personalized Brief Contact Intervention. *The Journal of clinical psychiatry*;79(6).
- van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*;32(6):319-33.
- World Health Organization (2005). Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005.
- World Health Organization (2019). Suicide: one person dies every 40 seconds. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds> Accedido el 10 enero 2020.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet Psychiatry*;3(7):646-59.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*;27(4):418-21.

Perspectivas de futuro en el tratamiento de la depresión y la conducta suicida

AUTORÍA

ESTELA SALAGRE. Psiquiatra investigadora del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS).

IRIA GRANDE. Profesora asociada de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona Psiquiatra del Hospital Clínic de Barcelona Investigadora del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

EDUARD VIETA. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona Director científico del CIBERSAM.

El tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) vivió su primera revolución farmacológica en los años 60 con el descubrimiento de los antidepresivos tricíclicos (ADT). La segunda revolución farmacológica llegó de mano de los inhibidores de la recaptación de serotonina, y posteriormente de los antidepresivos de acción dual, que permitieron mejorar la tolerancia y el perfil de interacciones de los ADT y los inhibidores de la monoaminoxidasa (iMAOs) (Artigas, Bortolozzi, & Celada, 2018). A pesar de ello, el TDM mantiene una elevada prevalencia y sigue siendo una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (*Global Burden of Disease Collaborators*, 2017), en parte porque un tercio de los pacientes con TDM presenta resistencia a los antidepresivos actuales (Trivedi et al., 2006).

Otro problema importante es la mortalidad asociada al TDM, especialmente la mortalidad por suicidio. De manera preocupante, el suicidio es la segunda causa de muerte en población joven (Bachmann, 2018). La todavía elevada tasa de resistencia a los actuales antidepresivos y el prolongado tiempo de latencia hasta el inicio de su acción terapéutica los hace poco óptimos para el tratamiento de la ideación suicida (Canuso et al., 2018).

Así, **la psiquiatría está lista para una nueva revolución farmacológica caracterizada por una mejoría de la rapidez de acción y de las tasas de respuesta.** En este capítulo se presentan moléculas con un mecanismo de acción distinto a la inhibición de la recaptación de serotonina que están mostrando resultados prometedores en este sentido: moléculas con acción glutamatérgica, gabaérgica y alucinógenos con acción serotoninérgica.

8.1 COMPUESTOS GLUTAMATÉRGICOS

El glutamato es el principal y más abundante neurotransmisor excitatorio del cerebro (Artigas, Celada, & Bortolozzi, 2018), y estudios clínicos y preclínicos sugieren que la disregulación del sistema glutamatérgico juega un papel en los trastornos afectivos (Henter, de Sousa, & Zarate, 2018; Ragguett, Tamura, & McIntyre, 2019). Las acciones del glutamato están mediadas por tres tipos de receptores, AMPA, kainato y NMDA (Artigas, Celada, et al., 2018). Desde un punto de vista histórico, el primer compuesto con mecanismo inequívocamente glutamatérgico utilizado en clínica fue la ketamina. La ketamina es un antagonista del receptor de NMDA de alta afinidad (Artigas, Celada, et al., 2018) con un extendido uso como anestésico, y con datos robustos sobre su seguridad (Henter et al., 2018). Berman et al., en el año 2000 (Berman et al., 2000), llevaron a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado que investigó las propiedades antidepresivas de ketamina. En él, nueve participantes con TDM unipolar o bipolar resistentes a otros tratamientos recibieron una dosis subanestésica (0.5 mg/kg) de ketamina intravenosa (i.v.) o placebo. Sólo se observó una mejoría significativa de los síntomas depresivos en el grupo que recibió ketamina. Esta mejoría era ya evidente a las 4h post-infusión y máxima a las 72h post-tratamiento. Además, de los siete participantes que finalizaron el estudio, cuatro mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos ($\geq 50\%$) en la escala de Hamilton para Depresión (HAM-D) durante los 3 días de seguimiento. Desde entonces, un gran número de estudios han descrito mejorías rápidas, robustas y sostenidas en el corto plazo de los síntomas depresivos tras una administración única de ketamina, incluso en pacientes con depresión resistente al tratamiento (TDMr), tanto comparado con placebo como con control activo (Henter et al., 2018). Por ejemplo, Murrough et al. (Murrough et al., 2013) mostraron mayores reducciones en la escala de depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS) con ketamina que con el comparador activo midazolam en un grupo de 72 pacientes con TDMr a ≥ 3 tratamientos previos, reclutados en dos centros distintos. Las tasas de respuesta a las 24h también fueron mayores en el grupo tratado con ketamina (64% vs 28%) y las diferencias entre los grupos fueron significativas hasta 7 días después del tratamiento. Una vez demostrados los efectos antidepresivos de ketamina (Newport et al., 2015), estudios ulteriores han centrado sus investigaciones

en evaluar la efectividad de ketamina i.v. como tratamiento de mantenimiento y en dilucidar el régimen de dosificación óptimo. Singh et al. (Singh, Fedgchin, Daly, De Boer, et al., 2016) mostró que la administración de ketamina 2 veces por semana o 3 veces por semana era igualmente efectiva manteniendo la mejoría de los síntomas antidepresivos. En un reciente estudio, los efectos antidepresivos de ketamina se mantuvieron al disminuir la frecuencia de administración a una vez por semana en pacientes que habían respondido a un régimen previo de ketamina i.v. 3 veces por semana (Phillips et al., 2019). Estos estudios longitudinales, además, muestran una tendencia a mejorar las tasas de respuesta con administraciones repetidas de ketamina (Murrough et al., 2013; Phillips et al., 2019; Singh, Fedgchin, Daly, De Boer, et al., 2016) y ausencia de taquifilaxia (Phillips et al., 2019). El tiempo hasta la recaída una vez interrumpido el tratamiento es de aproximadamente 2 semanas (Artigas, Celada, et al., 2018; Salloum et al., 2020), y parece seguir una relación dosis-respuesta (Salloum et al., 2020). La ketamina se suele administrar por vía i.v. durante un periodo de 40 minutos a dosis que varían desde 0.10-1mg/kg, si bien se están estudiando otras vías de administración, como la intranasal (Henter et al., 2018). Los efectos adversos más frecuentes son cefalea, ansiedad, episodios disociativos, náuseas y mareos. Los síntomas disociativos son transitorios, con una duración generalmente inferior a 4h, y su intensidad disminuye con dosis repetidas (Newport et al., 2015). Además, la administración de ketamina se asocia con elevaciones de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca.

Más allá de su efecto antidepresivo, ketamina ha demostrado ser capaz de reducir la ideación autolítica activa y pasiva a las pocas horas de su administración. Un metaanálisis basado en datos de participantes individuales examinó los efectos de una dosis única de ketamina en la ideación suicida medida con escalas objetivas (MADRS, HAM-D) y subjetivas (Inventario rápido de sintomatología depresiva, QIDS-SR; Beck Depression Inventory, BDI) (Wilkinson et al., 2018). Se incluyeron datos de 167 participantes con ideación suicida a nivel basal de 10 ensayos clínicos distintos donde los participantes se aleatorizaron a la rama de tratamiento (dosis única de ketamina) o control (placebo o midazolam). Comparado con el grupo control, ketamina redujo significativamente la ideación suicida en las primeras 24h y hasta 7 días post-infusión. Esta reducción fue evidente tanto en escalas objetivas

como subjetivas, excepto en la BDI, con un tamaño del efecto moderado-grande (Cohen's $d=0.48-0.85$). De manera importante, el efecto de ketamina sobre la ideación suicida se mantuvo significativo después de ajustar por el cambio en la gravedad de los síntomas depresivos. El uso de ketamina en TDM no está aprobado por las agencias reguladoras, y su uso compasivo se ha extendido de forma exponencial y poco justificada a lo largo de los últimos años. Su principal valor reside en haber sido la piedra angular para el diseño de un fármaco que es su isómero, esketamina, que sí que ha sido sometido a las exigencias de un desarrollo clínico regulado, y que ha sido finalmente aprobado para su comercialización, en formulación intranasal, por las agencias reguladoras americana y europea por la vía rápida (Fast Track) por su alto valor clínico.

8.1.1 Esketamina

Esketamina, el S-enantiómero de ketamina, es el primer fármaco antidepresivo glutamatérgico. Efectivamente, es un antagonista de los receptores NMDA, pero con una afinidad 3-4 veces superior a ketamina. Esketamina presenta un perfil de efectos secundarios similares a ketamina. Datos de estudios multicéntricos, aleatorizados y controlados por placebo apoyan un efecto antidepresivo robusto y en pocas horas de esketamina en pacientes con TDMr, tanto en infusión (dosis 0.20mg/kg o 0.40 mg/kg) (Singh, Fedgchin, Daly, Xi, et al., 2016) como en formulación intranasal (28mg, 56mg, o 84mg) (Daly et al., 2018). A ello se suman los resultados de un estudio multicéntrico fase 3 que ha comparado la eficacia de esketamina vs placebo asociado a un nuevo antidepresivo de reciente instauración en 197 pacientes con depresión severa-moderada y resistente a dos o más antidepresivos en el episodio actual (Popova et al., 2019). El objetivo primario era evaluar la mejoría en la MADRS a los 28 días de tratamiento con el nuevo antidepresivo combinado con esketamina (56 o 84 mg) o con placebo administrados dos veces por semana por vía intranasal. Al final del seguimiento, el grupo tratado con esketamina y antidepresivo obtuvo reducciones en la MADRS superiores al grupo con placebo y antidepresivo ($p = 0.020$), observándose una respuesta clínica (definida como mejora $\geq 50\%$ en MADRS respecto al basal) ya a las 24h post-administración de esketamina y mantenida durante las 4 semanas de seguimiento. En otros dos ensayos clínicos fase 3 de diseño similar, uno de ellos en pacientes de

edad ≥ 65 años, se observaron también mejorías clínicamente significativas en el grupo esketamina y antidepresivo, si bien las diferencias con el grupo control no alcanzaron la significación estadística (Fedgchin et al., 2019; Ochs-Ross et al., 2019). En un estudio sucesivo para valorar la eficacia de esketamina como tratamiento de mantenimiento, esketamina demostró nuevamente superioridad frente a placebo disminuyendo el riesgo de recaída (Daly et al., 2019).

El potencial antisuicida de esketamina ha sido investigado en un estudio de prueba de concepto con 68 pacientes en riesgo inminente de suicidio (Canuso et al., 2018). Esketamina mostró una mayor capacidad que placebo para mejorar de manera rápida la ideación suicida (mejora de las puntuaciones en los ítems de ideación suicida de la MADRS a las 4h), si bien a las 24h y al final del seguimiento las diferencias ya no alcanzaron significación estadística.

A la luz de estos resultados, que indican que esketamina puede aportar un beneficio sustancial respecto a las terapias disponibles, la Agencia Americana del Medicamento (FDA, por sus siglas en inglés) concedió la designación de Terapia Innovadora (Breakthrough Therapy) a esketamina intranasal para pacientes con TDMr y/o con riesgo suicida. Esta designación permitió agilizar el desarrollo de esketamina y su aprobación ulterior por la FDA y, más recientemente (diciembre de 2019), por la Agencia Europea del medicamento (EMA) para la depresión resistente a dos antidepresivos. La administración de esketamina se debe hacer siempre bajo la supervisión de un profesional sanitario. Dos estudios recientes han analizado la eficacia de esketamina en la depresión resistente en pacientes con riesgo suicida; los resultados ratifican la eficacia antidepresiva de esketamina aunque no se demostró eficacia antisuicida directa (Fu et al., 2019; Ionescu et al., 2019).

8.1.2 Rapastinel

Rapastinel (antes conocido como GLYX-13) es un agonista parcial del sitio de la glicina de los receptores NMDA. Destaca por su potencial para mejorar la función cognitiva y por la ausencia de efectos secundarios psicomiméticos. En estudios fase 2, rapastinel había mostrado efectos antidepresivos rápidos en pacientes con TDMr, con excelente se-

guridad, por lo que la FDA le otorgó la designación Fast Track. No obstante, en mayo de 2019 se interrumpió su desarrollo debido a que en ninguno de los tres estudios fase 3 (RAP-MD-01,-02,-03) mostró diferencias estadísticamente significativas respecto a placebo en los cambios en la puntuación de la MADRS al final del seguimiento (objetivo primario) ni a las 24h post-administración (objetivo secundario).

8.1.3 AXS-05

Este compuesto es fruto de la combinación de un antagonista glutamatérgico (dextrometorfán) y un antidepresivo ya comercializado (bupropión). Actualmente se están realizando los ensayos clínicos de fase 3 para la depresión resistente y para la agitación en la enfermedad de Alzheimer. Como esketamina y rapastinel, obtuvo la designación de tratamiento disruptivo (*breakthrough designation*) y de posible aprobación rápida por parte de la FDA y se está a la espera de los resultados definitivos.

8.2 COMPUESTOS GABAÉRGICOS

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central y responsable de la modulación de la transmisión excitatoria (Duman, Sanacora, & Krystal, 2019; Ragguett et al., 2019). El sistema GABAérgico interacciona con diversos sistemas implicados en la fisiopatología de la depresión, como los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico. Además, existe una amplia evidencia de que el estrés y la depresión interrumpen la función de GABA.

8.2.1 Brexanolona

Brexanolona (anteriormente SAGE-547) es una forma sintética de alopregnanolona, un metabolito de la progesterona que es un modulador alostérico positivo de los receptores GABA_A. El receptor GABA_A es el receptor de neurotransmisores inhibitorios más abundante del cerebro. Brexanolona se administra en solución i.v. y ha sido recientemente aprobada por la FDA para el tratamiento de la depresión postparto, de modo que, como en el caso de esketamina, ya comienza a haber experiencia clínica con el producto más allá de los ensayos clínicos.

El interés en estudiar la brexanolona como tratamiento para la depresión postparto surge de la evidencia que apunta hacia una relación entre el GABA, la alopregnanolona y la depresión postparto (Zheng et al., 2019). Por ejemplo, varios estudios han puesto de manifiesto que las concentraciones plasmáticas de alopregnanolona disminuyen sustancialmente en el postparto, lo que se ha visto que tiene importantes efectos sobre los síntomas ansiosos y depresivos (Zheng et al., 2019). Estudios fase 2 doble ciego, aleatorizados, han mostrado que brexanolona presenta una acción antidepresiva rápida -dentro de las primeras 48 horas de tratamiento- y duradera en la depresión postparto (Kanes et al., 2017). Estos resultados se replicaron en dos ensayos clínicos de fase 3, doble ciego, aleatorizados, controlados con placebo, llevados a cabo en 30 centros de investigación clínica y unidades psiquiátricas especializadas en los Estados Unidos (Meltzer-Brody et al., 2018). En estos estudios se reclutaron 108 mujeres con depresión moderada-severa (HAM-D ≥ 26 para el estudio 1 y HAM-D 20-25 para el estudio 2) y se aleatorizaron a una inyección intravenosa única de brexanolona 90 $\mu\text{g} / \text{kg}$ por h (BRX90; n = 45, estudio 1; n = 54 estudio 2), brexanolona 60 $\mu\text{g} / \text{kg}$ por h (BRX60; n = 47, estudio 1) o placebo (n = 46, estudio 1; n = 54 estudio 2) durante 60 h. Las mujeres tratadas con ambas dosis de brexanolona mostraron una reducción significativamente mayor en las puntuaciones de la HAM-D, si bien las diferencias con placebo fueron más discretas que en los estudios fase 2. Brexanolona mostró un rápido inicio de acción y una respuesta mantenida a los 30 días de seguimiento. Los efectos adversos más frecuentemente observados fueron cefalea, somnolencia, mareo y sedación. Únicamente se reportaron dos eventos adversos graves que se relacionaron con el tratamiento, estado de conciencia alterado y síncope, que se dieron en una participante del grupo BRX90.

8.2.2 SAGE-217

SAGE-217 (zuranolona) es un esteroide neuroactivo sintético y un modulador alostérico positivo de GABA_A (Hoffmann et al., 2019). SAGE-217 presenta un perfil farmacológico molecular similar a brexanolona, pero su principal ventaja es que su perfil farmacocinético permite su formulación oral (Hoffmann et al., 2019). Los resultados de un reciente estudio en fase 2 han mostrado resultados prometedores en depresión severa-moderada (Gunduz-Bruce et

al., 2019). Los pacientes recibieron 30mg de SAGE-217 o placebo durante 14 días. La reducción de los síntomas depresivos a los 15 días, medidos por la HAM-D, fue significativamente mayor en el grupo tratado con SAGE-217. Las diferencias respecto al grupo placebo, además, se pudieron observar ya a las 48h del tratamiento. De manera importante, dos semanas después de finalizado el tratamiento, un 52% de los pacientes en el grupo SAGE-217 cumplían criterios de remisión, respecto a un 28% en el grupo placebo. SAGE-217 fue en general bien tolerado. SAGE-217 también se ha estudiado, con resultados positivos, en la depresión post-parto (Vieta, 2019). En diciembre de 2019, sin embargo, se ha comunicado que los resultados del estudio fase 3 en trastorno depresivo mayor son negativos para la variable principal de eficacia, que se estableció a las 2 semanas con la escala de Hamilton. Aunque el fármaco fue superior al placebo en los días 3, 8, y 12, el resultado negativo al día 15 obliga a replantear la estrategia de desarrollo de este producto innovador.

8.3 TERAPIA ASISTIDA CON PSICODÉLICOS

Antes de su prohibición en los años 60, las sustancias psicodélicas ya se habían probado para el tratamiento de varias condiciones psiquiátricas, entre ellas la depresión, e investigaciones preliminares sugerían un potencial efecto ansiolítico y antidepresivo (Rucker, Jelen, Flynn, Frowde, & Young, 2016). En los últimos años, nuevos estudios abiertos han mostrado que psicodélicos como la ayahuasca o la psilocibina podrían tener un lugar en el tratamiento del TDMr (Carhart-Harris et al., 2016; Sanches et al., 2016). El mecanismo de acción de estos componentes no se conoce todavía con detalle, pero se sabe que son agonistas serotoninérgicos, con especial afinidad por el receptor 5-HT_{2A} (Dos Santos & Hallak, 2019) y se ha demostrado su capacidad para promover la transmisión glutamatérgica (Dos Santos & Hallak, 2019) y la plasticidad neuronal (Ly et al., 2018).

8.3.1 Ayahuasca

La ayahuasca es un brebaje preparado normalmente por decocción de dos plantas, la *Psychotria viridis*, que contiene el psicodélico N-dimetiltriptina, un agonista de los receptores de serotonina y de los

receptores sigma-1, y la *Banisteriopsis caapi*, la cual es rica en sustancias con efecto inhibidor reversible de la monoaminoxidasa (iMAO) (Riba et al., 2003). En 2016 se publicó el primer ensayo en población con TDM recurrente (Sanches et al., 2016). En este ensayo abierto se administró una única dosis de ayahuasca (2.2 mL/kg de ayahuasca; 0.8 mg/mL DMT) a 17 pacientes ingresados por un TDM, quienes mostraron una reducción significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva a las pocas horas de la administración de la ayahuasca, que se mantuvo en el seguimiento a 21 días. Estos hallazgos han sido recientemente replicados por el mismo grupo en un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado por placebo donde se incluyeron 29 participantes con diagnóstico de TDMr moderado-severo (Palhano-Fontes et al., 2019). Tras un periodo de lavado de dos semanas, los pacientes recibieron una dosis única de ayahuasca (1 mL/kg, 0.36 mg/kg DMT) o placebo y se evaluaron los cambios en las puntuaciones de la HAM-D y la MADRS a las 24h, 48h y 7 días post-administración. De nuevo, ayahuasca mostró un rápido efecto antidepresivo, produciendo reducciones significativamente superiores a placebo en la sintomatología depresiva ya en las primeras horas post-administración y hasta 7 días después. Cabe destacar, sin embargo, que el perfil de los pacientes incluidos (predominio del género femenino, nivel socioeconómico bajo, elevada comorbilidad con trastornos de personalidad) limita la generalización de los resultados. Además, se observó un importante efecto placebo (26% de respuesta a placebo a los 7 días de seguimiento), probablemente por un "efecto cuidado" debido al diseño del estudio. En ambos estudios, los principales efectos adversos observados fueron náuseas y vómitos. En un análisis secundario de los datos de este mismo estudio, se investigó el potencial antisuicida de ayahuasca dados sus efectos positivos sobre síntomas como la desesperanza (Zeifman et al., 2019). Las diferencias entre ayahuasca y placebo no alcanzaron la significación estadística, si bien se encontró una reducción de la ideación suicida en ambos grupos. Dada la escasa proporción de pacientes con ideación suicida al inicio del estudio y el reducido tamaño de la muestra, serían necesarios estudios con una muestra mayor para elucidar el efecto de la ayahuasca en la ideación suicida. Por sus características, la ayahuasca es improbable que llegue algún día a comercializarse, pero estos estudios aportan nuevas ideas en el campo del abordaje de la depresión con mala respuesta a tratamientos tradicionales.

8.3.2 Psilocibina

La psilocibina es un agonista del receptor de serotonina presente en algunas especies de hongos (Mithoefer, Grob, & Brewerton, 2016). La evidencia disponible sobre los efectos antidepresivos de psilocibina en pacientes con TDM proviene de un estudio abierto de viabilidad y efectividad, medida a través de cambios en escalas subjetivas de depresión (QIDS-SR) (Carhart-Harris et al., 2016). Se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico de TDMr moderado-severo, a los que se les administró psilocibina hasta 25mg junto con apoyo psicológico antes, durante y después de cada sesión. La administración de psilocibina fue segura y se acompañó de una marcada mejoría subjetiva de los síntomas depresivos a la semana del tratamiento. Un 58% de los pacientes mantenían la respuesta a los 3 meses. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela al tratarse de un estudio piloto. Los efectos secundarios más frecuentes fueron ansiedad, confusión, náuseas y cefalea. En un estudio de seguimiento, donde se incluyeron 8 participantes más, se halló que los efectos ansiolíticos y antidepresivos de la psilocibina medidos por la QIDS y la BDI permanecían a los 6 meses (Carhart-Harris et al., 2018). Actualmente existe un desarrollo de este fármaco para obtener una eventual indicación en depresión resistente.

8.3.3 MDMA

3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) es una sustancia recreacional que potencia la liberación de monoaminas, sobre todo serotonina (Vegting, Reneman, & Booij, 2016). La terapia psicológica asistida con MDMA en pacientes con síndrome de estrés post-traumático resistente a tratamientos previos ha demostrado seguridad y eficacia en ensayos clínicos fase 2 (Mithoefer et al., 2016), lo que ha generado interés en el potencial de MDMA como tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad.

8.4 OTROS TRATAMIENTOS

Además de los compuestos descritos hasta ahora, se sigue avanzando en la investigación sobre el uso de fármacos antiinflamatorios como las estatinas o la minociclina como tratamiento adyuvante anti-depresivo (Kohler et al., 2014; Rosenblat & McIntyre, 2018; Salagre, Fernandes, Dodd, Brownstein, & Berk, 2016). El sistema opioide también está siendo evaluado como nueva diana terapéutica (Ragguett et al., 2019) - con resultados prometedores en el caso de la combinación buprenorfina-samidofan (Fava et al., 2018) -, así como el uso de RNA de interferencia (Artigas, Celada, et al., 2018). Por otro lado, es de esperar que el uso de terapias físicas como la estimulación cerebral profunda esté más extendido en el futuro (Dandekar, Fenoy, Carvalho, Soares, & Quevedo, 2018). Recientemente un estudio multicéntrico internacional ha demostrado que los beneficios de esta terapia superan los posibles efectos adversos de la intervención (Menchon et al., 2019).

Las terapias psicológicas destinadas a empoderar al paciente en el manejo de su enfermedad, y aquellas diseñadas para mejorar los déficits cognitivos y funcionales, serán también herramientas importantes en las estrategias terapéuticas futuras (Vicent-Gil et al., 2019; Vieta, 2019). En este ámbito, las nuevas tecnologías representan un terreno fértil para futuras investigaciones.

8.5 CONCLUSIONES

- El tratamiento con agentes glutamatérgicos, gabaérgicos y psicodélicos muestra resultados preliminares prometedores como agentes antidepresivos con rápido inicio de acción, con alguno de ellos, como esketamina y brexanolona, ya aprobados para su comercialización en diversos países por la vía rápida, reservada a las grandes innovaciones terapéuticas.
- Una dosis única de esketamina ha demostrado un efecto antidepresivo rápido -que puede ser evidente ya a las 2-4h- y mantenido, además de capacidad para reducir la ideación autolítica en pocas horas y capacidad para inducir respuesta, y de manera rápida, en pacientes resistentes a otros tratamientos farmacológicos.

- La inyección brexanolona se ha mostrado eficaz y segura para el tratamiento de la depresión postparto moderada-severa y es el primer fármaco específicamente indicado para la depresión postparto.
- Los resultados positivos obtenidos con los agentes psicodélicos deben interpretarse con cautela ya que la evidencia proviene todavía de estudios con importantes limitaciones metodológicas (muestras de pacientes pequeñas, ausencia de grupo control).
- A pesar de los prometedores resultados, se requiere más evidencia acerca de la dosis terapéutica óptima de estos fármacos en el momento agudo y en fase de mantenimiento, así como de su eficacia y seguridad a largo plazo, incluido el potencial de abuso.

8.6 BIBLIOGRAFÍA

- Artigas, F., Bortolozzi, A., Celada, P. (2018). Can we increase speed and efficacy of antidepressant treatments? Part I: General aspects and monoamine-based strategies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 28(4), 445-456.
- Artigas, F., Celada, P., Bortolozzi, A. (2018). Can we increase the speed and efficacy of antidepressant treatments? Part II. Glutamatergic and RNA interference strategies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 28(4), 457-482.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7). doi:10.3390/ijerph15071425
- Berman, R. M., Cappiello, A., Anand, A., Oren, D. A., Heninger, G. R., Charney, D. S., Krystal, J. H. (2000). Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry*, 47(4), 351-354.
- Canuso, C. M., Singh, J. B., Fedgchin, M., Alphs, L., Lane, R., Lim, P., Drevets, W. C. (2018). Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*, 175(7), 620-630.
- Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Day, C. M., J., Rucker, J., Watts, R., Erritzoe, D. E., Nutt, D. J. (2018). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)*, 235(2), 399-408.
- Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M., Erritzoe, D., Kaelen, M., Nutt, D. J. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 619-627.
- Daly, E. J., Singh, J. B., Fedgchin, M., Cooper, K., Lim, P., Shelton, R. C., Drevets, W. C. (2018). Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 139-148.
- Daly, E. J., Trivedi, M. H., Janik, A., Li, H., Zhang, Y., Li, X., Singh, J. B. (2019). Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant Treatment for Relapse Prevention in Patients With Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1189
- Dandekar, M. P., Fenoy, A. J., Carvalho, A. F., Soares, J. C., & Quevedo, J. (2018). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: an integrative review of preclinical and clinical findings and translational implications. *Mol Psychiatry*, 23(5), 1094-1112.
- Dos Santos, R. G., & Hallak, J. E. C. (2019). Therapeutic use of serotonergic hallucinogens: A review of the evidence and of the biological and psychological mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev*, 108, 423-434.
- Duman, R. S., Sanacora, G., & Krystal, J. H. (2019). Altered Connectivity in Depression: GABA and Glutamate Neurotransmitter Deficits and Reversal by Novel Treatments. *Neuron*, 102(1), 75-90.
- Fava, M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Ehrlich, E., Martin, W. F., Memisoglu, A., Pathak, S. (2018). Opioid system modulation with buprenorphine/samidorphan combination for major depressive disorder: two randomized controlled studies. *Mol Psychiatry*. doi:10.1038/s41380-018-0284-1
- Fedgchin, M., Trivedi, M., Daly, E. J., Melkote, R., Lane, R., Lim, P., Singh, J. B. (2019). Efficacy and Safety of Fixed-Dose Esketamine Nasal Spray Combined With a New Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: Results of a Randomized, Double-Blind, Active-Controlled Study (TRANSFORM-1). *Int J Neuropsychopharmacol*, 22(10), 616-630.
- Fu, D.J., Canuso, C., Ionescu, D., Li, X., Lane, R., Lim, P., Manji, H. (septiembre 2019). Esketamine nasal spray for rapid reduction of major depressive disorder symptoms in patients at imminent risk for suicide. ASPIRE-1 study. Poster P323 presentado en la sesión de pósters del 32nd European College of Neuropsychopharmacology Congress (ECNP) 2019. Copenhagen, Dinamarca. No publicado.

- Global Burden of Disease Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, *390*(10100), 1211-1259.
- Gunduz-Bruce, H., Silber, C., Kaul, I., Rothschild, A. J., Riesenber, R., Sankoh, A. J., Kanes, S. J. (2019). Trial of SAGE-217 in Patients with Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*, *381*(10), 903-911.
- Henter, I. D., de Sousa, R. T., & Zarate, C. A., Jr. (2018). Glutamatergic Modulators in Depression. *Harv Rev Psychiatry*, *26*(6), 307-319.
- Hoffmann, E., Nomikos, G. G., Kaul, I., Raines, S., Wald, J., Bullock, A., Colquhoun, H. (2019). SAGE-217, A Novel GABAA Receptor Positive Allosteric Modulator: Clinical Pharmacology and Tolerability in Randomized Phase I Dose-Finding Studies. *Clin Pharmacokinet*. doi:10.1007/s40262-019-00801-0
- Ionescu, D.F., Canuso, C., Fu, D.J., Qiu, X., Lane, R., Lim, P., Manji, H., (septiembre 2019). Esketamine nasal spray for rapid reduction of major depressive disorder symptoms in patients at imminent risk for suicide. ASPIRE-2 study. Poster P607 presentado en la sesión de pósters del 32nd European College of Neuropsychopharmacology Congress (ECNP) 2019. Copenhagen, Dinamarca. No publicado.
- Kanes, S., Colquhoun, H., Gunduz-Bruce, H., Raines, S., Arnold, R., Schacterle, A., Meltzer-Brody, S. (2017). Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet*, *390*(10093), 480-489.
- Kohler, O., Benros, M. E., Nordentoft, M., Farkouh, M. E., Iyengar, R. L., Mors, O., & Krogh, J. (2014). Effect of anti-inflammatory treatment on depression, depressive symptoms, and adverse effects: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, *71*(12), 1381-1391.
- Ly, C., Greb, A. C., Cameron, L. P., Wong, J. M., Barragan, E. V., Wilson, P. C., Olson, D. E. (2018). Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity. *Cell Rep*, *23*(11), 3170-3182.
- Meltzer-Brody, S., Colquhoun, H., Riesenber, R., Epperson, C. N., Deligiannidis, K. M., Rubinow, D. R., . . . Kanes, S. (2018). Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet*, *392*(10152), 1058-1070.
- Menchon, J. M., Real, E., Alonso, P., Aparicio, M. A., Segalas, C., Plans, G., Gabriels, L. (2019). A prospective international multi-center study on safety and efficacy of deep brain stimulation for resistant obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. doi:10.1038/s41380-019-0562-6
- Mithoefer, M. C., Grob, C. S., & Brewerton, T. D. (2016). Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: psilocybin and MDMA. *Lancet Psychiatry*, *3*(5), 481-488.
- Murrough, J. W., Iosifescu, D. V., Chang, L. C., Al Jurdi, R. K., Green, C. E., Perez, A. M., . . . Mathew, S. J. (2013). Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, *170*(10), 1134-1142.
- Newport, D. J., Carpenter, L. L., McDonald, W. M., Potash, J. B., Tohen, M., & Nemeroff, C. B. (2015). Ketamine and Other NMDA Antagonists: Early Clinical Trials and Possible Mechanisms in Depression. *Am J Psychiatry*, *172*(10), 950-966.
- Ochs-Ross, R., Daly, E. J., Zhang, Y., Lane, R., Lim, P., Morrison, R. L., Singh, J. B. (2019). Efficacy and Safety of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Elderly Patients With Treatment-Resistant Depression-TRANSFORM-3. *Am J Geriatr Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2019.10.008
- Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K. C., Novaes, M. M., Pessoa, J. A., . . . Araujo, D. B. (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychol Med*, *49*(4), 655-663.
- Phillips, J. L., Norris, S., Talbot, J., Birmingham, M., Hatchard, T., Ortiz, A., Blier, P. (2019). Single, Repeated, and Maintenance Ketamine Infusions for Treatment-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, *176*(5), 401-409.
- Popova, V., Daly, E. J., Trivedi, M., Cooper, K., Lane, R., Lim, P., Singh, J. B. (2019). Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study. *Am J Psychiatry*, *176*(6), 428-438.
- Ragguett, R. M., Tamura, J. K., & McIntyre, R. S. (2019). Keeping up with the clinical advances: depression. *CNS Spectr*, *24*(S1), 25-37.

- Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A., & Barbanoj, M. J. (2003). Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *J Pharmacol Exp Ther*, *306*(1), 73-83.
- Rosenblat, J. D., & McIntyre, R. S. (2018). Efficacy and tolerability of minocycline for depression: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *J Affect Disord*, *227*, 219-225.
- Rucker, J. J., Jelen, L. A., Flynn, S., Frowde, K. D., & Young, A. H. (2016). Psychedelics in the treatment of unipolar mood disorders: a systematic review. *J Psychopharmacol*, *30*(12), 1220-1229.
- Salagre, E., Fernandes, B. S., Dodd, S., Brownstein, D. J., & Berk, M. (2016). Statins for the treatment of depression: A meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord*, *200*, 235-242.
- Salloum, N. C., Fava, M., Hock, R. S., Freeman, M. P., Flynn, M., Hoepfner, B., Papakostas, G. I. (2020). Time to relapse after a single administration of intravenous ketamine augmentation in unipolar treatment-resistant depression. *J Affect Disord*, *260*, 131-139.
- Sanches, R. F., de Lima Osorio, F., Dos Santos, R. G., Macedo, L. R., Maia-de-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., Hallak, J. E. (2016). Antidepressant Effects of a Single Dose of Ayahuasca in Patients With Recurrent Depression: A SPECT Study. *J Clin Psychopharmacol*, *36*(1), 77-81.
- Singh, J. B., Fedgchin, M., Daly, E., Xi, L., Melman, C., De Bruecker, G., Van Nueten, L. (2016). Intravenous Esketamine in Adult Treatment-Resistant Depression: A Double-Blind, Double-Randomization, Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry*, *80*(6), 424-431.
- Singh, J. B., Fedgchin, M., Daly, E. J., De Boer, P., Cooper, K., Lim, P., Van Nueten, L. (2016). A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Frequency Study of Intravenous Ketamine in Patients With Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*, *173*(8), 816-826.
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*, *163*(1), 28-40.
- Vegting, Y., Reneman, L., & Booij, J. (2016). The effects of ecstasy on neurotransmitter systems: a review on the findings of molecular imaging studies. *Psychopharmacology (Berl)*, *233*(19-20), 3473-3501.
- Vicent-Gil, M., Raventos, B., Marin-Martinez, E. D., Gonzalez-Simarro, S., Martinez-Aran, A., Bonnin, C. D. M., Portella, M. J. (2019). Testing the efficacy of INtegral Cognitive REMediation (INCREM) in major depressive disorder: study protocol for a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 135.
- Vieta, E. (2019). Disruptive treatments in psychiatry. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. doi:10.1016/j.rpsm.2019.10.001
- Vieta E.. The neuroactive steroid SAGE-217 in the treatment of depression: Results from a phase 3, double-blind, placebo-controlled trial in postpartum depression. Trabajo presentado en New Medications session, en el 32nd European College of Neuropsychopharmacology Congress (ECNP) celebrado en Copenhague del 7 al 10 de septiembre 2019. No publicado.
- Wilkinson, S. T., Ballard, E. D., Bloch, M. H., Mathew, S. J., Murrugh, J. W., Feder, A., Sanacora, G. (2018). The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, *175*(2), 150-158.
- Zeifman, R. J., Palhano-Fontes, F., Hallak, J., Arcoverde, E., Maia-Oliveira, J. P., & Araujo, D. B. (2019). The Impact of Ayahuasca on Suicidality: Results From a Randomized Controlled Trial. *Front Pharmacol*, *10*, 1325.
- Zheng, W., Cai, D. B., Zheng, W., Sim, K., Ungvari, G. S., Peng, X. J., Xiang, Y. T. (2019). Brexanolone for postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Psychiatry Res*, *279*, 83-89.

Los planes de prevención del suicidio: revisión y propuestas

9.1 DIMENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

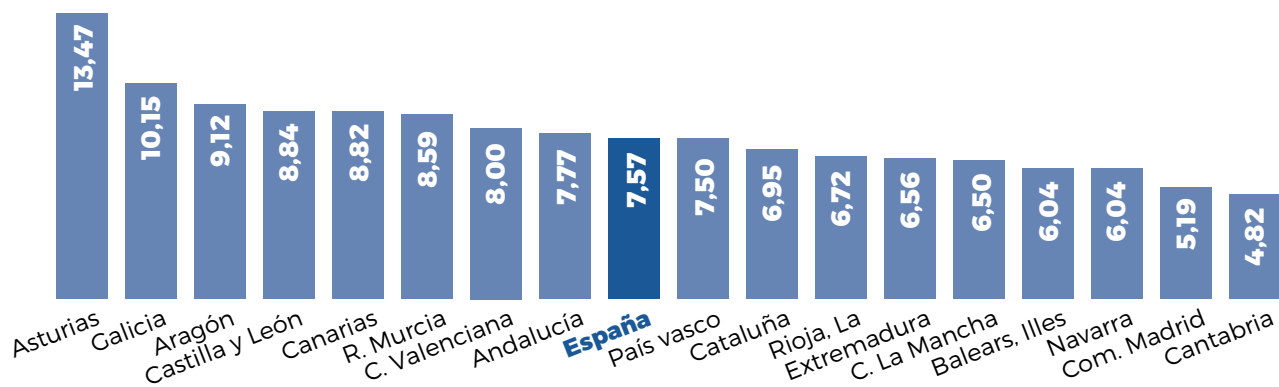
En el mundo cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. El suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia es aproximadamente un 13,9 por 100.000 (Organización Mundial de la salud, 2013). Nueve, de los diez países con un mayor índice de suicidio se encuentran en la Unión Europea, siendo Lituania, Hungría y Finlandia los que presentan una mayor tasa de suicidio. En general, los países del sur, como Italia, España y Chipre, muestran los índices más bajos. **El suicidio es la primera causa de muerte por factores externos en España. Se producen 1,8 suicidios por cada accidente mortal, 11,7 suicidios por cada homicidio, y 68,1 suicidio por cada muerte por violencia de género.** Las últimas cifras comunicadas por el INE correspondientes a 2018, ascienden a 3539 y una tasa nacional de 7,57 por 100.000 habitantes, y suponen un ligero descenso en términos absolutos y en tasa por habitante, con respecto al año anterior, en que se produjeron 3.679 suicidios y una tasa de 7,87 por 100.000 habitantes. El índice de suicidio en varones es más alto que en mujeres, y en ancianos que, en jóvenes, aunque es principal causa de mortalidad entre los 25 y los 34 años después de los tumores y supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

La tasa de suicidio por comunidades autónomas son dispares, casi triplicando la más alta en Asturias a la más baja en Cantabria.

AUTORÍA

MERCEDES NAVÍO ACOSTA. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Hospital 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria (i+12). CIBERSAM. Madrid.

VÍCTOR PÉREZ SOLA. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona.



■ FIGURA 14. **Tasas de suicidio por 100.00 y CCAA en 2018**

El suicidio constituye un drama humano y social para las personas directamente afectadas y su entorno. «Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos» en palabras de la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas.

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que el suicidio. Son al menos diez veces (y según los estudios hasta 40 veces) más frecuentes que los suicidios consumados. Las tentativas de suicidio son más frecuentes entre los adolescentes y va disminuyendo con la edad, a diferencia de los suicidios consumados. Los intentos de suicidio previo son los mejores predictores de nuevos intentos en los que se puede producir un aumento progresivo de la severidad y el riesgo de suicidio consumado. De hecho, se estima que el riesgo de suicidio en estas personas es 100 veces superior a la población general y cuatro veces más frecuente frente a personas con trastorno mental. Un 50% de los pacientes que se suicidan han presentado previamente tentativas de suicidio y el 20% de las personas visitan los dispositivos de asistencia psiquiátricos en los 12 meses previos al suicidio.

El suicidio constituye un problema de salud pública y es un fenómeno complejo de origen multifactorial, que no se puede atribuir a una sola causa concreta, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del

Norte. La OMS lanza en 1999 la iniciativa mundial para la prevención del suicidio SUPRE-WHO, con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas. En 2008, el suicidio se identificó por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acción prioritaria en el *“Mental Health GapAction Programme”* (mhGAP). Operativamente se considera una prioridad mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio, con actuaciones adaptadas a las necesidades particulares de las naciones y en concreto:

1. Apoyo y tratamiento a la población de riesgo (p. ej. personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.)
2. Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio.
3. Desarrollar redes de apoyo a personas que sobreviven a un intento de suicidio.
4. Entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores.

En los últimos años la prevención del suicidio ha sido una prioridad de las políticas internacionales: el proyecto SUPRE (*Worldwide initiative for the prevention of suicide*, OMS, 2012), La prevención del suicidio un imperativo global (OMS 2014), *The European Mental Health Action Plan* del año 2013 también plantea como un objetivo específico la “Reducción de las Tasas de suicidio entre la población general y en los subgrupos relacionados con la edad, género, etnia y otros grupos vulnerables”. Propone como acciones: “Elaborar y desarrollar estrategias de prevención del suicidio que incorporen la mejor evidencia y combinen un enfoque universal con actividades dirigidas a grupos vulnerables”.

Se ha demostrado que las políticas de prevención del suicidio son efectivas. Entre ellas, la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de las personas en riesgo, el seguimiento durante el periodo crítico posterior a la tentativa y la reducción al acceso a métodos letales. Recientemente podemos identificar dos estrategias de prevención de las conductas suicidas que han resultado efectivas a nivel mundial y, en ambos casos, el elemento común es la integración sinérgica de estrategias en diferentes niveles de prevención (universal, selectiva e indicada). Se trata del Proyecto Europeo contra la Depresión y del proyecto americano "Zero Suicide".

Contamos por tanto con medidas de prevención de demostrada eficacia, publicadas en revistas científicas internacionales. Son en su mayoría planes MULTINIVEL, como los enunciados por la Estrategia Europea contra la Depresión (EEAD) o el Proyecto Europeo EUREGENAS e implican varias dianas, población de riesgo y vulnerable, formación a Atención Primaria, Sensibilización de facilitadores sociales y población general, así como limitación de acceso a métodos letales.

9.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En España no existe ningún plan de prevención del suicidio de ámbito estatal. El único Plan de ámbito nacional que lo aborda es en el seno de Instituciones Penitenciarias, lógicamente en un medio restringido no comparable a población general.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una Estrategia en Salud Mental, originalmente elaborada en 2006 sin apartado específico para la prevención de suicidio, y evaluada y actualizada para 2009-2013. Se produjo una tentativa que resultó fallida de actualizarla en 2015, incluyendo una línea específica con este objetivo, que fue rechazada en el Comité Interterritorial sin acuerdo político inter-autonómico. Lleva varios años en revisión y actualización y aunque periódicamente se anuncia que la conducta suicida tendrá un importante peso específico, éste no se ha concretado.

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, a propuesta de UPYD, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas

de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretendía así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la "redefinición" de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013. Lamentablemente, la Comisión de Sanidad entendió que, pasado más de un año desde entonces, no se habían realizado las acciones aprobadas, por lo que, en marzo de 2014, tuvo que instar al Congreso a llevarlas a cabo, sin éxito de momento. Ha habido iniciativas posteriores de otros grupos tanto en Congreso como Senado con idéntico consenso y sin materialización alguna.

Desde entonces y a falta de un marco estratégico estatal las comunidades autónomas han desarrollado diferentes iniciativas heterogéneas formalmente y con diferente grado de implementación, no generalizadas que se abordarán sintéticamente en este análisis de situación. Siguiendo las Recomendaciones de la OMS de 2014 sobre prevención de suicidio, como un imperativo global, en los países con algunas actividades de prevención del suicidio, como es el caso de España, este análisis de la situación puede mostrar lo que ya está implantado para consolidarlo e indicar las brechas por cubrir con el objetivo de articular una respuesta nacional integral que priorice a los grupos más vulnerables y de alto riesgo.

9.3 RESUMEN DE LAS RESPUESTAS AL PROBLEMA DESDE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS

9.3.1 Andalucía

Participa en el Proyecto Europeo EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) sobre prevención del suicidio. El proyecto finalizó en 2014, pero tiene un desarrollo posterior de implementación. En el contexto de este proyecto se han desarrollado las siguientes líneas de trabajo:

- Creación de una Red Local de Prevención del Suicidio y desarrollo de un paquete formativo para profesionales de atención primaria del SAS sobre prevención del suicidio.
- Desarrollo de los siguientes documentos técnicos: Directrices generales de prevención del suicidio, dirigido a responsables políticos y gestores; Directrices éticas para programas

de prevención del suicidio basadas en las nuevas tecnologías; y tres herramientas para la prevención del suicidio en diferentes ámbitos (medios de comunicación, ámbito escolar y entornos laborales).

- Desarrollo de un catálogo de recursos para supervivientes del suicidio. Además, se ha hecho una herramienta para facilitadores de grupos de (auto) ayuda para supervivientes del suicidio, especialmente dirigido a los grupos llevados a cabo en el ámbito comunitario.

9.3.2 Aragón

Actualmente en fase de desarrollo de la estrategia de prevención de la conducta suicida y el inicio de registro específico y seguimiento de pacientes en riesgo de conducta suicida.

9.3.3 Asturias

Ha participado en el Proyecto Europeo SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) en colaboración con el Instituto Karolinska. En fase de intervención en las escuelas, explorando factores anímicos y comportamentales en adolescentes, previa al diseño de programas preventivos. Además, en 2018 se ha impulsado un protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Nace con los objetivos de:

- Incrementar la detección precoz de los pacientes con ideación /planificación/ comportamiento suicida en los servicios sanitarios.
- Establecer un abordaje terapéutico multidisciplinar reglado que homogenice la atención clínica durante al menos un año de seguimiento de pacientes en riesgo de suicidio.
- Disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio asociado a causas clínicas.

El protocolo incluye el diseño del circuito de actuación coordinada entre los diferentes niveles asistenciales ante la detección de personas con riesgo de suicidio:

1. Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

2. Urgencias Hospitalarias
3. Centro de Salud Mental (CSM)

A fecha 1 de enero de 2020 1200 pacientes adultos y 1100 adolescentes habían participado en estas intervenciones.

9.3.4 Baleares

Actualmente está en fase de elaboración de un plan de prevención de la conducta suicida en el que participan un amplio grupo de profesionales e instituciones (52 en total). Está previsto que se presente a finales del 2020. Colaboración consolidada con asociación de supervivientes.

9.3.5 Canarias

Dentro del Plan de Salud Mental de Canarias se incluye una línea estratégica de prevención de la conducta suicida, con seis objetivos y 24 actuaciones.

Inclusión de pregunta en la encuesta de salud del 2014 de la Comunidad Autónoma sobre ideas de suicida. o Proyecto de recogida de información directa y específica en las urgencias hospitalarias sobre tentativas suicidas.

9.3.6 Cantabria

En el marco del plan de Salud Mental 2015-19 se establece la prevención del suicidio como una acción prioritaria. Actualmente se realiza un registro sistemático de las tentativas de suicidio y desde hace 2 años se realiza un seguimiento de las conductas suicidas de la CCAA.

A fecha 1 de enero de 2020 mas de 800 pacientes se habían beneficiado este este dispositivo.

9.3.7 Castilla-La Mancha

Desde 2018, tiene unas Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas.

Las Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas se enmarcan dentro del Plan de Salud Mental de Castilla-La Man-

cha 2018-2025, específicamente las líneas de acción 11 y 12 del Objetivo 6.2, en el Eje III —Sostenibilidad, Prevención y Promoción—, señalan la necesidad de aplicar estrategias de prevención del suicidio, mejorando la respuesta ante autolesiones y conductas suicidas en Castilla-La Mancha y prestando especial atención a colectivos de mayor riesgo.

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/preven-cion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio>

Son cuatro las líneas estratégicas planteadas:

- **Línea estratégica 1:** Generación y gestión del conocimiento.
- **Línea estratégica 2:** Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta.
- **Línea estratégica 3:** Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población infanto-juvenil.
- **Línea estratégica 4:** Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta mayor.

9.3.8 Castilla-León

Participa en el Proyecto Europeo EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) sobre prevención del suicidio. El proyecto que terminó en diciembre de 2014, pero tiene un desarrollo posterior de implementación:

- Han realizado un estudio cualitativo de atención a familiares de personas fallecidas por suicidio.
- Existe un protocolo de seguimiento de tentativas suicidas detectadas en el servicio de Urgencias, con apartado específico para población infanto-juvenil.
- Se ha elaborado un proceso integrado inter-nivel del paciente con conducta suicida.

Proceso de prevención y atención de la conducta suicida 2018.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/preven-cion-atencion-conduc-ta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVEN-CION%20Y%20ATEN-CION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>

[ta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVEN-CION%20Y%20ATEN-CION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/preven-cion-atencion-conduc-ta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVEN-CION%20Y%20ATEN-CION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf)

9.3.9 Cataluña

- En el marco del programa Europeo EAAD (*European Alliance Against Depression*) en Cataluña desarrolla dos experiencias del programa de Lucha contra la Depresión y prevención del suicidio, en un distrito de Barcelona (Dreta de l'Eixample) y en la ciudad de Sabadell que sirven como pilotos para la posterior implementación del Código Riesgo Suicidio.
- En 2012 se funda la asociación DSAS “Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes” con el fin de generar un espacio para el acompañamiento y de soporte en el duelo a supervivientes a la muerte por suicidio. También nace con la esperanza de contribuir a un cambio en la forma de hablar del suicidio y de sus terribles consecuencias.

A fecha 01 de enero de 2020 se han beneficiado de esta asociación mas de 2500 supervivientes.

Junto al Consell de l' Audiovisual de Catalunya se han efectuado recomendaciones específicas sobre el tratamiento en los medios de la información relacionada con la conducta suicida.

<http://www.apsas.org/wp-content/uploads/2017/10/Guia-Recomendaciones-medios-suicidio-ES.pdf>

- Código Riesgo Suicidio (CRS), que pretende unificar las actuaciones de los distintos servicios que intervienen cuando se produce una tentativa o detección de riesgo grave, y coordinar el proceso para asegurar una continuidad asistencial y evitar reintentos. Este proyecto incorpora los aspectos clave y recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida impulsada desde el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y se está trabajando de manera simultánea a dos niveles: Definición de un protocolo unificado de atención, que conlleva la coordinación de las actuaciones de los servicios de emergencias (112 y 061), “CatSalut respon”, de los servicios de urgencias hospitalarias y de los servicios de Salud Mental Comunitarios, conjuntamente con atención primaria.

A fecha de 1 de enero de 2020 se habían incluido en el CRS (Pérez et al., 2020)

9.3.10 Extremadura

Desde 2018 cuentan con un Plan de acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas. Dicho Plan pretende iniciar la respuesta de la Comunidad Autónoma ante el suicidio. Se enmarca dentro del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020, que considera como objetivos prioritarios:

https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/1%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf

El Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura consta de 9 objetivos:

- **Objetivo 1:** Mejorar la evaluación del riesgo de suicidio por parte de los profesionales de atención primaria.
- **Objetivo 2:** Mejorar la evaluación e intervención frente al suicidio por parte de los profesionales de salud mental.
- **Objetivo 3:** Mejorar la atención sanitaria preferente a la persona con riesgo suicida.
- **Objetivo 4:** Mejorar la información epidemiológica disponible sobre las conductas suicidas en Extremadura.
- **Objetivo 5:** Incluir la evaluación e intervención frente al suicidio en otros planes de la consejería de sanidad y políticas sociales.
- **Objetivo 6:** Incluir la formación en evaluación y gestión del riesgo suicida en la formación sanitaria especializada.
- **Objetivo 7:** Elaborar y difundir un documento de recomendaciones para el adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.
- **Objetivo 8:** Fomentar la sensibilización de los ciudadanos sobre la importancia del bien-

estar psicológico, factores de protección y el riesgo de suicidio.

- **Objetivo 9:** Mejorar la capacidad del sistema educativo en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas suicidas.

9.3.11 Galicia

Se ha elaborado un Plan de Prevención del Suicidio en Galicia en 2017 que consta de 7 líneas estratégicas, en las que se articulan 37 medidas que abarcan la integridad de la conducta suicida y de los agentes implicados en ella. Estas medidas pueden ir variando a lo largo del tiempo según se perciban las necesidades particulares de cada momento. Estas líneas son:

- **Línea Estratégica 1:** Coordinación Interinstitucional ante la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 2:** Sensibilización, concienciación y disminución del estigma social asociado a la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 3:** Prevención y abordaje de la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 4:** Limitación a medios letales.
- **Línea Estratégica 5:** Formación de profesionales en prevención e intervención en la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 6:** Postvención en supervivientes.
- **Línea Estratégica 7:** Investigación y alerta epidemiológica sobre la conducta suicida.

https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/12821/Plan%20Suicidio_Castellano.pdf?sequence=3&isAllowed=y

9.3.12 La Rioja

Plan de prevención de la conducta suicida publicado en 2017.

<http://www.telefonodelaesperanzalarioja.org/images/Plan-DePrevencionDeSuicidioDeLaRioja.pdf>

El plan incluye un teléfono específico de prevención de la conducta suicida gestionado por el Teléfono de la Esperanza, intervención sanitaria, de educación, justicia y forense. Con la realización de un plan de intervención individualizado en las personas de riesgo y un seguimiento por parte de la red de salud mental y seguimiento telefónico de las personas en riesgos.

En proceso de evaluación, no se disponen de datos de los usuarios incluidos en el plan.

9.3.13 Madrid

Siguiendo el modelo de las Estrategias multinivel como la Alianza Europea contra la Depresión (EEAD) se han implementado acciones con varias dianas, poblaciones de riesgo y vulnerables, formación e información a profesionales de Atención Primaria y SUMMA, información de facilitadores sociales (policía, bomberos, profesores, etc.), y acciones directas de sensibilización en población general.

Se han implementado Programa piloto de prevención del suicidio siguiendo dicho modelo multinivel EAAD en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz, dirigidas a personas que han realizado tentativas de suicidio. El del Hospital Universitario 12 de octubre, incluye integración de los niveles ambulatorio y hospitalario, atención psiquiátrica y psicológica individual y grupal, a pacientes y familiares, gestor de caso telefónico, así como formación a Atención Primaria y el de la Fundación Jiménez Díaz que incluye comunicación previa de información extrahospitalaria en estrecha coordinación con el SAMUR. Ambos han sido evaluados en 2016-2017. Los resultados de la evaluación confirman una reducción significativa de la repetición de tentativas de suicidio. Dicha evaluación ha sido publicada en revista científica internacional en 2019. Se han extendido al Hospital Gregorio Marañón y al Hospital de La Paz y está prevista su generalización.

Se impulsó el Código ARSUIC en 2012 con implementación actual de más del 90%, que garantiza la continuidad asistencial a pacientes con potencial riesgo suicida identificado, no subsidiarios de ingreso, asegurándoles una cita para seguimiento ambulatorio en el Servicio de Salud Mental de referencia, en el plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria o de urgencias. Ha sido evaluado en el Hospital de La Paz, obteniéndose resultados de

reducción de riesgo de repetición del 25% y publicándose en revista científica internacional en 2019.

Se mantienen Acciones formativas en Atención Primaria y SUMMA, donde se han incorporado psicólogos clínicos para la atención, de las que desde 2013 se han celebrado más de 60 ediciones con más de 1500 plazas ofertadas a médicos, enfermeras y técnicos de forma directa que posteriormente han revertido en sus respectivos centros. Se han ampliado Jornadas y cursos de actualización en prevención secundaria y postvención para psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras de la red de centros de salud mental. La oferta de formación continuada anual actualmente asciende a 500 plazas.

Se suman nuevas actuaciones dentro de la Campaña institucional sobre la depresión y la prevención del suicidio. A la edición en los últimos años de 4.000 carteles, 16.000 dípticos, 27.000 ejemplares de la Guía para familiares Detección y Prevención de la Conducta suicida en personas con una enfermedad mental, 24.000 ejemplares de las Guías de autoayuda "Qué puedo hacer", 48.000 ejemplares de la Guía para la Prevención y Detección de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales (Distribución masiva dentro y fuera de nuestra consejería, ayuntamiento, bomberos, policía, guardia civil, asociaciones y entidades del tercer sector.), Guía "NO ESTAS SOLO Enséñales a vivir" para la Prevención del Suicidio dirigida a Docentes, con 20.000 ejemplares, que está destinada a prevenir el suicidio en los adolescentes, y ha sido difundida por la Consejería de Educación; se sumará y como estaba previsto en 2019 la edición de 3000 ejemplares de una Guía específica para supervivientes, familiares y allegados de personas que fallecieron por suicidio, en colaboración con la Asociación de Intervención, Prevención e investigación del suicidio (RedAIPIS-FAeDS). Todos estos materiales que incluyen además un spot audiovisual dirigido a población general pueden verse en la web institucional. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>

Así mismo el Plan de Salud Mental 2018-2020 incluye una Línea Estratégica Específica para la Prevención del Suicidio, siguiendo el modelo de las estrategias multinivel antes referidas, que incluye potenciación de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Se van a generalizar los programas de prevención progresivamente a todos los hospitales. Hay incluido en su presupuesto partida para for-

mación y acciones sensibilizadoras en prevención de suicidio que incluyen la reedición de campañas anteriores y la edición de nuevas guías destinadas a poblaciones específicas de interés.

Recientemente el Plan de Refuerzo Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la Poscrisis por Covid19 incluye entre sus objetivos el seguimiento de poblaciones en riesgo específico y especial vulnerabilidad y la intensificación de acciones preventivas desde las interconsultas hospitalarias, los centros de salud mental y el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo.

9.3.14 Murcia

Se formó un grupo de trabajo desde la Subdirección de Programas de Salud Mental en el 2015 con un primer objetivo: la valoración correcta del riesgo suicida desde las urgencias de los principales hospitales generales al que se une el objetivo de la mejora en la continuidad asistencial del mismo.

Posteriormente se han creado sendos grupos de trabajo en atención infanto-juvenil, proceso de continuidad de cuidados y protocolos específicos de detección en unidades de hospitalización psiquiátrica.

Se ha creado también una página Web que servirá como plataforma para la sensibilización, (in)formación y promoción de la prevención.

Se ha publicado una guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.

Se han llevado a cabo cursos de formación en actualización de comportamientos autodestructivos para profesionales de Salud Mental y Estrategia de formación de formadores (2010-11) en Atención Primaria. Existe además un Programa de atención al suicidio en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Así mismo, se ha establecido una red de apoyo en el ámbito de las Organizaciones Sociales, como la "Asociación Amanecer", que presta apoyo a familiares de personas fallecidas por suicidio, los llamados supervivientes del suicidio. Y el Teléfono de la Esperanza dispone de un recurso de orientación telefónica en situaciones de crisis 24 horas al día, los 365 días del año.

www.prevencionsuicidamurcia.es

www.escueladesaludmurcia.es

9.3.15 Navarra

Existe desde 2014 un Protocolo de colaboración interinstitucional para prevención y actuación ante conductas suicidas integra a todos los agentes implicados en la prevención, proporcionado protocolos y herramientas de coordinación entre ellos, creando una comisión específica para esta coordinación.

Actualmente en marcha un plan de seguimiento telefónico en el que se han incluido 200 pacientes en el último año (2019)

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

9.3.16 País Vasco

Se ha elaborado en 2019 una Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. Dicha estrategia describe las acciones a desarrollar en esa Comunidad Autónoma para disminuir la morbilidad por suicidio y mejorar la atención a las personas en riesgo y a sus familias. Para ello, adopta un enfoque de intervención multidisciplinar que pretende romper las barreras que evitan que las personas en riesgo busquen ayuda y proporcionar más información, una mejor asistencia y una intervención más temprana.

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf

Como consecuencia de este plan específico se han desarrollado diferentes acciones como la Web divulgativa sobre el suicidio y su prevención para la ciudadanía <https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-mental-suicidio/ab84-oessmcon/es/>, formación de agentes sociales (o gatekeepers) en identificación y primera ayuda ante el riesgo de suicidio, cribado de riesgo en personas mayores vulnerables: La plataforma telemática betiON, incluye un protocolo para la identificación del riesgo de suicidio y su 1er abordaje por parte de los teleoperadores del servicio.

Se han elaborado mapas de los suicidios en ciertas regiones del territorio que ha permitido identificar hotspots o espacios públicos de riesgo y la formación en actuación ante conductas suicidas se ha incluido como parte de los cursos de ingreso y

del programa de formación continua de colectivos integrantes del Sistema de Seguridad Pública de la CAE (Ertzaintza, Policías Locales etc) y se ha realizado una campaña de sensibilización sobre prevención de suicidio desde la farmacia comunitaria (vídeos y artículos divulgativos), dirigida a más de 250 farmacias.

Se ha diseñado un programa de prevención de conducta suicida en pacientes con historia reciente de tentativa atendidos en urgencias hospitalarias, incluyendo mejoras en la coordinación con los CSM, los sistemas de información y seguimiento telefónico de apoyo durante 12 meses, en el que han participado más de 400 pacientes. Se ha elaborado un protocolo de seguridad y prevención de suicidio en pacientes hospitalizados, desarrollados en varios hospitales generales.

La asociación de apoyo al superviviente Biziraun ha atendido a más de 200 personas que han acudido solicitando asesoramiento y apoyo.

9.3.17 Valencia

Desde 2017 existe Plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunidad Valenciana. Dicho Plan tiene como misión prevenir las conductas suicidas y disminuir las tasas de suicidio. Está orientado a la aplicación de estrategias de promoción, prevención, detección precoz y el desarrollo de una red de atención de calidad, contando con la participación de todos los implicados desde una perspectiva integral.

http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

El Plan consta de 5 estrategias clave:

- 1 Promoción de la salud mental positiva y prevención de los comportamientos suicidas.
- 2 Detección del riesgo de conducta suicida.
- 3 Manejo de la conducta suicida.
- 4 Formación.
- 5 Sistemas de información e investigación epidemiológica.

9.4 IDENTIFICACIÓN DE MÁRGENES DE MEJORA

Las iniciativas preventivas del suicidio en el ámbito sanitario en España son con carácter general aun insuficientes, parciales y heterogéneas en su grado de implementación. Son cada vez más convergentes en torno a modelos de intervención europeos multi-nivel; y no están aun suficientemente evaluados.

Es clave tanto para la prevención primaria como para la secundaria, siguiendo el orden de priorización del Informe de la OMS de 2014, la identificación precoz de los individuos en riesgo y formulación y evaluación del riesgo de suicidio.

9.4.1 Prevención secundaria

- Mejora en la valoración del riesgo suicida tras tentativas en los Servicios de Urgencias y en los Servicios de emergencia extrahospitalaria.
- Mejora de la continuidad Asistencial entre los Servicios de urgencias y los Servicios de Salud Mental ambulatorios, y Atención Primaria a corto y medio plazo tras realización de tentativa.
- Pacientes con riesgo crónico elevado de suicidio atendidos en recursos no específicos.

9.4.2 Prevención primaria

- Mejora en el manejo y la detección del riesgo suicida en Atención Primaria.

9.4.3 Postvención

- Mejora en la Atención a las personas supervivientes (familiares y allegados de personas fallecidas por suicidio).

9.4.4 Coordinación intersectorial

- Mejora en la articulación efectiva de facilitadores sociales de ámbitos distintos al sanitario: educación, servicios sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, bomberos, medios de comunicación, tercer sector, etc.

9.4.5 Población general

- Reformulación cultural del tabú social y lucha contra el estigma y la discriminación.

9.4.6 Investigación y evaluación

- Mejora de registros y sistemas de información.
- Mejora en la evaluación de actuaciones preventivas implementadas.

9.5 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

Se propone la elaboración de un Plan Nacional para la Prevención del Suicidio con presupuestación finalista y fondos de cohesión autonómica que aborde entre sus líneas los siguientes contenidos:

a) Sensibilización de la población general y medidas de prevención universal.

- Teléfono de tres cifras de ámbito nacional.
- Campañas de sensibilización para la prevención del suicidio.
- Promoción de buenas prácticas en los medios de comunicación con las noticias relacionadas con el suicidio.
- Reducción de acceso a los medios letales.

b) Mejorar la detección y el manejo del riesgo de suicidio entre los profesionales sanitarios.

- Mejora de la detección del riesgo de suicidio en Atención Primaria de Salud mediante formación de sus profesionales.
- Formación en detección y prevención del riesgo de suicidio entre profesionales que atienden a personas con enfermedad crónica y mala calidad de vida.
- Promover la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias y los servicios de salud mental ambulatorios, y la Atención Primaria tras realización de tentativa mediante la implantación de:

- El Código de Riesgo de Suicidio: Todo paciente identificado con riesgo grave de suicidio o tentativa de suicidio en los Servicios de Urgencias y emergencias o en Atención Primaria y que no sea subsidiario de hospitalización, tendrá cita en el centro de Salud Mental en un tiempo no superior una semana.
- Elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a la conducta suicida.

- Atender a las personas cuidadoras, familiares y allegados de personas que han fallecido por un suicidio consumado.

- Cita y evaluación inmediata en Atención Primaria tras el conocimiento de la ocurrencia de la pérdida por suicidio.
- Derivación a Salud Mental si procede. Creación de consulta específica en los Servicios de Salud Mental, para las personas cuidadoras, familiares y allegados en caso de duelo complicado o riesgo de suicidio identificado.
- Apoyo al desarrollo de experiencias de organización de formas de autoayuda entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio.

- Mejorar la calidad de los servicios especializados de salud mental implementando medidas preventivas de suicidio entre los pacientes con trastornos mentales:

- Protocolos de actuación en pacientes graves que se desvinculan del tratamiento y seguimiento post-alta psiquiátrica.
- Programas de actuación en patología dual (pacientes diagnosticados de trastorno psiquiátrico y de trastorno adictivo).
- Formación continuada regular en prevención del suicidio de los profesionales de salud mental.
- Medidas de prevención de suicidio durante los ingresos hospitalarios.

c) Intervención específica en grupos de riesgo.

- Poblaciones vulnerables: jóvenes, personas en desempleo, población anciana, mujeres víctimas de violencia de género, personas en situaciones de exclusión social (inmigración, personas LGTBI).

- Poblaciones que tiene fácil acceso a medios letales (policías, médicos, etc.)

d) Mejora de la Coordinación intersectorial y formación de facilitadores sociales.

- Formación para la intervención en suicidio en curso de policías y bomberos.
- Formación para profesionales de servicios sociales en detección de riesgo e intervención.
- Elaboración de rutas e itinerarios interdepartamentales, sanidad, educación, servicios sociales, Ministerio de Interior y Justicia.

e) Mejora de la recogida de datos de las conductas suicidas y de los suicidios consumados y promoción de la investigación en suicidio y prevención del suicidio.

- Creación de un registro de tentativas de suicidio, especialmente en urgencias.
- Creación de un registro de suicidios consumados, en colaboración con los Institutos de Medicina legal.
- Evaluación de efectividad y coste-efectividad de actuaciones y programas implementados.

9.6 CONCLUSIONES

Todas las comunidades autónomas han implementado actuaciones para la prevención del suicidio, aunque el grado de implantación y alcance es muy heterogéneo.

Es necesario el impulso y liderazgo del Ministerio de Sanidad en la elaboración de un plan específico de ámbito estatal, con presupuesto finalista cohesivo, para la prevención de la conducta suicida en España.

9.7 BIBLIOGRAFÍA

Andriessen K. Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: lessons learned for the future of postvention. *Crisis*, 2014;35(5):338-48

ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO*www.redaipis.org;

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

Ayuso-Mateos, JL; Baca-García, E; Bobes, J; Giner, J; Giner, L; Péres, V; Sáiz, PA; Saiz Ruiz, J y Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, 2012;5(1):8--23.

Bobes García, J; José Giner Ubago; Jerónimo Saiz Ruiz (Ed). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela. Madrid 2011.

Código Riesgo Suicidio de la Consejería de Sanidad Catalana. <http://www.salutmental.org/2013/12/18/salut-implantara-un-codi-de-riscde-suicidi-per-disminuir-les-tempatives-i-la-taxa-de-repeticio/>

Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma. A review of the literatura. *Perspect Psychiatr Care*, 2005;41:14-21

DESPRÉS DEL SUICIDI – ASSOCIACIÓ DE SUPERVIVENTS (DSAS). <http://www.despresdelsuicidi.org/>

EUROPEAN ALLIANCE AGAINST DEPRESSION. <http://www.eaad.net/>

EUROPEAN REGIONS ENFORCING ACTION AGAINST SUICIDE. EUROGENAS. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_promprev_3. Directrices Generales para la Prevención del suicidio.<http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/06/DirectricesGenerales-para-la-Prevencion-del-Suicidio.pdf>. OTROS DOCUMENTOS (Directrices éticas, Prevención en los entornos escolar y laboral, Recomendaciones Medios de Comunicación)

Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(9):703-9. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>.

Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2013). Plan de Salud Mental de Cantabria 2014-2019.

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. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad, 2012.

Hampton T. Depression Care Effort Brings Dramatic Drop in Large HMO Population's Suicide Rate. *JAMA*,

2010; 303 (19): 1903-5.

López-Castroman, J; Baca-García, E; Oquendo, M. A. Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas?. *Revista de psiquiatría y salud mental* (Barcelona), 2009; 2: 42-48

Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32-41. doi:10.1027/0227-5910/a000158

Martínez-Alés G, Angora R, Barrigón ML, Román-Mazuecos E, Jiménez-Sola E, Villoria L, Sánchez-Castro P, López-Castromán J, Casado I, Pacheco T, Rodríguez-Vega B, Navío M, Bravo-Ortiz MF, Baca-García E. A Real-World Effectiveness Study comparing a Priority Appointment, an Enhanced Contact Intervention and a Psychotherapeutic Program Following Attempted Suicide *J Clin Psychiatry*. 2019 Feb 26;80(2). pii: 18m12416. doi: 10.4088/JCP.18m12416

Martínez-Alés G, Jiménez-Sola E, Román-Mazuecos E, Sánchez-Castro MP, de Dios C, Rodríguez-Vega B, Bravo-Ortiz MF. Suicide Life Threat Behav. 2019 Feb 14. doi: 10.1111/sltb.12542 .An Emergency Department-Initiated Intervention to Lower Relapse Risk after Attempted Suicide.. *Suicide Life Threat Behav*. 2019 Feb 14. doi: 10.1111/sltb.12542

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. SANIDAD, 2011.

Pérez V, Elices M, Prat B, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *J Affect Disord*. 2020;268:201-205.

Programa Prevención Suicidio. Hospital San Pau. <http://www.suicidioprevencion.com/>

OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra, 2000. WHO/MNH/MBD/00.4 http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

OMS. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. 2000. WHO/MNH/MBD/00.1

OMS. Prevención del suicidio. Un imperativo global. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

Organization WH. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Geneva WHO. 2002.

Plan de Salud Mental 2010-2020. Comunidad de Madrid.

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Protocolo PACS de la Consj. Sanidad Navarra: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F630E553-FB7D-4847-ABAE98C3FF296DA3/290523/070814ps80.pdf>

Proyecto SEYLE. SAVING AND EMPOWERING YOUNG LIVES IN

Prevención de la Depresión y el Suicidio. Comunidad de Madrid. http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPágina_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851

Reijas T; Ernesto Ferrer; Amparo González; Fernanda Iglesia. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(5):279-86

Sendra-Gutiérrez, J M; Esteban-Vasallo, M; Domínguez-Berjón, M. F. :Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Revista de psiquiatría y salud mental* (Barcelona).2016

Sieso Sevil, AI; Fernández Parrado, C; Zahíno Pardo Falcón, ME. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. *Biblioteca Lascasas*, 2012; 8(1). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.php>

Tejedor CI, Díaz A, Faus G, Pérez V. Outcomes of a suicide prevention program in the general population; Barcelona Dreta de L'Eixample district. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Sep-Oct;39(5):280-7

WHO. Public health action for the prevention of suicide: A Framework, Ginebra. 2012. From <http://www.who.int/m>. Available from: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Prevención del suicidio en Europa a través de la resiliencia en las escuelas

La Organización Mundial de la Salud informa que cada año se producen 800.000 muertes por suicidio (WHO, 2019), de las cuales 164.000 son de menores de 25 años (Hawton et al, 2012).

En Europa la cifra de suicidios registrados en el año 2015 asciende a 56.200 casos (Eurostat, 2018) lo que se traduce en 11 muertes por suicidio por 100.000 habitantes.

La prevalencia europea de intento de suicidio auto informado es de 4,2% en adolescentes de entre 15 y 19 años (Brent & Brown, 2015). Además, la mera posibilidad de que una persona cercana plantee, intente o consuma el suicidio genera un grave impacto en miles de personas cada año (WHO, 2018). En general, el riesgo de consumir el suicidio es mayor en varones que en mujeres.

Estas cifras ofrecen una imagen de la realidad del suicidio y justifican que constituya uno de los mayores desafíos de salud pública en Europa.

10.1 FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

El riesgo de consumir el suicidio aumenta al converger factores genéticos, biológicos (i.e., hormonales y neurológicos), psicológicos (i.e., impulsividad, perfeccionismo, abuso de sustancias u otros trastornos mentales) y culturales con la experiencia de un trauma o pérdida significativa para la persona (Zalsman et al., 2016; Hawton et al., 2012). La teoría Interpersonal del Suicidio (IPTS; Joiner, 2007) es un modelo respaldado empíricamente (Barzilay et al., 2019) que explica la ocurrencia de ideación suicida y del intento de suicidio. En concreto la IPTS pro-

AUTORÍA

CARLOTA LAS HAYAS. Doctora en Psicología, Investigadora en el Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune, Barakaldo, Bizkaia.

ANA GONZÁLEZ-PINTO. Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; Jefe de Servicio en funciones de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava; Profesora titular de Psiquiatría de la UPV/EHU.

pone que dos aspectos interpersonales predicen la ideación suicida: un sentido de pertenencia frustrado (i.e., experiencia de soledad o aislamiento social) y sentirse una carga para otras personas. Una vez instaurada esta ideación suicida, se traducirá en un intento suicida sólo cuando la persona haya adquirido la capacidad de suicidarse; es decir, cuando se haya expuesto y habituado a experiencias de dolor o temibles como son las conductas de auto-lesiones u otras conductas de riesgo para la vida. Las conductas de autolesiones se refieren a infringirse daño a uno o una misma mediante heridas o envenenamiento voluntarios (Hawton et al., 2012).

Los factores de riesgo relacionados con las autolesiones y el suicidio en adolescentes son similares (Tabla 13) (Hawton et al., 2012; Castellví et al., 2017).

Las razones que articulan las y los adolescentes para sentirse suicidas han sido descritas en un estudio cualitativo que revisó 210 escritos publicados por ellas y ellos mismos en las redes sociales (Ali & Gibson, 2019). Se identificaron 6 motivos principales: sentimientos de soledad y desconexión social, experimentar estigma relacionado con la propia identidad, sentimientos de fracaso con respecto a

expectativas sociales y culturales, desesperanza, baja autoestima y síntomas de trastornos mentales. **Las y los adolescentes son particularmente vulnerables ante el suicidio dado que se encuentran inmersos en un periodo de desarrollo cortical sensible a padecer trastornos emocionales y cometer conductas de riesgo (Hawton et al., 2012). Asimismo, son muy influenciables por lo que los demás esperan de ellas y ellos o por si pertenecen o no a un grupo social.** Por ejemplo, las personas jóvenes con orientación homosexual o bisexual tienen un riesgo entre cuatro a seis veces mayor de intento de suicidio que sus pares heterosexuales (Hawton et al., 2012).

El grueso de la evidencia científica señala que la mitad de los trastornos mentales tienen su origen en la infancia y adolescencia, por lo que es una etapa idónea en la que intervenir para prevenir futuros problemas mentales que puedan derivar en suicidio (Wasserman et al., 2015).

10.2 ¿QUÉ ES LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO?

En el área de la salud mental, la prevención se entiende como reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia del trastorno, duración de la sintomatología psiquiátrica, los factores de riesgo a desarrollar una psicopatología, y reducir el impacto negativo de la enfermedad mental en la persona, su círculo social y la sociedad en su conjunto (Haggerty & Mrazek, 1994).

Desde el marco teórico de la prevención primaria del suicidio se establecen tres programas diferentes de abordaje: programas universales, selectivos o indicados (Haggerty & Mrazek, 1994; Wasserman et al., 2015). Un enfoque universal se caracteriza por intervenir en la población general mientras que uno selectivo o indicado se centra en intervenir en aquellas personas que muestran un riesgo mayor que la media o alto de suicidio respectivamente.

Existen diferentes intervenciones de prevención del suicidio que engloban estrategias como (a) restringir el acceso a medios letales, (b) uso de fármacos o terapias no-farmacológicas para reducir la ideación suicida y (c) prevenir a nivel poblacional mediante programas educativos implementados en escuelas, campañas de concienciación social, o el uso de los grandes medios de comunicación para apoyar a la prevención. Los programas de prevención primaria

■ TABLA 13. Factores de riesgo de suicidio y autolesiones en adolescentes

SOCIODEMOGRÁFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico. • Bajo logro académico.
CONTEXTUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Contexto familiar adverso (i.e.,divorcio, muerte o trastornos mentales en el nucleo familiar). • Antecedentes familiares de suicidio. • Dificultades en las relaciones sociales, incluyendo dificultad para hacer nuevas amistades, discusiones con figuras de autoridad y semejantes, muestras de crueldad hacia otros, soledad y aislamiento social. • Ideación o intento de suicidio previo.
SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental, especialmente depresión, ansiedad o trastorno por déficit de atención por hiperactividad. • Abuso de drogas. • Trastornos de conducta. • Sentimiento de desesperanza.

basados en las escuelas son ejemplos de programas de prevención universales que pueden reducir la tasa de suicidio entre la población joven.

10.3 ¿POR QUÉ INTERVENIR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS?

Hace más de 25 años que se llevan implementando programas de prevención del suicidio en las escuelas (Soto Sanz et al., 2019). **Los centros educativos son el lugar apropiado para desplegar programas universales de prevención de trastornos mentales y de promoción de la salud mental porque proporcionan acceso a un gran número de jóvenes. Intervenir en la escuela permite prevenir e identificar de forma temprana problemas mentales precursores de posibles casos de suicidio.** Proporcionar una adecuada atención a estos casos puede conducir a mejorar el curso vital de estos jóvenes, su capacidad de aprendizaje, resultados académicos y futuro laboral.

Las intervenciones en la escuela aúnan los objetivos de prevención y de promoción de la salud mental. Los programas de prevención están dirigidos a reducir el riesgo y los síntomas de los trastornos mentales. Los programas de promoción de la salud buscan aumentar el bienestar mental, la competencia y la resiliencia creando entornos saludables, es decir donde se pueda encontrar apoyo en caso de sufrir una adversidad. Estos programas aumentan la capacidad afrontar los problemas de los individuos, familias y comunidades proporcionando el conocimiento, las habilidades y los recursos necesarios (Cho & Shin, 2013).

Los centros educativos son también un lugar idóneo donde ofrecer campañas de educación contra el acoso escolar, el consumo de drogas, para favorecer el bienestar del profesorado, prevenir los trastornos mentales y el suicidio. Asimismo, también son buenos lugares donde ofrecer tratamiento clínico en forma de terapia individual y grupal (McNamara, 2013).

Soto-Sanz et al. (2019) revisaron sistemáticamente los programas de prevención de suicidio en adolescentes en la población comunitaria publicados desde 1991. En total identificaron 37 programas de los cuales el 68% se realizaron en EE.UU, y solo 2 (5%) en Europa. En general todos los programas compartían similares contenidos: aportar educa-

ción para reducir el estigma y aumentar los conocimientos básicos sobre suicidio, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y búsqueda de ayuda para reducir el estrés, y algunos de ellos incluían también el entrenamiento de guardianes *gatekeepers*. El entrenamiento de los guardianes *gatekeepers* consiste en educar específicamente a las personas cercanas (adultos y menores) para que reconozcan las señales de alerta de suicidio (Hawton et al., 2012). Tras su revisión Soto-Sanz et al (2019) concluyen que, en el conjunto de programas, la metodología empleada es insuficiente (i.e., no se emplea grupo control o el estudio no es aleatorizado) para poder evaluar la efectividad de reducir el riesgo de suicidio o factores asociados. Sin embargo, en aquellos pocos programas que aportan información, las magnitudes de efecto son entre medianas y grandes. Por su parte Hawton et al. (2012) concluyen que los enfoques integrales escolares, que apuestan por crear una cultura de bienestar en el centro educativo, es probable que aumenten la búsqueda de ayuda en caso de necesidad, pero se necesitan más estudios para evidenciar si pueden reducir los casos de suicidio.

Dado el contexto europeo del presente capítulo, describimos brevemente los dos programas de prevención del suicidio creados en Europa para la prevención del suicidio en las escuelas. El programa de Portzky & Van Heeringen, (2006) fue desarrollado y testado en Bélgica para estudiantes de educación secundaria (14 – 18 años). Este programa considera que el suicidio es consecuencia de la interacción entre factores sociales, psicológicos y biológicos, y no meramente una respuesta normal ante un elevado nivel de estrés. El programa combina dos enfoques de prevención. Aplica un programa psicoeducativo para entrenar a las y los compañeros del centro para que reconozcan las señales de suicidio y les empodera a intervenir cuando se encuentran con un caso potencial. El programa psicoeducativo proporciona información sobre suicidio, actitudes hacia el suicidio, habilidades de resolución de conflictos, y desesperanza. Este programa fue eficaz a la hora de aumentar el conocimiento sobre el suicidio. El segundo estudio europeo de prevención del suicidio se denomina SEYLE, nace en Suecia y fue financiado por la Comisión Europea en su séptimo programa marco (Wasserman et al., 2015). Este equipo desarrollo y testó dos programas de prevención para adolescentes de 15 años. “Jóvenes conscientes de la salud mental” (“*Youth Aware of*

Mental health” en inglés, YAM) es una intervención universal manualizada. Incluye 3 horas de juegos de rol combinadas con talleres interactivos, un libro de 32 páginas para las y los adolescentes, seis posters mostrados en las paredes del centro educativo y 2 horas de clase sobre conocimientos en salud mental. El segundo programa fue “Selección por profesionales” (*“Screening by professionals”* en inglés; ProfScreen). Es una intervención selectiva o indicada que requiere de cuestionarios de medida y de la colaboración de personas expertas en salud mental. Las personas expertas revisan las respuestas a los cuestionarios. Aquellos y aquellas estudiantes que puntúan por encima de un punto de corte son invitados e invitadas a una sesión de evaluación clínica con una persona experta en salud mental, y enviados y enviadas a tratamiento si resulta necesario tras la evaluación. De las dos intervenciones solamente YAM resultó efectiva para prevenir los intentos de suicidio y la ideación suicida.

10.4 ¿POR QUÉ INTERVENIR EN RESILIENCIA?

La investigación en resiliencia se centra en describir el proceso por el cual se logran resultados positivos en un contexto de adversidad (Kolar, 2011). La resiliencia se caracteriza por el entrenamiento en habilidades individuales, capacidades y obtención de apoyo externo para hacer frente al estrés generado por un acontecimiento negativo. La resiliencia puede ser el factor que explique por qué en similares circunstancias negativas unos individuos se adaptan y progresan, mientras que otros padecen las consecuencias.

El entrenamiento en habilidades resilientes dota de recursos a las y los jóvenes para que puedan manejar el estrés generado por las tensiones sociales y de desarrollo madurativo típicas de su edad. La resiliencia se puede desarrollar y aumentar en cualquier momento de la vida (*American Psychological Association*, 2011). Sin embargo, a pesar de todos sus beneficios, la resiliencia de una persona está condicionada por el número de estresores a los que debe hacer frente. Cuantos más y diversos estresores, más complejo será poder responder a todos de forma resiliente.

Dentro del contexto de la resiliencia al suicidio, McNamara (2013) identifica los siguientes factores de resiliencia individual, familiar y comunitarios.

■ TABLA 14. Factores de resiliencia individual y colectiva ante el suicidio

FACTORES DE RESILIENCIA INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia • Optimismo • Espiritualidad • Auto-consciencia • Pertenencia
FACTORES DE RESILIENCIA SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión • Alfabetización en salud mental • Expresividad

El entrenamiento en habilidades de resiliencia aumenta la capacidad de afrontar de forma positiva el malestar emocional y los estresores vitales que son factores de riesgo de las conductas suicidas.

10.5 PROGRAMAS EUROPEOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA BASADOS EN LA RESILIENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Los programas escolares basados en el aumento de la resiliencia tienen objetivos a tres niveles, individual, de centro educativo y a nivel interacción individuo – centro educativo. A nivel de individuo se proponen fomentar habilidades de resiliencia en las y los jóvenes y valores pro-sociales como son el respeto, la compasión, la tolerancia y la amabilidad. Como centro educativo proponen que las y los estudiantes se impliquen al máximo en el proceso de aprendizaje y promueven una cultura pro-social positiva en el centro en donde todas las y los estudiantes se sientan a salvo. A nivel de interacción proponen un entrenamiento en habilidades sociales para promocionar relaciones positivas en el centro educativo, reconocer las fortalezas de alumnado y profesorado, y desarrollar, tanto en el profesorado como en el alumnado, un sentido de significado y propósito en la vida (McNamara, 2013). El entrenamiento en habilidades sigue un enfoque “ascendente” (o *upstream*, en inglés) previniendo el suicidio de manera indirecta, es decir no abordan directamente la temática del suicidio. En cambio

reducen los factores de riesgo que preceden al suicidio como son el abuso de sustancias, abandono escolar, las conductas agresivas o la depresión mediante el entrenamiento general en habilidades de afrontamiento, de resolución de conflictos y de toma de decisiones (Wyman, 2014).

Todos los programas escolares de prevención del suicidio se han de aplicar durante la infancia y adolescencia, enseñando habilidades y apoyos según su estadio de desarrollo (Singer et al., 2019). Son especialmente pertinentes durante la adolescencia que es cuando suele aparecer la ideación suicida (Val-Noguerol & Míguez, 2019).

Se espera que las tasas de suicidio se reduzcan mediante los programas psicoeducativos basados en resiliencia gracias a la educación en señales de suicidio y habilidades que reciben las y los estudiantes, que les permite reconocer el problema a tiempo en sí mismos y en otras personas. También estas habilidades les entrenan en mantener unas actitudes más adaptativas hacia la depresión y la conducta suicida (Portzky & Heeringen, 2006). Los programas de prevención universal son los que han resultado más efectivos, reduciendo tanto la ideación como las tentativas de suicidio, además de aumentar la alfabetización en este campo (Val-Noguerol & Míguez, 2019).

No obstante, los resultados son contradictorios y se requiere estudios más rigurosos en su metodología para poder llegar a conclusiones más firmes. Finalmente es necesario implicar a los padres/madres/tutores legales durante el proceso para aumentar su efectividad (Soto-Sanz et al., 2019).

10.6 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ACTUALES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO BASADAS EN LA RESILIENCIA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

La Comisión Europea en su programa de investigación e innovación Horizon 2020 dentro del área de prevención de enfermedades lanzó una convocatoria en 2017 titulada "Promocionando la salud mental y el bienestar en las y los jóvenes". Cinco proyectos, entre más de 100 presentados, fueron financiados por dar respuesta a los requisitos de la convocatoria, "desarrollar intervenciones de prevención primaria orientadas a la población [[La preven-

ción primaria está dirigida a prevenir la aparición inicial de un trastorno (Glosario de Promoción de la Salud de la OMS, 1998)] para promover el bienestar mental de las y los jóvenes y evaluar su eficacia" (Cordis, 2018).

A continuación, presentamos los 5 proyectos europeos que se iniciaron en enero 2018 y finalizarán en diciembre 2021. Todos los proyectos tienen como objetivo promover la salud mental y el bienestar mediante la resiliencia, y son aplicables en los centros educativos. Sin embargo, difieren en la población objetivo y en el método utilizado. Sus resultados supondrán un avance en la prevención de problemas de salud mental en los jóvenes en el futuro, y, en consecuencia, en el suicidio juvenil.

10.6.1 UPRIGHT



El proyecto UPRIGHT (www.uprightproject.eu) recibe financiación de la Comisión Europea mediante el acuerdo de subvención N° 754919. Está dirigido desde el País Vasco (España), por el Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune. Cuenta con la participación del Servicio Vasco de Salud Osakidetza, e instituciones europeas en Italia, Polonia, Noruega, Islandia y Dinamarca.

UPRIGHT tiene como objetivo desarrollar, implementar y evaluar una intervención de prevención primaria universal en el entorno escolar. El objetivo general de UPRIGHT es promover el bienestar mental y prevenir los trastornos mentales mediante el aumento de las capacidades de resiliencia de la población adolescente de entre 12 y 14 años. UPRIGHT emplea un enfoque holístico, es decir, la intervención la reciben la población adolescente, sus familias, el profesorado del centro educativo y la comunidad educativa en su conjunto.

El marco conceptual de UPRIGHT consta de cuatro dominios de resiliencia, "afrontamiento", "eficacia", "aprendizaje social y emocional" y "mindfulness" que se entrenan mediante 18 habilidades (Tabla 15).

La intervención consta de dos programas manualizados. El primer programa se denomina "Bienestar para nosotras y nosotros" y dura todo el curso escolar de 1º Educación Secundaria Obligatoria (1ºESO) o su curso equivalente en otros países europeos. Al inicio del curso el profesorado de 1ºESO recibe una formación de 12 horas (mínimo) en el contenido

■ TABLA 15. Marco conceptual del programa escolar basado en resiliencia UPRIGHT (Las Hayas et al., 2019)

Mindfulness	Afrontamiento	Eficacia	Aprendizaje social y emocional
Observar Describir Actuar de forma consciente Aceptar sin juzgar	Modificación cognitivo conductual Resolución de conflictos Asertividad y estrategias de comunicación Conocimientos en salud mental	Autoeficacia Mentalidad de crecimiento Resiliencia emocional Resiliencia social Liderazgo	Conciencia de uno mismo/ Auto-regulación Conciencia social Habilidades relacionales Toma de decisiones responsable
			

del programa. Una vez formados, será el profesorado quien aplique el programa al alumnado de 1ºESO mediante 18 a 24 sesiones de 40 minutos distribuidas a lo largo del curso en horario lectivo. En cada sesión hay una parte de teoría (el programa proporciona las diapositivas con la teoría a mostrar en clase), y otra de práctica, donde las y los adolescentes interactúan entre ellos y ellas debatiendo sobre historias que reflejan las habilidades, dilemas y ejercicios individuales y de grupo. En cada sesión se lleva a cabo un ejercicio de mindfulness guiado por audio. Las familias reciben el programa a través de una plataforma online en donde se descargan la misma teoría que recibe el profesorado y el alumnado y una pequeña parte de los ejercicios adaptados al contexto familiar. El segundo programa, "Bienestar para todas y todos" tiene lugar al año siguiente, en 2ºESO. Este programa tiene como objetivo crear una cultura de bienestar mental y resiliencia en el centro educativo. Para ello el programa proporciona posters, mensajes digitales para colgar en las redes sociales del centro educativo que abordan las 18 habilidades UPRIGHT, ejercicios de mindfulness y un catálogo de actividades abiertas a la comunidad educativa. Estas actividades se caracterizan por aumentar las relaciones positivas, la inclusión social, el sentido de pertenencia al grupo y la participación activa. El proyecto UPRIGHT está en curso desde el año 2018 al 2021.

Para evaluar su efectividad de incrementar el bienestar percibido y prevenir los trastornos mentales mediante el aumento de la resiliencia se emplea un ensayo aleatorizado con grupo control en una muestra de 6000 adolescentes (12-14 años), sus fa-

milias y su profesorado. El programa está disponible en 7 idiomas (castellano, euskera, italiano, danés, islandés, polaco e inglés) y se está testando en centros educativos de 5 países: España, Italia, Dinamarca, Polonia e Islandia. También, se evaluará el impacto económico del programa a largo plazo. Si el programa demuestra ser efectivo, estará disponible gratuitamente para ser descargado por los centros que lo deseen una vez finalice el proyecto de investigación.

10.6.2 BOOST

Boost (www.boostproject.eu) es una propuesta de promoción de la salud mental basada en la escuela primaria para el aprendizaje social y emocional. El enfoque está dirigido al personal de las escuelas primarias, para fortalecer su capacidad de promover y enseñar el aprendizaje social y emocional en los niños y niñas de la escuela primaria. El proyecto está financiado por la Comisión Europea a través del acuerdo de subvención no 755175, y está coordinado por SINTEF AS, en Noruega.

El objetivo del proyecto BOOST es desarrollar un enfoque basado en la escuela para el aprendizaje social y emocional que pueda integrarse con éxito en el entorno escolar, dirigido a todo el personal de la escuela y a todo el entorno escolar. BOOST emplea un enfoque integral, que incluye el aprendizaje, herramientas prácticas y un modelo de prestación de servicios, con el objetivo de que tanto el personal de la escuela como toda la institución educativa sean competentes en la promoción de las habilida-

des sociales y emocionales. El enfoque está siendo probado en escuelas de Noruega, Polonia y España. Además, el proyecto incluye la evaluación del impacto económico a largo plazo, la evaluación del efecto y la evaluación del proceso.

Con su enfoque, el proyecto BOOST espera tener un efecto sobre la competencia social y emocional y la resiliencia de los niños y niñas de la escuela primaria, y también sobre el clima escolar, creando así un entorno escolar positivo que promueva el aprendizaje académico, así como el social y emocional. Investigaciones anteriores han demostrado que un clima escolar positivo puede promover el rendimiento académico de las y los estudiantes, reduciendo el abandono escolar y promoviendo el éxito a largo plazo en el empleo. De manera similar, el fomento de la capacidad de recuperación de los niños y niñas y las y los jóvenes puede reducir el riesgo de una mala salud mental más adelante en la vida.

10.6.3 ECO-WEB

El proyecto Eco-Web (www.ecowebproject.eu) ha sido financiado por la Comisión Europea bajo el acuerdo de subvención nº 754657, y está liderado por la Universidad de Exeter, Reino Unido. El objetivo es diseñar, aplicar y testar una nueva aplicación móvil de autoayuda que mejore el bienestar y prevenga las enfermedades mentales en personas adultas jóvenes. La base conceptual sobre la que se sustenta es el Proceso de Competencia Emocional (i.e., ser capaz de expresar, regular y conocer de forma ajustada las emociones). La aplicación evalúa a las personas usuarias y les ofrece un tratamiento personalizado de promoción del bienestar según sus necesidades. La intervención de competencia emocional se probará en ensayos aleatorios múltiples de cohorte con personas adultas jóvenes de varios países europeos y se comparará frente a un grupo control y una intervención de autoayuda digital de aprendizaje socioemocional no personalizada.

10.6.4 ME-WE

El proyecto ME-WE (www.me-we.eu) ha sido financiado por la Comisión Europea bajo el acuerdo de subvención nº 754702, y está dirigido por la Universidad de Linnaeus, Suecia. El proyecto ME-WE tiene como objetivo aumentar la resiliencia mental de

menores (especialmente de edades entre 15 - 17 años) que son cuidadores de personas en estado de dependencia. Además, pretende dar a conocer esta problemática a las y los responsables políticos de diferentes países europeos. Algunas estadísticas nacionales sugieren que entre el 7 y el 8% de las personas menores en Europa tienen responsabilidades de cuidado. En concreto, estos menores asumen niveles de responsabilidad que serían equivalentes a los de una persona adulta y pueden resultar abrumadoras para una persona menor. Este nivel de responsabilidad genera presión en la persona menor y puede ponerle en riesgo de padecer un problema de salud mental. Aparte de este riesgo, ser menor y cuidador o cuidadora puede conllevar un bajo rendimiento académico, abandono escolar y, en consecuencia, a largo plazo, baja empleabilidad y exclusión social.

ME-WE ha co-diseñado, junto con las propias personas menores cuidadoras, una intervención psicosocial de prevención primaria para mejorar su salud mental y su bienestar. Esta intervención está siendo testada en 6 países: Italia, Holanda, Eslovenia, Suecia, Suiza y Reino Unido.

10.6.5 REFUGEESWELLSCHOOL

Este proyecto (www.refugeeswellschool.org) ha sido financiado por la Comisión Europea bajo el acuerdo de subvención nº 754849, y está liderado por la Universidad de Ghent, Bélgica. Su objetivo es testar la efectividad para aumentar la resiliencia en adolescentes refugiados y migrantes mediante cinco intervenciones preventivas basadas en la escuela. Las diferentes intervenciones tienen en común que fomentan el apoyo y la integración social, aspectos que son muy beneficiosos en este grupo poblacional. Proponen evidenciar qué es lo que funciona mejor y en qué tipo de escenario escolar.

En Dinamarca, Reino Unido, Bélgica, Noruega, Suecia y Finlandia se llevarán a cabo cinco intervenciones para todas y todos los adolescentes migrantes y refugiados: intervención de mediación escolar, terapia dramática en el aula, grupos de apoyo social en clases de refugiados, redes de apoyo a nivel escolar y formación de profesorado. Reclutarán una muestra de 3000 adolescentes y evaluarán el impacto a largo plazo de las intervenciones en los problemas de salud mental, la resiliencia, los logros académicos, el abandono escolar y el apoyo social.

En definitiva, los programas de prevención universales basados en las escuelas constituyen una de las estrategias con los mayores niveles de evidencia científica de efectividad para ser aplicados dentro del área de salud pública (Zalsman et al., 2016). Por ello, se recomienda que formen parte de los programas nacionales de prevención del suicidio.

Estos programas de prevención primaria en los centros educativos presentan una serie de fortalezas y de limitaciones a considerar. Entre las fortalezas destaca su necesidad, ya que el tratamiento comunitario no parece que funcione (Brent, & Brown 2015). Otra fortaleza es que estos programas basados en la promoción de la resiliencia previenen factores de riesgo fundamentales, los cuales, una vez que se instauran hacen más posibles las conductas de suicidio. Por ejemplo, los programas basados en la resiliencia sirven para prevenir conductas de agresión o de abuso de sustancias que, si se dejan sin tratar, se convierten en un factor de riesgo de conducta suicida. Este enfoque puede resultar económicamente más eficiente que otros programas que se focalizan exclusivamente en la evitación del suicidio. Entre las limitaciones destaca la necesidad de invertir tiempo y recursos para hacerlos efectivos. Esta necesidad a menudo es vista con recelo por el equipo directivo y por el profesorado que se encuentran bastante ocupados con sus actividades laborales diarias. Asimismo, la prevención activa del suicidio no es vista como una prioridad por las escuelas, lo que dificulta más su integración dentro del contexto educativo (Singer et al., 2019).

Las investigaciones revisadas recomiendan que los centros educativos implementen programas de prevención primaria tanto universales como selectivos e indicados, combinados, para poder dar respuesta a las distintas necesidades del alumnado (Singer et al., 2019). Es importante que los programas se ajusten a las particularidades culturales del centro educativo. Asimismo, si se desea que funcionen y se sostengan en el tiempo han de ser vistos como una prioridad por el equipo directivo. Las escuelas que aplican este tipo de programas generan una sensación de seguridad y conexión en el alumnado que a su vez protegen frente al suicidio.

10.7 CONCLUSIONES

- Este capítulo ofrece una revisión de los programas escolares basados en la resiliencia como vía estratégica de prevención contra el suicidio.
- A pesar de que ya se han implementado programas de esta naturaleza, por limitaciones metodológicas, no se puede aún concluir cuál es el más eficaz a largo plazo y cuáles son los mecanismos que explican su eficacia.
- Se han presentado cinco proyectos europeos en curso, financiados por la Comisión Europea, con completas metodologías que pretenden mejorar la resiliencia, la salud mental y el bienestar de las y los adolescentes, e indirectamente, reducir las tasas del suicidio en Europa.

10.8 BIBLIOGRAFÍA

- Ali, A., & Gibson, K. (2019). Young people's reasons for feeling suicidal. *Crisis*, 40(6), 400-406. doi:10.1027/0227-5910/a000580 [doi]
- American Psychological Association. (2011). The road to resilience. Obtenido 1 diciembre 2019 en <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>
- Barzilay, S., Apter, A., Snir, A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., . . . Brunner, R. (2019). A longitudinal examination of the interpersonal theory of suicide and effects of school-based suicide prevention interventions in a multinational study of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1104-1111.
- Brent, D. A., & Brown, C. H. (2015). Effectiveness of school-based suicide prevention programmes. *The Lancet*, 385(9977), 1489-1491.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., . . . Gili, M. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-48.

- Cho, S. M., & Shin, Y. M. (2013). The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. *Korean Journal of Pediatrics*, 56(11), 459.
- CORDIS. (2018, Enero 18). SC1-PM-07-2017 - Promoting mental health and well-being in the young. Obtenido Diciembre 1, 2019, de <https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701987/en>.
- Eurostat. (2018, July 16). Just over 56 000 persons in the EU committed suicide. Obtenido Diciembre 2, 2019, de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1>.
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research* National Academies Press.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide* Harvard University Press.
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the concept and its utility for social research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(4), 421.
- Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjermadal, O., . . . Donisi, V. (2019). UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: Study rationale and methodology for a european randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10.
- McNamara, P. M. (2013). Adolescent suicide in australia: Rates, risk and resilience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(3), 351-369.
- Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910-918.
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, 11(1), 54-71.
- Soto-Sanz, V. S., González, D. I., Alonso, J., Masjoan, P. C., Marín, J. R., & Rodríguez, J. A. P. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 6(3), 62-75.
- Val-Noguerol, A., y Míguez, C. (2019). Modalidades de programas de prevención del suicidio a nivel escolar: análisis de su efectividad. En Libro de Capítulos (pp. 132 – 141). Madrid, España; Consejo general de la psicología. Obtenido 01 diciembre 2019 de <http://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS-ALAVA2019.pdf>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., . . . Balazs, J. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- World Health Organization, W. H. O. (2019, September 2). Suicidio. Obtenido Diciembre 1, 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*.
- World Health Organization. (1998). Division of Health Promotion, Education, and Communication. *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
- Wyman, P. A. (2014). Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S251-S256.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Balazs, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Biomarcadores en depresión y suicidio

Un biomarcador es aquella característica biológica, bioquímica, antropométrica o fisiológica cuantificable que sirve para describir, diagnosticar o pronosticar procesos fisiológicos normales o patológicos (Torres & Pérez, 2016). El uso de biomarcadores en el contexto clínico ofrece la posibilidad de identificar una enfermedad, clasificar su gravedad, predecir su evolución y/o evaluar la respuesta a un tratamiento de una manera objetiva. En este sentido, los biomarcadores contribuyen a un mayor conocimiento clínico y mejoran el abordaje terapéutico.

Uno de los mayores retos a los que se ha enfrentado la psiquiatría a lo largo del tiempo es disponer de medidas objetivas que permitan estimar el riesgo de sufrir un trastorno mental, realizar un diagnóstico temprano y preciso que pueda predecir la evolución de cada paciente. Tradicionalmente el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos ha dependido en gran parte de la experiencia del facultativo en realizar una adecuada entrevista clínica y la evaluación de síntomas en función de clasificaciones diagnósticas. A pesar de que actualmente se disponen de criterios diagnósticos consensuados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) y/o en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), continúa existiendo variabilidad en el diagnóstico de un mismo paciente. Por lo tanto, el descubrimiento de biomarcadores que ayuden al diagnóstico y/o tratamiento temprano de la enfermedad mental podrían ser de gran utilidad en este campo de la medicina especialmente.

Para que un biomarcador sea útil debe ser específico para la enfermedad a estudio, sensible, capaz de predecir la progresión de la enfermedad y/o respuesta al tratamiento, rápido, económico, estable, de obtención no invasiva y con suficiente evidencia clínica que permita tomar decisiones

AUTORÍA

ANA GONZÁLEZ-PINTO. Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; Jefe de Servicio en funciones de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava; Profesora titular de Psiquiatría de la UPV/EHU.

JESSICA FERNÁNDEZ-SEVILLANO. Investigadora predoctoral. Universidad del País Vasco.

respecto a la enfermedad (Martín-Ventura et al., 2009). Aunque esta sería la realidad ideal, también se utilizan biomarcadores para conocer la respuesta terapéutica, aunque no sean específicos de un diagnóstico. Hasta la fecha son varios los biomarcadores que se han descrito para la depresión y el suicidio, pero se continúa la búsqueda del biomarcador o conjunto de biomarcadores que cumplan los anteriores requisitos en su totalidad (Schmidt et al., 2011). La búsqueda de biomarcadores en depresión y suicidio está en continua actualización, por lo que en este capítulo se recogen los biomarcadores más comúnmente estudiados y que acumulan mayor evidencia científica. En la parte final de este capítulo incluimos algunos marcadores adicionales como el sueño y la cognición, que pueden tener una gran utilidad clínica.

11.1 BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN

Existe una amplia literatura que sugiere la presencia de un estado alterado proinflamatorio en depresión y suicidio (Caceda et al., 2018; Dowlati et al., 2010, 2010; Liu et al., 2012; Valkanova et al., 2013). En condiciones normales, el sistema inmunitario central y periférico mantienen la homeostasis entre las señales proinflamatorias y las anti-inflamatorias que envían las citocinas. Estas señales sirven para que ambos sistemas inmunitarios, central y periférico, puedan comunicarse y desencadenar la respuesta inmune en el organismo ante la amenaza de un patógeno (Young et al., 2014). La hipótesis inflamatoria de la etiología de la depresión sugiere que existe una desregulación de estas señales que provoca cambios en el estado de ánimo a través de la síntesis y regulación de neurotransmisores en el Sistema Nervioso. Por lo tanto, las alteraciones de los parámetros inflamatorios se han propuesto como biomarcadores para la depresión y el suicidio, entre los que destacan la Proteína C-Reactiva y las citocinas pro-inflamatorias.

La Proteína C-Reactiva (CRP) se eleva en sangre ante la presencia de un proceso inflamatorio agudo. Varios meta-análisis encuentran un aumento significativo de los niveles de CRP en pacientes con depresión (Howren et al., 2009; Lopresti et al., 2014; Valkanova et al., 2013) en comparación con sujetos sanos. También se ha encontrado mayor riesgo de ideación suicida en pacientes con CRP elevada (Park & Kim, 2017), mayores niveles en pacientes

con un intento de suicidio reciente (Gibbs et al., 2016) y en pacientes con historia previa de conducta suicida a lo largo de su vida (Courtet et al., 2015). Estos hallazgos sugieren que este parámetro podría utilizarse como biomarcador para el diagnóstico de la depresión y el suicidio, aunque es importante señalar que esta proteína se encuentra elevada también en otros procesos patológicos tanto físicos como mentales.

Las citocinas son proteínas, péptidos o glicoproteínas inmunomoduladoras secretadas por células específicas del sistema inmune. Como se señalaba anteriormente, envían señales para promover o frenar los procesos inmunológicos, según sean pro-inflamatorias o anti-inflamatorias. De acuerdo a varios estudios y meta-análisis, la interleucina-6 (IL-6) (Dowlati et al., 2010; Howren et al., 2009; Lopresti et al., 2014; Priya et al., 2016; Valkanova et al., 2013), la interleucina-1 (IL-1) (Howren et al., 2009; Lopresti et al., 2014) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (Dowlati et al., 2010; Köhler et al., 2017; Lopresti et al., 2014) se encuentran elevados en pacientes con depresión en comparación a sujetos sanos.

En el caso de los pacientes con un intento de suicidio, varios meta-análisis recientes concluyen que las citocinas se encuentran elevadas en sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR) y en cerebros post-mortem (Black & Miller, 2015; Pandey et al., 2014; Serafini et al., 2013). Concretamente, los niveles aumentados de TNF-alfa, IL-1B y IL-6 están asociados a la ideación y conducta suicida (Janelidze et al., 2011; Melhem et al., 2017; O'Donovan et al., 2013). Además, otros autores han descrito que los niveles de la citocina anti-inflamatoria IL-8 se encuentran reducidos en los pacientes de suicidio en comparación con pacientes sanos (Isung et al., 2012), lo que predice mayor ansiedad y gravedad en el grupo de pacientes con intentos (Janelidze et al., 2015) y de acuerdo a Keaton et al. (Keaton et al., 2019) esta citocina está asociada negativamente con el riesgo de suicidio.

Las citocinas no son específicas para una determinada patología mental si no que se pueden observar niveles aumentados en diferentes diagnósticos y es también complicado determinar las diferencias de gravedad en función de los niveles de citocinas (Capuron & Miller, 2011; Himmerich et al., 2019). Por estos motivos, **la investigación de las citocinas como biomarcador en las patologías psiquiátricas está en continuo avance y serán necesarios futuros estudios que ayuden a esclarecer los mecanismos**

por los cuales las citocinas favorecen la sintomatología depresiva y la conducta suicida.

11.2 BIOMARCADORES RELACIONADOS CON LA SÍNTESIS DEL TRIPTÓFANO

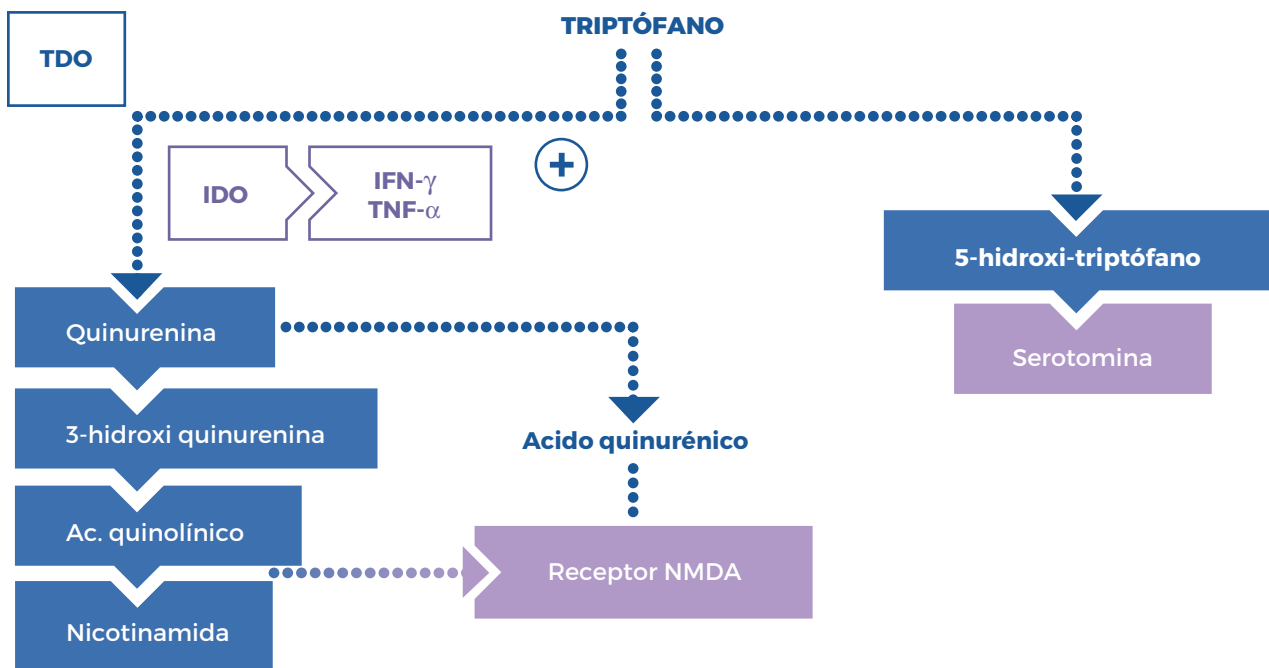
Una de las hipótesis de cómo las citocinas favorecen la depresión y la conducta suicida es la relacionada con la degradación del triptófano (ver Figura 15). El triptófano (TRP) es un aminoácido esencial del que se sintetiza la serotonina. Sin embargo, ante una respuesta inflamatoria en el organismo, las citocinas activan la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO) que degrada el TRP en catabolitos neurotóxicos llamados TRYCAT como la quinurenina, ácido quinurénico, y ácido quinolónico (Bryleva & Brundin, 2017; Müller & Schwarz, 2007). En síntesis, la depresión está asociada a menores niveles de triptófano (TRP), aumento de actividad IDO y TRYCAT (Bryleva & Brundin, 2017; Gabbay et al., 2010; Lopresti et al., 2014; Maes, Galecki, Verkerk, & Rief, 2011; Maes & Rief, 2012), por lo que estos parámetros se han planteado como posibles biomarcadores del diagnóstico de depresión.

De igual modo, se han propuesto como biomarcadores de suicidio ya que se han encontrado niveles

elevados de kinurenina en plasma en pacientes con un intento de suicidio en comparación a pacientes depresivos y controles sanos (Bradley et al., 2015; Serafini et al., 2017; Sublette et al., 2011) y niveles elevados de ácido quinolónico en el LCR de personas con intento de suicidio en comparación a controles sanos (Bay-Richter et al., 2015). De manera interesante, esta diferencia en los niveles de ácido quinolónico fue más acusada en los momentos más cercanos al intento y con el paso del tiempo se mantuvo estable, aunque menos acusada. Además, niveles elevados de este ácido se asocian a intentos más violentos y a mayor número de intentos (Erhardt et al., 2013).

11.3 BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO

El estrés oxidativo es un estado de la célula en la cual ocurre una alteración en la homeostasis óxido-reducción del metabolismo intracelular, es decir, hay un desequilibrio entre especies prooxidantes y antioxidantes. Este desajuste se produce a causa de una excesiva producción de Especies Reactivas de Oxígeno (ROS) – superóxido, radical hidróxido y el peróxido de hidrógeno – y Especies Reactivas del Nitrógeno (RNS) – óxido nítrico, dióxido de nitrógeno y peroxinitrito – y/o por deficiencia



■ FIGURA 15. Degradación del Triptófano. Fuente: Dantzer, (O'Connor, Freund, Johnson, & Kelley, 2008)

en los mecanismos antioxidantes – el superóxido dismutasa (SOD), glutatión peroxidasa (GPX), catalasa (CAT), glutatión reductasa (GR) (Liu et al., 2015). Este proceso daña macromoléculas (lípidos, proteínas, hidratos de carbono y ácidos nucleicos) y altera procesos celulares (funcionalidad de la membranas, producción de enzimas, respiración celular, inducción génica, etc) (Elejalde, 2001). Además, el estrés oxidativo tiene un impacto especialmente significativo en el Sistema Nervioso Central, ya que utiliza grandes cantidades de oxígeno que pueden convertirse en radicales libres. Su limitada capacidad antioxidante endógena lo hace particularmente vulnerable a los procesos oxidativos (Roda et al., 2015) pudiendo estos procesos contribuir a la aparición o mantenimiento de los trastornos psiquiátricos mediante la afectación de la plasticidad neuronal, la producción de cambios en la transmisión sináptica y la alteración del balance de neurotransmisores (Pandya et al., 2013)

En el caso concreto de la depresión, Liu et al. (2015) encontraron alteraciones en el sistema de defensa antioxidante medido a través de la Capacidad Antioxidante Total. Concretamente, Palta et al. (2014) encontraron que el sistema de defensa antioxidante estaba aumentado para contrarrestar el daño ocasionado por el estrés oxidativo. Asimismo, el malondialdehído (MDA) marcador de daño en la membrana celular causado por radicales libres del oxígeno, está aumentado en pacientes con depresión en comparación a personas sanas (Bilici et al., 2001; Herken et al., 2007; Kotan et al., 2011) y está más elevado en los pacientes con episodios recurrentes que en los primeros episodios (Stefanescu & Ciobica, 2012).

Otro marcador que estima el daño oxidativo, 8-Hydroxy-2-Deoxyguanosine (8-OHdG), se encontró aumentado en pacientes con depresión (C. N. Black et al., 2015; Maes et al., 2009) y más en aquellos pacientes con episodios recurrentes y en aquellos con episodios más graves (Forlenza & Miller, 2006).

En cuanto a los biomarcadores de estrés oxidativo y suicidio, en el estudio de Sowa-Kucma et al. (2018) el número de episodios, severidad de la depresión e intentos de suicidio previos correlacionaron positivamente con los niveles de las sustancias reactivas del ácido tiobarbitúrico (TBARS), marcador de la peroxidación lipídica, es decir, de daño oxidativo. En el estudio de Vargas et al. (2013) las personas con historia previa de suicidio mostraron mayores niveles de NOx

(productos de los nitratos y nitritos), hidroperóxidos lipídicos (marcador de la peroxidación lipídica) y menor capacidad total antioxidante que las personas sin intento de suicidio a lo largo de su vida.

La evidencia acumulada demuestra la existencia de estrés oxidativo en la depresión y el suicidio y por lo tanto, los productos de ambos podrían usarse como biomarcadores. No obstante, como ocurre en los biomarcadores de inflamación, no se ha encontrado hasta la fecha un biomarcador de estrés oxidativo que sea específico y exclusivo para la depresión y el suicidio (Sowa-Kucma et al., 2018), ya que el aumento del estrés oxidativo ha sido también descrito para otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia (Flatow, Buckley, & Miller, 2013) y el trastorno bipolar (Sowa-Kucma et al., 2018).

11.4 BDNF

El Factor Neurotrófico derivado del cerebro (BDNF – del inglés *Brain Derived Neurotrophic Factor*) es la neurotrofina más abundante en el cerebro y tiene un rol esencial en la neurogénesis, neurotransmisión, supervivencia y plasticidad neuronal (Huang & Reichardt, 2001). Algunos estudios relacionan niveles más bajos de BDNF con la etiopatogenia de la enfermedad mental severa (Peng et al., 2018; Szeszko et al., 2005).

En concreto en la depresión, los niveles de BDNF en suero (Aydemir et al., 2006; Gervasoni et al., 2005; Karege et al., 2005) y en plasma (Kim et al., 2007; Schmidt et al., 2011) se encuentran reducidos y estos vuelven a la normalidad con los tratamientos antidepresivos (Gervasoni et al., 2005; Schmidt et al., 2011).

De igual modo, algunos estudios han encontrado una asociación entre niveles reducidos de BDNF y los intentos de suicidio (Kim et al., 2007; Pallavi et al., 2013; Priya et al., 2016). No obstante, en un metaanálisis reciente de Eisen et al. (2015) no se encontraron asociación entre los niveles en suero de BDNF y los intentos de suicidio.

Estos resultados indican que los niveles de BDNF podrían utilizarse como biomarcador de estado para el diagnóstico de la depresión, pero son necesarios más estudios para evaluar su utilidad como biomarcador de la conducta suicida.

11.5 EJE HPA

Existe una relación establecida entre la disregulación del eje HPA mediante las citocinas proinflamatorias y el desarrollo de patologías psiquiátricas (Oquendo et al., 2014). Los hallazgos que se describen a continuación sugieren que los parámetros biológicos que toman parte en este eje podrían actuar como biomarcadores para la depresión y suicidio. En múltiples estudios se ha descrito una función anormal del eje HPA en pacientes diagnosticados de depresión con niveles incrementados de cortisol (Geerlings & Gerritsen, 2017; Stetler & Miller, 2011) y de hormona adrenocorticotropa (Stetler & Miller, 2011).

También se ha encontrado una estrecha relación entre la disfunción del eje HPA y la conducta suicida. Son clásicos los estudios en este campo que han empleado la técnica de supresión a la dexametasona, una prueba que determina la capacidad del organismo para inhibir la producción de cortisol cuando se éste se encuentra elevado. Los resultados indican que existe un mayor riesgo de conducta suicida en aquellos pacientes que mostraron una menor capacidad de inhibición del eje HPA (Coryell et al., 2006; Jokinen et al., 2009; Yerevanian et al., 2004). En estudios más recientes, se han encontrado menores niveles de cortisol en saliva en personas un intento de suicidio en comparación con personas no suicidas (Keilp et al., 2016). Los estudios postmortem en cerebros de personas fallecidas por suicidio, se encontró mayor actividad de la hormona liberadora de corticotropina en el núcleo paraventricular (Raadsheer et al., 1995) y en líquido cefalorraquídeo (Nemeroff et al., 1984).

11.6 VITAMINA D

La vitamina D, entre otras funciones en el organismo, tiene efectos en la respuesta inmunológica al cambiar el fenotipo de los linfocitos colaboradores Th1 a Th2 lo que, en síntesis, resulta en un efecto anti-inflamatorio (Grudet et al., 2014). Inversamente, en el estudio de Grudet et al. (Grudet et al., 2014) se encontró que niveles bajos de vitamina D están asociados a mayores niveles de citocinas pro-inflamatorias IL-6 e IL-1B en sangre. Es decir, un déficit en la vitamina D estaría asociado a un estado pro-inflamatorio como el que subyace a la depresión y suicidio. De hecho, el déficit en esta vitamina se asoció a la presencia de síntomas depresi-

vos (Kjærgaard et al., 2011) y a una mayor gravedad cuanto más bajos sean los niveles (Milaneschi et al., 2014). Otros autores encuentran también un mayor riesgo de sufrir depresión en personas con niveles bajos de vitamina D (Bertone-Johnson et al., 2011; Yuri Milaneschi et al., 2010). Respecto a la conducta suicida, en el estudio de Umhau et al. (2013) Umhau et al. se encontró una asociación entre niveles bajos de la vitamina D en sangre y el riesgo elevado de suicidio. En el estudio de Grudet et al. (Grudet et al., 2014), se encontraron niveles reducidos en pacientes con un intento de suicidio reciente, tanto en comparación con pacientes deprimidos, como con controles sanos.

A la luz de estos resultados, la vitamina D podría ser un futuro biomarcador en la práctica clínica que resultaría rápido y económico al poder ser medido en una analítica.

11.7 OTROS BIOMARCADORES

Además de los parámetros biológicos descritos en este capítulo, nuevas líneas de investigación abogan por la innovación en la búsqueda de biomarcadores implicados en la depresión y el suicidio. Entre otros marcadores innovadores, destacan el funcionamiento cognitivo y los parámetros relacionados con el sueño. Las alteraciones en el sueño están presentes en la depresión (Adrien, 2002; Álvaro et al., 2013; Wichniak et al., 2013) y podrían alertar del riesgo de un intento de suicidio. En concreto, las presencia de pesadillas, un patrón inestable de la hora de acostarse y el insomnio son indicadores de riesgo de conducta suicida (Bernert et al., 2017).

En lo que respecta al funcionamiento cognitivo, los estudios concluyen que la función ejecutiva y la atención están alteradas en las personas con un intento de suicidio en comparación a pacientes con depresión sin historia previa de intentos autolíticos (Keilp et al., 2014; McGirr et al., 2012). Las alteraciones en estos dominios cognitivos interfieren en la capacidad para procesar e interpretar la información para responder a las demandas del situacionales del individuo. Es decir, las personas que han realizado un intento de suicidio no cuentan con todas las herramientas necesarias para el afrontamiento y resolución de problemas que puedan surgir en su entorno, por lo que pueden llegar a considerar el suicidio como única solución posible ante un acontecimiento vital estresante (Richard-Devantoy et al., 2014).

11.8 CONCLUSIONES

- Mayor riesgo de ideación suicida y conducta suicida en pacientes con proteína C reactiva (CRP) elevada y con citocinas TNF-alfa, IL-1B y IL-6 elevadas.
- Niveles elevados de kinurenina en plasma en pacientes con un intento de suicidio.
- Daño oxidativo aumentado y capacidad antioxidante disminuída, así como alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en la conducta suicida.
- Riesgo de suicidio asociado a déficit de vitamina D.
- Alteraciones de la atención, la función ejecutiva y alteraciones del sueño en la conducta suicida.

11.9 BIBLIOGRAFÍA

Adrien, J. (2002). Neurobiological bases for the relation between sleep and depression. *Sleep Medicine Reviews*, 6(5), 341-351.

Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7).

Anisman, H., Merali, Z., Poulter, M. O., & Hayley, S. (2005). Cytokines as a precipitant of depressive illness: Animal and human studies. *Current Pharmaceutical Design*, 11(8), 963-972.

Aydemir, C., Yalcin, E. S., Aksaray, S., Kisa, C., Yildirim, S. G., Uzbay, T., & Goka, E. (2006). Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) changes in the serum of depressed women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(7), 1256-1260.

Bay-Richter, C., Linderholm, K. R., Lim, C. K., Samuelsson, M., Traskman-Bendz, L., Guillemin, G. J., ... Brundin, L. (2015). A role for inflammatory metabolites as modulators of the glutamate N-methyl-D-aspartate receptor in depression and suicidality. *Brain, Behavior, & Immunity*, 43, 110-117.

Bernert, R. A., Hom, M. A., Iwata, N. G., & Joiner, T. E. (2017). Objectively Assessed Sleep Variability as an Acute Warning Sign of Suicidal Ideation in a Longitudinal Evaluation of Young Adults at High Suicide Risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), e678-e687.

Bertone-Johnson, E. R., Powers, S. I., Spangler, L., Brunner, R. L., Michael, Y. L., Larson, J. C., ... Manson, J. E. (2011). Vitamin D intake from foods and supplements and depressive symptoms in a diverse population of older women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(4), 1104-1112.

Bilici, M., Efe, H., Köroğlu, M. A., Uydu, H. A., Bekaroğlu, M., & Değer, O. (2001). Antioxidative enzyme activities and lipid peroxidation in major depression: Alterations by antidepressant treatments. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 43-51.

Black, C., & Miller, B. J. (2015). Meta-Analysis of Cytokines and Chemokines in Suicidality: Distinguishing Suicidal Versus Nonsuicidal Patients. *Biological Psychiatry*, 78(1), 28-37.

Black, C. N., Bot, M., Scheffer, P. G., Cuijpers, P., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Is depression associated with increased oxidative stress? A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 164-175.

Bradley, K. A. L., Case, J. A. C., Khan, O., Ricart, T., Hanna, A., Alonso, C. M., & Gabbay, V. (2015). The role of the kynurenine pathway in suicidality in adolescent major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 206-212.

Bryleva, E. Y., & Brundin, L. (2017). Suicidality and Activation of the Kynurenine Pathway of Tryptophan Metabolism. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 31, 269-284. https://doi.org/10.1007/7854_2016_5

Bryleva, Elena Y., & Brundin, L. (2017). Kynurenine pathway metabolites and suicidality. *Neuropharmacology*, 112(Part B), 324-330.

Caceda, R., Griffin, W. S. T., & Delgado, P. L. (2018). A probe in the connection between inflammation, cognition and suicide. *Journal of Psychopharmacology*, 32(4), 482-488.

Capuron, L., & Miller, A. H. (2011). Immune system to brain signaling: Neuropsychopharmacological implications. *Pharmacology & Therapeutics*, 130(2), 226-238.

Coryell, W., Young, E., & Carroll, B. (2006). Hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and mortality in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 99-104.

- Courtet, P., Jaussent, I., Genty, C., Dupuy, A. M., Guillaume, S., Ducasse, D., & Olié, E. (2015). Increased CRP levels may be a trait marker of suicidal attempt. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 25(10), 1824-1831.
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(1), 46-56.
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biological Psychiatry*, 67(5), 446-457.
- Eisen, R. B., Perera, S., Banfield, L., Anglin, R., Minuzzi, L., & Samaan, Z. (2015). Association between BDNF levels and suicidal behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 4.
- Elejalde Guerra, J. I. (2001). Estrés oxidativo, enfermedades y tratamientos antioxidantes. *Anales de Medicina Interna*, 18(6), 50-59.
- Erhardt, S., Lim, C. K., Linderholm, K. R., Janelidze, S., Lindqvist, D., Samuelsson, M., ... Brundin, L. (2013). Connecting inflammation with glutamate agonism in suicidality. *Neuropsychopharmacology*, 38(5), 743-752.
- Flatow, J., Buckley, P., & Miller, B. J. (2013). Meta-Analysis of Oxidative Stress in Schizophrenia. *Biological psychiatry*, 74(6), 400-409.
- Forlenza, M. J., & Miller, G. E. (2006). Increased serum levels of 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine in clinical depression. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 1-7.
- Gabbay, V., Klein, R. G., Katz, Y., Mendoza, S., Guttman, L. E., Alonso, C. M., ... Liebes, L. (2010). The possible role of the kynurenine pathway in adolescent depression with melancholic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 935-943.
- Gatecki, P., Szemraj, J., Bieńkiewicz, M., Florkowski, A., & Gałeczka, E. (2009). Lipid peroxidation and antioxidant protection in patients during acute depressive episodes and in remission after fluoxetine treatment. *Pharmacological Reports: PR*, 61(3), 436-447.
- Geerlings, M. I., & Gerritsen, L. (2017). Late-Life Depression, Hippocampal Volumes, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Regulation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 82(5), 339-350.
- Gervasoni, N., Aubry, J.-M., Bondolfi, G., Osiek, C., Schwald, M., Bertschy, G., & Karege, F. (2005). Partial normalization of serum brain-derived neurotrophic factor in remitted patients after a major depressive episode. *Neuropsychobiology*, 51(4), 234-238.
- Gibbs, H. M., Davis, L., Han, X., Clothier, J., Eads, L. A., & Caceda, R. (2016). Association between C-reactive protein and suicidal behavior in an adult inpatient population. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 28-33.
- Grudet, C., Malm, J., Westrin, A., & Brundin, L. (2014). Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 210-219.
- Herken, H., Gurel, A., Selek, S., Armutcu, F., Ozen, M. E., Bulut, M., ... Akyol, O. (2007). Adenosine deaminase, nitric oxide, superoxide dismutase, and xanthine oxidase in patients with major depression: Impact of antidepressant treatment. *Archives of Medical Research*, 38(2), 247-252.
- Himmerich, H., Patsalos, O., Lichtblau, N., Ibrahim, M. A. A., & Dalton, B. (2019). Cytokine Research in Depression: Principles, Challenges, and Open Questions. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- Howren, M. B., Lamkin, D. M., & Suls, J. (2009). Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 171-186.
- Huang, E. J., & Reichardt, L. F. (2001). Neurotrophins: Roles in Neuronal Development and Function. *Annual review of neuroscience*, 24, 677-736.
- Isung, J., Aeinehband, S., Mobarrez, F., Mårtensson, B., Nordström, P., Asberg, M., ... Jokinen, J. (2012). Low vascular endothelial growth factor and interleukin-8 in cerebrospinal fluid of suicide attempters. *Translational Psychiatry*, 2, e196.
- Janelidze, S., Mattei, D., Westrin, A., Traskman-Bendz, L., & Brundin, L. (2011). Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients. *Brain, Behavior, & Immunity*, 25(2), 335-339.
- Janelidze, S., Suchankova, P., Ekman, A., Erhardt, S., Sellgren, C., Samuelsson, M., ... Brundin, L. (2015). Low IL-8 is associated with anxiety in suicidal patients: Genetic variation and decreased protein levels. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(4), 269-278.
- Jokinen, J., Nordström, A.-L., & Nordström, P. (2009). CSF 5-HIAA and DST non-suppression—Orthogonal biologic risk factors for suicide in male mood disorder inpatients. *Psychiatry Research*, 165(1-2), 96-102.

- Karege, F., Bondolfi, G., Gervasoni, N., Schwald, M., Aubry, J.-M., & Bertschy, G. (2005). Low brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in serum of depressed patients probably results from lowered platelet BDNF release unrelated to platelet reactivity. *Biological Psychiatry*, 57(9), 1068-1072.
- Keaton, S. A., Madaj, Z. B., Heilman, P., Smart, L., Grit, J., Gibbons, R., ... Brundin, L. (2019). An inflammatory profile linked to increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 247, 57-65.
- Keilp, J. G., Stanley, B. H., Beers, S. R., Melhem, N. M., Burke, A. K., Cooper, T. B., ... John Mann, J. (2016). Further evidence of low baseline cortisol levels in suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 190, 187-192.
- Keilp, J. G., Wyatt, G., Gorlyn, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K., & John Mann, J. (2014). Intact alternation performance in high lethality suicide attempters. *Psychiatry Research*, 219(1), 129-136.
- Khazode, S. D., Dakhale, G. N., Khazode, S. S., Saoji, A., & Palasodkar, R. (2003). Oxidative damage and major depression: The potential antioxidant action of selective serotonin re-uptake inhibitors. *Redox Report: Communications in Free Radical Research*, 8(6), 365-370.
- Kim, Y.-K., Lee, H.-P., Won, S.-D., Park, E.-Y., Lee, H.-Y., Lee, B.-H., ... Choi, S.-H. (2007). Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 78-85.
- Kjærgaard, M., Joakimsen, R., & Jorde, R. (2011). Low serum 25-hydroxyvitamin D levels are associated with depression in an adult Norwegian population. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 221-225.
- Kodydková, J., Vávrová, L., Zeman, M., Jiráček, R., Macásek, J., Stanková, B., ... Zák, A. (2009). Antioxidative enzymes and increased oxidative stress in depressive women. *Clinical Biochemistry*, 42(13-14), 1368-1374.
- Köhler, C. A., Freitas, T. H., Maes, M., de Andrade, N. Q., Liu, C. S., Fernandes, B. S., ... Carvalho, A. F. (2017). Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: A meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 373-387.
- Kotan, V. O., Sarandol, E., Kirhan, E., Ozkaya, G., & Kirli, S. (2011). Effects of long-term antidepressant treatment on oxidative status in major depressive disorder: A 24-week follow-up study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(5), 1284-1290.
- Liu, T., Zhong, S., Liao, X., Chen, J., He, T., Lai, S., & Jia, Y. (2015). A Meta-Analysis of Oxidative Stress Markers in Depression. *PLoS One*, 10(10), e0138904.
- Liu, Y., Ho, R. C.-M., & Mak, A. (2012). Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 230-239.
- Lopresti, A. L., Maker, G. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2014). A review of peripheral biomarkers in major depression: The potential of inflammatory and oxidative stress biomarkers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 48, 102-111.
- Maes, M., Galecki, P., Verkerk, R., & Rief, W. (2011). Somatization, but not depression, is characterized by disorders in the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway, indicating increased indoleamine 2,3-dioxygenase and lowered kynurenine aminotransferase activity. *Neuro Endocrinology Letters*, 32(3), 264-273.
- Maes, M., Mihaylova, I., Kubera, M., Uytterhoeven, M., Vrydags, N., & Bosmans, E. (2009). Increased 8-hydroxy-deoxyguanosine, a marker of oxidative damage to DNA, in major depression and myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome. *Neuro Endocrinology Letters*, 30(6), 715-722.
- Maes, M., & Rief, W. (2012). Diagnostic classifications in depression and somatization should include biomarkers, such as disorders in the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway. *Psychiatry Research*, 196(2), 243-249.
- Martín-Ventura, J. L., Blanco-Colio, L. M., Tuñón, J., Muñoz-García, B., Madrigal-Matute, J., Moreno, J. A., ... Egido, J. (2009). Biomarcadores en la medicina cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 62(6), 677-688.
- McGirr, A., Dombrowski, A. Y., Butters, M. A., Clark, L., & Szanto, K. (2012). Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: Cognitive assessment using the Wisconsin Card Sorting Task. *Journal of Psychiatric Research*, 46(2), 226-232.
- Melhem, N. M., Munroe, S., Marsland, A., Gray, K., Brent, D., Porta, G., ... Gopalan, P. (2017). Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 284-294.

- Milaneschi, Y., Hoogendijk, W., Lips, P., Heijboer, A. C., Schoevers, R., van Hemert, A. M., ... Penninx, B. W. J. H. (2014). The association between low vitamin D and depressive disorders. *Molecular Psychiatry*, 19(4), 444-451.
- Milaneschi, Yuri, Shardell, M., Corsi, A. M., Vazzana, R., Bandinelli, S., Guralnik, J. M., & Ferrucci, L. (2010). Serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in older women and men. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 95(7), 3225-3233.
- Müller, N., & Schwarz, M. J. (2007). The immune-mediated alteration of serotonin and glutamate: Towards an integrated view of depression. *Molecular Psychiatry*, 12(11), 988-1000.
- Nemeroff, C. B., Widerlöv, E., Bissette, G., Walléus, H., Karlsson, I., Eklund, K., ... Vale, W. (1984). Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science (New York, N.Y.)*, 226(4680), 1342-1344.
- O'Donovan, A., Rush, G., Hoatam, G., Hughes, B. M., McCrohan, A., Kelleher, C., ... Malone, K. M. (2013). Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 30(4), 307-314.
- Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-Garcia, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E., & Mann, J. J. (2014). Toward a biosignature for suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 171(12), 1259-1277.
- Pallavi, P., Sagar, R., Mehta, M., Sharma, S., Subramaniam, A., Shamshi, F., ... Mukhopadhyay, A. K. (2013). Serum neurotrophic factors in adolescent depression: Gender difference and correlation with clinical severity. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 415-423.
- Palta, P., Samuel, L. J., Miller, E. R., & Szanton, S. L. (2014). Depression and oxidative stress: Results from a meta-analysis of observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 12-19.
- Pandey, G. N., Rizavi, H. S., Ren, X., Bhaumik, R., & Dwivedi, Y. (2014). Toll-like receptors in the depressed and suicide brain. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 62-68.
- Pandya, C. D., Howell, K. R., & Pillai, A. (2013). Antioxidants as potential therapeutics for neuropsychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 46, 214-223.
- Park, R. J., & Kim, Y. H. (2017). Association between high sensitivity CRP and suicidal ideation in the Korean general population. *European Neuropsychopharmacology*, 27(9), 885-891.
- Peng, S., Li, W., Lv, L., Zhang, Z., & Zhan, X. (2018). BDNF as a biomarker in diagnosis and evaluation of treatment for schizophrenia and depression. *Discovery Medicine*, 26(143), 127-136.
- Priya, P. K., Rajappa, M., Kattimani, S., Mohanraj, P. S., & Revathy, G. (2016). Association of neurotrophins, inflammation and stress with suicide risk in young adults. *Clinica Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*, 457, 41-45.
- Raadsheer, F. C., van Heerikhuizen, J. J., Lucassen, P. J., Hoogendijk, W. J., Tilders, F. J., & Swaab, D. F. (1995). Corticotropin-releasing hormone mRNA levels in the paraventricular nucleus of patients with Alzheimer's disease and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1372-1376.
- Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: Inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27(1), 24-31.
- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2014). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*, 44(8), 1663-1673.
- Roda, Â., Chendo, I., & Kunz, M. (2015). Biomarkers and staging of bipolar disorder: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(1), 3-11.
- Rybka, J., Kędziora-Kornatowska, K., Banaś-Leżańska, P., Majsterek, I., Carvalho, L. A., Cattaneo, A., ... Kędziora, J. (2013). Interplay between the pro-oxidant and antioxidant systems and proinflammatory cytokine levels, in relation to iron metabolism and the erythron in depression. *Free Radical Biology & Medicine*, 63, 187-194.
- Schmidt, H. D., Shelton, R. C., & Duman, R. S. (2011). Functional biomarkers of depression: Diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36(12), 2375-2394.
- Serafini, G., Adavastro, G., Canepa, G., Capobianco, L., Conigliaro, C., Pittaluga, F., ... Amore, M. (2017). Abnormalities in Kynurenine Pathway Metabolism in Treatment-Resistant Depression and Suicidality: A Systematic Review. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, 16(4), 440-453.

- Serafini, Gianluca, Pompili, M., Elena Seretti, M., Stefani, H., Palermo, M., Coryell, W., & Girardi, P. (2013). The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(12), 1672-1686.
- Sowa-Kucma, M., Styczen, K., Siwek, M., Misztak, P., Nowak, R. J., Dudek, D., ... Maes, M. (2018). Are there differences in lipid peroxidation and immune biomarkers between major depression and bipolar disorder: Effects of melancholia, atypical depression, severity of illness, episode number, suicidal ideation and prior suicide attempts. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 81, 372-383.
- Stefanescu, C., & Ciobica, A. (2012). The relevance of oxidative stress status in first episode and recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 34-38.
- Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: A quantitative summary of four decades of research. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 114-126.
- Sublette, M. E., Galfalvy, H. C., Fuchs, D., Lapidus, M., Grunebaum, M. F., Oquendo, M. A., ... Postolache, T. T. (2011). Plasma kynurenine levels are elevated in suicide attempters with major depressive disorder. *Brain, Behavior, & Immunity*, 25(6), 1272-1278.
- Szeszko, P. R., Lipsky, R., Mentschel, C., Robinson, D., Gunduz-Bruce, H., Sevy, S., ... Malhotra, A. K. (2005). Brain-derived neurotrophic factor val66met polymorphism and volume of the hippocampal formation. *Molecular Psychiatry*, 10(7), 631-636.
- Torres, I., & Pérez, J. I. (2016). Biomarcadores y práctica clínica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1), 5-8.
- Umhau, J. C., George, D. T., Heaney, R. P., Lewis, M. D., Ursano, R. J., Heilig, M., ... Schwandt, M. L. (2013). Low vitamin D status and suicide: A case-control study of active duty military service members. *PLoS One*, 8(1), e51543.
- Valkanova, V., Ebmeier, K. P., & Allan, C. L. (2013). CRP, IL-6 and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 736-744.
- Vargas, H. O., Nunes, S. O., de Castro, M. R., Vargas, M. M., Barbosa, D. S., Bortolasci, C. C., ... Berk, M. (2013). Oxidative stress and inflammatory markers are associated with depression and nicotine dependence. *Neuroscience Letters*, 544, 136-140.
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., & Jernajczyk, W. (2013). Sleep as a biomarker for depression. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 25(5), 632-645.
- Yerevanian, B. I., Feusner, J. D., Koek, R. J., & Mintz, J. (2004). The dexamethasone suppression test as a predictor of suicidal behavior in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 103-108.
- Young, J. J., Bruno, D., & Pomara, N. (2014). A review of the relationship between proinflammatory cytokines and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 169, 15-20.

Atención a familiares y allegados de pacientes por suicidio

12.1 ¿A CUÁNTAS PERSONAS AFECTA UNA MUERTE POR SUICIDIO?

“Las actividades desarrolladas por, con o para los *supervivientes* con el fin de facilitar su recuperación después del suicidio y prevenir resultados adversos, incluido el comportamiento suicida se denomina “*postvención*” (Andriessen y Krysinska, 2012). El término, **supervivientes**, referido a los familiares y allegados que hemos vivido la traumática experiencia de una muerte por suicidio, se ha adoptado del contexto de las influyentes asociaciones americanas, “*survivors*”: “el que deja atrás”.

Según la *American Psychiatric Association*, los niveles de estrés provocados por la vivencia del suicidio de un ser querido tienen un rango equivalente a la experiencia de un campo de concentración o conflicto bélico (Fine, 2000). La atención a los supervivientes es todavía deficiente en proporción a la dimensión del fenómeno de suicidio en nuestro entorno. Es una realidad reconocida que las personas en duelo por suicidio son quienes reportan tener menos soporte que otras personas en duelo por muertes súbitas o inesperadas (Azorina et al., 2019).

Edwin Sneedman y la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierten de que cada muerte por suicidio afecta profundamente al menos 6 personas en su entorno más inmediato con una devastación psicológica, física, social y económica. En nuestro entorno desde el año 2008 es la primera causa de muerte no natural; más de 200.000 supervivientes durante más de 10 años, como mínimo, han sufrido el agravio asistencial a su experiencia trágica y traumática.

AUTORÍA

CECÍLIA BORRÁS MURCIA. Presidenta de “Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes” (DSAS)

Sin embargo, la estimación realizada por Sneidman ampliamente extendida desde la década de los setenta, nunca se basó en una evidencia empírica. Un amplio estudio poblacional del entorno a una muerte por suicidio (Cerel et al., 2018) constata empíricamente que la afectación es de 135 personas no de 6. Obviamente no es el número de personas que definitivamente están en duelo por cada suicidio. Los datos del estudio de Cerel nos alertan que la exposición al suicidio es importante dado que no conocemos la escala y ni la magnitud de las personas afectadas, y la prevalencia de personas que en la sociedad pueden necesitar acciones de prevención del suicidio y de apoyo y acompañamiento, posterior a la muerte por suicidio, puede ser mayor a la estimada hasta el presente. En este sentido, un metaanálisis de estudios basados en muestras poblacionales constata que aproximadamente una de cada 20 personas ha experimentado un suicidio en el año anterior (prevalencia del 4,3%) y una de cada 5 lo ha vivido a lo largo de su vida (prevalencia de por vida 21,8%) sin observarse diferencias en la exposición por grupos de edad, es decir, entre adolescentes y adultos (Andriessen et al., 2017). La estimación fiable del número de personas expuestas al suicidio debe ser también una información necesaria para la planificación de recursos y servicios de salud mental y de soporte en el duelo por suicidio.

Como afirma Juan Carlos Pérez: *"Superviviente es la otra víctima, no los que mueren, los suicidas, sino todas las personas a las que afecta para siempre la iniciativa del suicida"*. (Pérez, 2011). Esta definición nos debe hacer reflexionar sobre poblaciones consideradas vulnerables, en especial jóvenes que han vivido de cerca esta traumática experiencia. Los supervivientes jóvenes reportan dificultades para encontrar un significado, sentimientos de culpabilidad, riesgo en las conductas de afrontamiento y en relación con sus amigos después de la pérdida por suicidio de alguien de su entorno. Aunque refieren cambios significativos en su bienestar emocional no es una población presente o a quienes se les oferte servicios de asistencia y soporte (Bartik et al., 2013).

Por otro lado, la muerte por suicidio de un paciente nunca pasa desapercibida, al contrario, deja una impronta entre quienes lo trataron profesionalmente (Zisook & Shear, 2009). Un amplio estudio retrospectivo durante un periodo de 15 años observa que el 54% de los psiquiatras reportaron haber vivido esta experiencia y un 22% vivió entre 2 y 5 casos en

su trayectoria profesional. Un 69% recordó un considerable impacto emocional incluyendo shock, el 29% admitió que esta experiencia le afectó significativamente en su trabajo como profesionales de la salud mental (Ruskin et al., 2004).

Se debe tener en cuenta que la exposición a la muerte por suicidio es un factor de riesgo para padecer trastornos mentales, especialmente depresión y ansiedad, hospitalización psiquiátrica y conducta suicida con y sin resultados mortales (Pitman et al., 2014).

12.2 SOBRE EL DUELO POR SUICIDIO EN GENERAL

El duelo es una respuesta adaptativa que provoca la reacción principalmente emocional dentro de un proceso natural ante la pérdida de un ser significativo y abarca diversas dimensiones psicológicas (emocionales, cognitivas), físicas y conductuales.

Es un proceso dinámico, fluctuante y oscilante: La persona en duelo se divide entre lidiar de manera abierta con la pérdida y, mientras tanto, rechazar las cosas que pueden recordarla, con este proceso dual y oscilante debería ser capaz de trabajar con lo sucedido y volver a la vida (Proceso Dual del Duelo) (Strobbe, 1990). Es por tanto un proceso personal y cada persona va a necesitar un tiempo en función del tipo de pérdida.

La muerte por suicidio evoca diferentes y más reacciones complejas de dolor que aquellas que se pueden observar en una muerte natural (Dyregrov et al., 2014). Los supervivientes podemos experimentar más conmoción o trauma relacionado con la naturaleza inesperada o la violencia de la muerte por suicidio en comparación con otras formas de duelo, y por tanto es presumible un proceso también más largo en relación a otro tipo de pérdidas. *"Mi propia experiencia clínica con supervivientes de suicidio confirma que el suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia"* (Worden, 2004).

12.3 LA ATENCIÓN PRECOZ A LOS SUPERVIVIENTES EN EL DUELO POR SUICIDIO

Como muerte traumática e inesperada, cabe cualquier reacción ante la noticia o el hallazgo del cadáver. Debemos tener presente en más de un 50% (58% según el estudio de Norton, 2017) los supervivientes descubrimos el cadáver de nuestra persona querida en el ámbito íntimo del hogar e incluso algunos podemos haber presenciado su fallecimiento. A este escenario, se añaden los inmediatos procedimientos policiales y oficiales requeridos para esclarecer que se trata de una posible muerte por suicidio, abriéndose una investigación criminal. Nuestro dolor es obviado en esos momentos de terrible incredulidad ante lo que estamos viviendo. En cuanto hay constancia, en el mejor de los casos, si hay una nota suicida, considerada una prueba, debe ser custodiada por personal policial y/o forense para minimizar obstáculos en la investigación. Sin embargo, sólo entre un 15-24% (Paraschakis, et al., 2012) dejan un escrito y dependiendo del estado mental de la persona, puede generar más confusión y desasosiego entre sus familiares, ya que en algunos casos se puede apreciar que la nota puede haber sido escrita durante un brote psicótico. Es recomendable, además de una actitud empática y compasiva hacia la situación emocional de los supervivientes y teniendo especial atención sobre el lenguaje y palabras que se dicen en esos primeros momentos, dejar una copia de la nota a los familiares, avisando del contenido de la misma, si este fuera duro o con tono enfadado o inculpando, así como procurar la limpieza y restauración de la escena del fallecimiento (Norton, 2017). Esto último es una situación que ocurre en muy raras ocasiones para nuestra consternación que, con profundo malestar e indefensión, nos provoca sentimientos de una "doble estigmatización" ante lo que estamos viviendo.

Es muy útil ofrecer información sobre los recursos donde podemos ser atendidos, saber que **no estamos solos** ante esta traumática experiencia y que otras personas, con vivencias similares, ofrecen soporte y acompañamiento en nuestro duelo. Por tanto, se deben promover **intervenciones precoces** contra el estigma ante la vivencia de una muerte por suicidio ya que puede reducir el aislamiento y la incomodidad social percibida (Pitman et al., 2018).

Es esencial la coordinación, la ayuda e información ofrecida desde los primeros instantes por parte de

los cuerpos policiales, servicios médicos de emergencia, forenses, profesionales funerarios, incluidos guías religiosos, que ayuden a disminuir el impacto del trauma, reducir el estigma y facilitar la búsqueda de soporte para el duelo, como así lo demuestran experiencias que en este sentido se llevan a cabo en otros países europeos como Noruega o Bélgica (Grad et al., 2014) o en EE.UU (Norton, 2017).

12.4 EL DUELO POR SUICIDIO EN FAMILIARES Y ALLEGADOS: UN DIFÍCIL CAMINO

La propia OMS pone en evidencia que el duelo por suicidio es un "camino que puede ser terriblemente doloroso, devastador y traumático. Los tabúes culturales, religiosos y sociales que rodean el hecho pueden hacer que el sendero sea aún más difícil" (WHO, 2008).

Los familiares y allegados después de una muerte por suicidio, en ocasiones recibimos una primera ayuda para nuestro dolor por parte del equipo de profesionales que atendió a la persona fallecida, o bien la buscamos en nuestro médico general quien en algunos casos puede derivarnos a salud mental como pacientes, o a organizaciones de "apoyo mutuo", si tiene conocimiento de su existencia, según nuestra experiencia.

Además, de los factores personales y biográficos de cada persona, existen los factores adicionales claves que pueden influir en nuestro duelo: la edad de la persona fallecida, el tipo de vínculo, dónde se produjo la muerte, si hubo algún aviso previo, la relación de dependencia y las creencias tanto religiosas como culturales (Hawnton & Smikin, 2003).

En general, se suele hablar de fases del duelo y en cada fase existen las denominadas tareas del duelo (Worden, 2004) o desafíos (Neimeyer, 2012).

La aceptación de la pérdida es aceptar que el reencontro es imposible y podrá estar condicionada si hemos podido ver o no el cuerpo de nuestro familiar. La negación y sensación de irrealidad será más profunda si no ha sido posible despedirse dado el estado del cadáver, algunos supervivientes verbalizan: *"No lo vi muerto, así que no me creo que estuviera dentro de la caja y me hago la ilusión de que está de viaje"*.

En esta fase de aceptación y de dolor agudo nuestra narrativa está centrada en la historia de lo que ha sucedido previamente a la muerte de la persona. Esta narrativa se convierte en un pensamiento interno en bucle, rumiaciones del duelo, para intentar responder preguntas: *¿por qué? ¿Cómo podía haberlo evitado? y ¿Qué influencia he tenido yo en su decisión?* Esta última pregunta es el principal aspecto diferencial del duelo por suicidio en relación a otros procesos de duelo. Ese “¿por qué, por qué, por qué?” inicial es la percepción y expresión del rechazo de la muerte y de sentimientos intensos de enfado (Worden, 2004).

Sentimos emociones de enfado o ira hacia la persona fallecida o hacia uno mismo, con otros miembros de la familia o conocidos, con terapeutas, con Dios o con el mundo en general. Pero también nos sentimos enfadados con nosotros mismos por sentirnos enfadados, ya que también reconocemos que la persona fallecida por suicidio estaba sufriendo mucho al decidir morir. También añade más dolor aquel que nos imaginamos cuando la muerte por suicidio ha ocurrido fuera o lejos de casa o de un hospital. Las preguntas sobre cuánto tiempo estuvo solo/a, si sufrió, si agonizó, cómo quedó su cuerpo... Los supervivientes nos reprochamos, en nuestro dolor agudo que no pudimos estar a su lado en esos momentos (Young et al., 2012).

La muerte por suicidio tras un trastorno por depresión grave de la persona fallecida, el enfado puede estar basado en querer asumir alguna “responsabilidad” debido a nuestro comportamiento que valoramos en base a creencias “populares” que existen sobre el suicidio y señales que pudieron pasar desapercibidas y que ahora adquieren un nuevo sentido: *“Me dijo que estaba cansado de vivir pero pensaba que no sería capaz”, “De repente los dos últimos días parecía otra persona, serena y con paz, me engañó”, “Su últimas palabras: me voy a descansar”, “Me prometió que no lo volvería a hacer (tentativa)”*. Aunque haya habido amenazas o tentativas previas de suicidio, la muerte por suicidio siempre es inesperada. Algunos supervivientes muestran reacciones de culpa, enfado y decepción hacia el equipo de profesionales que en el último año atendió a la persona fallecida por suicidio (Ward-Ciesielski, et al., 2014) principalmente durante el primer año de duelo. También describen cierta frustración en la participación de la familia en los procesos de ayuda a los pacientes objetando que existen, pero “en el papel” la realidad es compleja en su cumplimiento, como reflexionan

Bouwman y cols. (BOUWMAN ET AL., 2018). Algunos familiares no ven que haya una estrategia en este sentido en pro de la privacidad y la confidencialidad, incluso en las admisiones involuntarias y, en muchos casos, se sienten poco informados. Por ello, reclaman necesaria una participación real y temprana durante el abordaje terapéutico de su familiar.

Estas actitudes negativas hacia profesionales de la salud pueden interferir en la efectividad del acompañamiento del propio proceso de duelo por suicidio.

Existe un problema manifestado con bastante impotencia por parte de padres supervivientes y es el paso del seguimiento en salud mental de infante juvenil a adultos, donde el estigma juega un papel porque el tipo de población que ven en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) es diferente al del Centro de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ). Según responsables del área de Salud, actualmente sólo se garantiza la continuidad asistencial en el 52,6% de los trastornos mentales graves: *“Existe la necesidad de establecer programas de tránsito para que la continuidad asistencial esté garantizada después de los 18 años y hasta los 24 por parte de profesionales de la salud con experiencia en adolescencia”* (Mouzó, 2018).

Los supervivientes somos una población de riesgo y ello debe ser asumido cuando se ofrece una atención en el proceso de duelo. Un 26% de los supervivientes presentan ideación suicida en los primeros meses del duelo (De Groot & Kollen, 2013).

Podría considerarse normal este tipo de pensamiento ante la experiencia vivida, pero se debe estar alerta si este se transforma en una ideación sostenida y, por supuesto, si hay planificación, ya que podríamos estar ante un duelo asociado con depresión mayor o grave según criterios del DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Existe además cierto riesgo de conductas suicidas en los 30 días posteriores al fallecimiento y en las fechas próximas a los aniversarios, fechas evocadoras de recuerdos y emociones (Barker et al., 2014).

Según Zisook, algunos médicos pueden confundir la reacción del dolor agudo en el duelo por suicidio con el dolor de la depresión, cuando no hay evidencia que un proceso duelo considerado normal requiera, formalmente, de intervención profesional y tratamiento farmacológico antidepresivo (Zisook

& Shear, 2009). Es importante abordar desde atención primaria, si es necesario, el insomnio ya que es un síntoma muy presente y en función de conocidos antecedentes psiquiátricos de los supervivientes la indicación farmacológica y psicoterapéutica que se considere más adecuada (Minguez & Ruiz, 2015). En este dolor agudo del duelo, los profesionales pueden ayudar a los supervivientes proporcionando el reconocimiento y la aceptación del dolor, escuchando compasivamente sus narraciones de su relación con el fallecido y la muerte, "revisando" regularmente sus experiencias de dolor (Iglewicz et al., 2019).

A medida que vamos a ser más conscientes de la realidad de la pérdida, van a emerger las reacciones emocionales más vivas. Es el momento de la tarea de trabajar las emociones, es la fase más "depresiva" de nuestro duelo. Es la **fase o reto de la asimilación** de la pérdida. El shock inicial que nos protegía de la realidad, cuando vamos quedando desprotegidos de esta conmoción empezamos a experimentar **la soledad y la tristeza** en toda su intensidad, es la fase que necesitamos intimidad, estamos inmersos en el duro aprendizaje de la ausencia de nuestro ser querido en todos los escenarios y contextos de nuestra vida (Neimeyer, 2012). En la muerte por suicidio nos planteamos que es una muerte voluntaria y, por tanto, la renuncia y la rotura del vínculo por parte de nuestra persona fallecida dejando atrás a todos sus seres queridos y ello nos desconcierta. Por ello, nos imaginamos constantemente cómo el final podía haber sido diferente. Cuando la muerte por suicidio ha ocurrido tras una depresión es habitual, en esta fase de introspección, pensar sobre si los pasos dados en el cuidado de la persona fueron los más acertados o correctos y si se podía haber hecho algo más. Otros supervivientes se sienten culpables porque no llegaron a comprender el sufrimiento de la depresión de su familiar o bien no se sintieron informados del riesgo real de suicidio. Aunque el sentimiento de culpa es normal algunos supervivientes, sin embargo relatan sentir un cierto alivio a una situación de estrés psicológico mantenido incluso durante muchos años por la gravedad del trastorno que sufría la persona fallecida. "*Esta sensación de alivio puede vivirse con contrariedad y culpa por el "deseo inconsciente" de final para aquella persona para mitigar su sufrimiento y el propio agotamiento*" (Neimeyer, 2012). Otros supervivientes no sienten este sentimiento de culpabilidad: "*Sé que hice cuanto pude hacer y estuvo en mis manos*". La culpa es un sentimiento ligado a la asunción de la responsabilidad de la acción. En este sentido la cul-

pa puede ser de difícil gestión en el duelo cuando la muerte ha ocurrido en el contexto de un conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente (Worden, 2004). El sentimiento de culpa debe ser adaptativo: nos debe ayudar a elaborar la pérdida, a perdonar y a perdonarnos, pero debemos estar alerta cuando la culpa se transforma en un sentimiento tóxico, y se convierte en el único vínculo con la persona fallecida, entonces estaríamos ante una culpa desadaptativa que puede resultar discapacitante e incluso hacer que el superviviente tenga un alto riesgo de cometer una conducta suicida.

A diferencia de otras muertes, **la muerte por suicidio está estigmatizada, a pesar de los recientes avances para desestigmatizar las enfermedades mentales y las conductas suicidas.**

Puede ser difícil hablar con otros acerca de nuestra pérdida porque otros a menudo pueden sentirse incómodos al hablar sobre el suicidio. La consecuencia de evitar el tema, particularmente después de la muerte por suicidio, deja un sentimiento de abandono añadido a nivel social (Pitman et al., 2018). Por ejemplo, se ha observado que la población adolescente que ha perdido a uno de sus progenitores por suicidio, presenta un mayor riesgo de depresión a partir de los 9 meses y durante el segundo año incrementa su vulnerabilidad a sufrir depresión y el abuso de sustancias (Brent, 2009).

La muerte por suicidio de un hijo aumenta significativamente el riesgo de conductas suicidas de un padre. La comparación directa de las madres en duelo por causas no suicidas con las madres en duelo por suicidio muestra que el riesgo de suicidio es significativamente más alto para éstas últimas (Qin y Mortensen, 2003).

El sentimiento de no poder hablar sobre la muerte a menudo se ve agravado por la necesidad percibida de ocultar la causa de la muerte (Young et al., 2012). Los supervivientes además nos enfrentamos a barreras de prejuicios adicionales cuando manejamos gestiones y asuntos de la persona fallecida. Se ha observado que el estigma está vinculado por las actitudes negativas anticipadas de los otros (Pitman et al., 2018) y sobre nuestro propio duelo, en concreto: a que éste se transforme en un duelo prolongado, incrementa la percepción de estigma (Eisma et al., 2019) y a que esté asociado con síntomas de depresión (Scocco et al., 2019).

12.5 DUELO COMPLICADO TRAS LA MUERTE POR SUICIDIO

Existe un riesgo de sufrir un duelo complicado (DC) en los supervivientes a la muerte por suicidio con una prevalencia del 40% (Mitchell et al., 2004), el doble que el riesgo observado en la población general que está entorno 10-20% (Prigerson et al., 2009). Tres meses después de la pérdida el 25% de los supervivientes experimentaron un DC en comparación con el 13% de personas en duelo por causas naturales (De Groot et al., 2006). Las estimaciones de DC después de más de un año de la pérdida por suicidio varían entre el 35% en familiares y cónyuges de primer grado al 78% en el caso de padres que han perdido un hijo por suicidio (De Groot et al., 2007).

El DC se caracteriza por síntomas tales como evitar recordatorios de la persona muerta, falta de ningún propósito en la vida, sentido subjetivo de desapego, anhelo, incredulidad y amargura relacionados con la muerte. Los síntomas deben durar al menos entre 1-2 años en el duelo por suicidio y causan un deterioro considerable en las áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes de funcionamiento de las personas.

Se han observado tasas elevadas de ideación, intentos y suicidios consumados entre la población en duelo por suicidio (Crosby & Sacks, 2002), independientemente del estrés traumático vivido y la presencia de síntomas depresivos (Mitchell et al., 2005). Lathman y colaboradores observan que en el DC está asociado a una alta probabilidad de ideación suicida en supervivientes: 5,5 veces más elevada en el corte transversal de la muestra y 11,3 veces más alto cuando se hace el seguimiento longitudinal (Lathman & Prigerson 2004). Los autores concluyen que el DC en supervivientes aumenta considerablemente el riesgo de suicidio, después de controlar los factores de confusión importantes como el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno por Estrés Postraumático, lo que indica que el DC representa un riesgo psiquiátrico independiente para pensamientos y acciones suicidas.

Por otro lado, se ha observado que el DC en supervivientes puede estar asociado a un mayor riesgo de padecer cáncer, hipertensión, problemas cardiacos (Zang et al., 2006), con presencia de más comportamientos nocivos para la salud, tales como el aumento del tabaquismo y la ingesta de alcohol (Prigerson et al., 1997).

A día de hoy, en la mayoría de los casos los supervivientes que sufren de DC, cuando son derivados a profesionales de la salud generalmente son tratados como si tuvieran un trastorno de depresión mayor. Existe evidencia de que acciones psicoterapéuticas individualizadas mejoran parte de la sintomatología a diferencia del uso de psicofármacos para trastornos depresivos mayores que no parecen ser tan efectivos (Grad et al., 2014; Zisook et al., 2018).

Se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en personas vulnerables, generalmente poco después de la pérdida. La depresión y la ideación suicida inherentes al cuadro de DC no es sencillo detectarlo ya que aparece de forma larvada (Zhang et al., 2006). Sin embargo, puede existir el riesgo de atribuir mal y "normalizar" los síntomas de duelo, dejando a supervivientes vulnerables expuestos a la carga de la depresión no tratada y a las demandas estresantes de hacer frente a su traumática pérdida. Por tanto, en estos casos se recomienda tratar la depresión mayor relacionada con el duelo como cuando se trata la depresión relacionada con otros eventos de la vida o precipitantes psicosociales desconocidos (Zisook & Shear, 2009).

12.6 EL FACTOR SOCIAL: EL ESTIGMA

En la muerte por suicidio es muy importante el entorno social. Los supervivientes vivimos, en muchos casos, angustiados por una cierta fascinación mórbida de los demás por el tipo de muerte, principalmente en relación conocidos más que con amigos cercanos. Recibimos preguntas insensibles sugerentes de morbosa curiosidad en lugar de reflejar una preocupación genuina hacia nuestro dolor. No es extraño, por tanto, sobre la dificultad de mantener la discreción sobre la verdadera causa de la muerte, si es voluntad inicial de la familia. En un estudio los supervivientes describieron el uso de la palabra suicidio como un efecto particularmente disruptivo en las conversaciones con otras personas, se considera "una palabra bastante violenta", y algunos supervivientes habían aprendido a evitar usarla (Pitmam et al., 2018).

Del entorno próximo podemos incluso recibir "consejos" con carga punitiva por la acción de la persona fallecida: "No le llores, no se lo merece después de lo que te ha hecho", o presión para deshacer de los

objetos personales que tengan relación con la persona fallecida: *“Mis padres han tirado todas las cosas de mi hermano y no hay ninguna foto de él en la casa... es como si no hubiera existido”*.

Los supervivientes sufrimos importantes cambios en relaciones específicas de nuestro entorno, con una frecuencia descendiente en nuestras relaciones con familiares cercanos (86%), con amigos (83%), con familiares lejanos (76%), con compañeros de trabajo (65%) y en nuestras relaciones en general (53%). Una pequeña minoría (2%) de no informaron ningún cambio en ninguna de sus relaciones desde el duelo (Azorina et al., 2019).

La ocultación social y el silencio tácito generalizado respecto al suicidio provoca una insoportable carga a los que afecta *a posteriori* y para siempre la iniciativa del suicida (Pérez, 2011).

Es evidente que el apoyo es vital para los supervivientes. En estudios controlados, la percepción de un mayor apoyo social se asoció significativamente con una disminución en las dificultades en el proceso de duelo, síntomas depresivos y tendencias suicidas, así como con un aumento del crecimiento personal (Oexle et al., 2018) y en este sentido juegan un papel importante los grupos de apoyo entre iguales.

12.7 EL APOYO A LOS SUPERVIVIENTES

Existe una necesidad clara de ayuda y asistencia para los supervivientes quienes a menudo continúan sufriendo durante un largo tiempo las consecuencias de una muerte tan traumática. Sin embargo, es objeto de poca consideración y reflexión las reclamaciones y necesidades de esta población que cada vez más numerosa.

Más del 90% de los supervivientes en duelo por suicidio indican como prioritaria la necesidad de recibir ayuda para gestionar su duelo, aunque sólo el 44% recibe algún tipo de soporte (Wilson & Marshall, 2010). Sin embargo, esta evidente falta de ayuda según Grad (Grad et al., 2014) puede ser debido a que los supervivientes no necesiten esa ayuda fuera de su familia, a una negación del dolor para evitar el sufrimiento, evitar ser reconocidos como supervivientes socialmente para evitar el juicio social, la culpa y el estigma, la falta de confianza en las ayudas ofrecidas y una ausencia de servicios y facilita-

des acceder a esa la ayuda por parte de las administraciones o a la inversa, entornos particularmente estigmatizantes con el suicidio, pueden evitar el uso programas específicos. Algunos autores indican que parece existir una aparente contradicción entre las percepciones de los supervivientes y la de los profesionales de la salud o clínicos que trabajan junto con ellos (Andriessen & Kryszynska, 2012).

Por otro lado, las mujeres supervivientes son más propensas que los hombres a acceder a los grupos de apoyo de suicidio, lo que Jordan y McMenamy (2004) sugirieron que estaba relacionado con estilos de afrontamiento, y la intervención se enfoca en el autocontrol, la divulgación y compartir sentimientos. Los hombres son emocionalmente fuertes como un medio para apoyar a otros y hacen ajustes a sus propias vidas en función de lo que han aprendido al perder alguien por suicidio (Olliffe et al., 2018) (Neimeyer, 2012). Por tanto, en el enfoque y estrategias de soporte a los supervivientes debe contemplarse estas diferencias de género en la gestión de las emociones. En la mayoría de los estudios ha supuesto una limitación metodológica, entre otras, concluir sobre la efectividad de algunas intervenciones el hecho de que las muestras en sus mayoría estaban compuestas por mujeres (Linde et al., 2017; Oexle et al., 2018; Scocco et al., 2019).

Linde en una revisión sistemática de intervenciones en el duelo por suicidio incluyó muestras de supervivientes en duelo no complicado, y observó que los grupos de soporte tienden a ser efectivos para disminuir la intensidad del duelo sin complicaciones, como las dinámicas de tipo escrito para disminuir el impacto de aspectos específicos del duelo. Los programas cognitivos conductuales fueron útiles para la subpoblación de personas que tenían altos niveles de ideación suicida (Linde et al., 2017).

Los grupos de soporte de supervivientes para supervivientes son el lugar de confianza para poder compartir y hablar sobre su persona fallecida, expresar sus emociones como el enfado, la vergüenza, la culpa... Muchos supervivientes valoran que los grupos de apoyo responden a la petición de soporte que de otra manera nunca hubieran solicitado asistencia de salud mental tradicional o bien la ayuda ofrecida no se ajustaba a sus necesidades.

Desde nuestra experiencia ante un hecho tan traumático la información en los primeros meses de nuestro duelo es muy importante, información so-

bre aspectos de nuestro propio proceso y psicoeducación adaptada a caso en particular, valorando aquellos casos que puedan presentar cierta vulnerabilidad. Es crucial trabajar junto a un equipo de profesionales formados en nuestro duelo para poder derivar aquellos casos de supervivientes en riesgo de DC para una intervención profesional precoz.

Los grupos de apoyo y soporte entre supervivientes facilitan conocer con quien hablar y compartir la soledad y las situaciones personales con las que se hemos enfrentado. La valoración de la actuación de los grupos en nuestra experiencia ha sido siempre muy positiva (Grupos de Apoyo y Acompañamiento de "Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes (DSAS)).

Estos grupos eliminan la barrera de desconfianza que se puede sentir hacia aquellos que nos pueden ofrecer ayuda, rompen con la soledad, en particular para los que no pueden contar con el apoyo social suficiente en el entorno inmediato, o bien no pueden acceder a los amigos y conocidos por el estigma y tabú, principales obstáculos sociales. El acompañamiento grupal nunca debe ser sustitutivo de la ayuda psicoterapéutica individual que reciba un superviviente, son actuaciones complementarias para lograr un proceso de duelo saludable. Se trata de reincorporar la pérdida sufrida a nuestras vidas volviendo a la vida, sin olvidarnos de ellos y ellas y que nuestro testimonio sirva que no sean recordados sólo por su forma de morir.

12.8 CONCLUSIONES

- Es necesaria una mirada integral de respuesta en el soporte que va más allá del pensamiento tradicional de que la atención después de una muerte por suicidio solo sea dirigida a la familia más inmediata, ya que las consecuencias de vivir la muerte por suicidio pueden estar subestimadas, y en especial a poblaciones vulnerables como son los jóvenes que a menudo no son objeto de atención.
- La pérdida y el dolor es entorno a un acto intencionado y tiene efectos paralizantes para la familia, amigos y allegados. Se deben promover acciones precoces y coordinadas empatizando con la situación traumática, ofreciendo información de recursos que rompa con la soledad y el estigma ante la vivencia de una muerte por suicidio.
- El apoyo social de los supervivientes es vital. Sin embargo, existen cambios poco significativos en nuestro entorno fruto todavía del estigma que pesa entorno al suicidio y sobre nuestro propio duelo lo que ejerce una presión adicional de soledad e incompreensión.
- Los espacios de escucha y acompañamiento entre iguales en el duelo por suicidio procuran un proceso de duelo saludable, ya que tiene una positiva repercusión en la calidad de vida de los supervivientes y de su salud mental. Es una acción de la prevención del suicidio en una población vulnerable.
- La ayuda a supervivientes depende en gran medida de entidades de supervivientes del sector voluntario y social, con poca aportación de las administraciones para abordar los riesgos descritos en un duelo de riesgo en algunos casos. Los responsables de la elaboración de políticas de prevención deberían considerar cómo fortalecer los recursos de profesionales de salud con formación y soporte para estas entidades. El objetivo es evitar en una población muy numerosa un proceso emocional que puede llegar ser grave y con un riesgo de mortalidad evitable.

12.9 BIBLIOGRAFÍA

- Andriessen, K., Krysinska, K. (2012) Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 9(1):24-32.
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, PB. (2017) Prevalence of exposure to suicide: a meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88,113-20.
- Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King M, Pitman (2019) A the perceived impact of suicide bereavement on specific interpersonal relationships: A qualitative study of survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 21:16(10),1-15.
- Bartik, W., Maple, M., Edwards, H., Kiernan, M. (2013) Adolescent survivors after suicide: Australian young people's bereavement narratives. *Crisis*; 34, 211-7.
- Bouwman, R., Graaff de, B., De Beurs, D., van de Bovenkam, p H., Leistikow, I., Friele, R. (2014). Involving patients and families in the analysis of suicides, suicide attempts, and other sentinel events in mental healthcare: A qualitative study in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1104.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, MB., Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*; 166, 786-94.
- Cere, I J., Brown, MM. , Maple, M., Ingleton, M., van de Venne, J., Flaherty, C. (2018) Suicide how many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 49(2), 529-534.
- Crosby, AE. & Sacks, JJ. (2002) Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 321-328.
- De Groot, M. & Kollen, BJ. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *British Medical Journal*; 2, 1-11.
- De Groot, MH., De Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof A., Nolen, W., Burger, H (2007) Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*; 334, 994.
- de Groot MH., De Keijser J. y Neeleman J. (2006) Grief Shortly After Suicide and Natural Death: A comparative study among spouses and first-degree relatives suicide and *Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431.
- Dyregrov, K., Cimitan, A., De Leo, D. (2014). Reactions to Traumatic Death. En *Bereavement after traumatic death: Helping the survivors* (pp. 19-35). Boston: Ed. Hogrefe.
- Eisma, MC., Te Riele, B., Overgaauw, M., Doering, BK. (2019) Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. *Psychiatry Research*; 272, 784-789.
- Fine, C. (2000) No time to say goodbye: Surviving the suicide of a loved one. New York: Ed. Broadway Books.
- Grad, O., De Leo, D., Dyregrov, A., Cilmiltan, A. (2014) Posvention: How to organiza it. En *En Bereavement after traumatic death: Helping the survivors*. 115-124. Boston: Ed. Hogrefe.
- Hawton K.& Simkin S. (2003) Helping people bereaved by suicide. *British Medical Journal*; 32, 177-8.
- Iglewicz, A., Shear MK., Reynolds, CF., Simon, N., Lebowitz, B., Zisook, S.(2019) Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*. Oct 17 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.22965>.
- Jordan, JR. & McMenamy, J. (2004) Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 34 (4), 337-349.
- Latham, AE. & Prigerson, HG. (2004) Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 34, 350-362.
- Linde, K., Trembl, J., Kerstin, A. (2017) Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS One*12 (6) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5482439/pdf/pone.0179496.pdf>
- Minguez, J. & Ruiz, M. (2015) Atención al duelo. *Actualización en Medicina Familiar*; 11(5), 300-303.
- Mitchell, AM., Kim, Y., Prigerson, HG., Mortimer-Stephens, MK. (2004) Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*; 25, 12-18.
- Mitchell, AM., Kim, Y., Prigerson, HG., Mortimer, MK. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 35, 498-506.

- Mouzó, J. (2018). El complejo tránsito a la vida adulta de adolescentes con trastornos mentales graves (Artículo digital) Recuperado de: https://elpais.com/ccaa/2018/01/17/catalunya/1516217057_638440.html
- Neimeyer, AR. (2012) Aprender de la pérdida. Barcelona: Ed.Paidós
- Norton, K. (2017). Responding to a suicide death: The role of first responders. *Death Studies*; 41(10), 639-647.
- Oexle, N., Feigelman, W., Sheehan, L. (2018) Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes. *Death Studies*; 19, 1-8.
- Oliffe, JL., Broom, A., Kelly, MT., Bottorff, JL., Creighton, GM., Ferlatte O. (2018) Men on losing a male to suicide: A gender analysis. *Qualitative Health Research*; 28, 1383-1394.
- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Douzenis, A., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L. (2012) Differences between suicide victims who leave notes and those who do not: A 2-year study in Greece. *Crisis*; 33(6), 344-349.
- Pérez, JC. (2011) La mirada del suicida. Madrid: Ed. Plaza y Vadés.
- Prigerson, HG., Horowitz, MJ., Jacobs, SC., Parkes, CM., Aslan, M., Maciejewski, PK. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PloS Med*; 6
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., Erlangsen, A. (2014) Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*; 1, 86-94 .
- Pitman, A., Stevenson, F., Osborn, DPJ., King, MB. (2018). The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine*; 198, 121-129.
- Prigerson, HG., Bierhals, AJ., Kasl, SV., Reynolds, CF., Shear, MK., Day, NY, Jacobs S. (1997) Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Qin, P.& Mortensen, PB. (2003) The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives Of General Psychiatry*; 60, 797-802.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagdy, RM., Dickens, S., Sousa, G. (2004) Expand impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees *Academic Psychiatry*; 28 (2), 104-110.
- Strobe, MS. (1999). Shut "Dual Process model with bereavement".
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, PW., Castriotta, C; SOPROXI Team. (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord*; 244:223-230.
- Ward-Ciesielski, EF., Wielgus, M., Jones, CB. (2015) Suicide-Bereaved individuals' attitudes toward therapists. *Crisis*, 36(2); 135-141.
- Wilson, A. & Marshall, A. (2010) The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*; 34, 625-640.
- Worden W. (2004) Elaboración de tipos especiales de pérdidas. En el tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Ed. Paidós.
- World Health Organization (2008). Preventing Suicide: How to Start a Survivor's Group. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf
- Young, IT., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Zisook, S.(2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neurosciences*; 14,177-186
- Zhang, B., El-Jawahri, A., Prigerson, HG. (2006). Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*; 9, 1188-203.
- Zisook, S & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*; 8(2), 67-74.
- Zisook, S., Shear, MK., Reynolds, CF., Simon, NM., Mauro, C., Skritskaya, NA., Qiu, X. (2018) Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A HEAL Report. *Journal Clinical Psychiatry*, 79(2).

Poblaciones de especial vulnerabilidad (LGTB, violencia de género, exclusión social)

AUTORÍA

POBLACIÓN LGTB

MERCEDES NAVÍO ACOSTA. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Hospital 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria (i+12). CIBERSAM. Madrid.

VIOLENCIA DE GÉNERO

FRANCISCO FERRE. Jefe Servicio Psiquiatría Adulto y Co-Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Gregorio Marañón (IPSMarañón).

LETICIA CAMARILLO. Psicóloga coordinadora programa ATIENDE de la Comunidad de Madrid.

EXCLUSIÓN SOCIAL

RAFAEL FERNÁNDEZ GARCÍA-ANDRADE. Psiquiatra del Hospital Universitario Clínico San Carlos. Coordinador del Equipo de Calle de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (ECASAM).

Clásicamente se ha afirmado que al menos al 90% de los suicidios subyace una patología mental. Dentro del 10% restante, se agrupan factores poblacionales de vulnerabilidad específicos para el suicidio que no han de conllevar necesariamente la presencia de enfermedad mental, aunque también tienen especial riesgo de sufrirla. En ocasiones estos factores no sólo definen la vulnerabilidad y el estrés crónico en los Modelos Díatesis-Estrés sino que son potenciales factores precipitantes del suicidio en el contexto de reacciones a estrés agudo. Este capítulo aborda tres poblaciones donde la evidencia de riesgo incrementado está suficientemente sustentada. No son las únicas, pero resultan de especial interés a la hora de implementar actuaciones preventivas específicas.

13.1 POBLACIÓN LGTB

El estigma social que todavía hoy afecta tanto al suicidio como a la diversidad sexual ancla sus raíces históricas en nuestro medio en su consideración simbólica de delito y pecado, que en algunos casos llegó a la reclusión y la muerte civil. Tanto los suicidas como los homosexuales fueron considerados desviados de la norma y merecedores de castigo penal y moral.

Más recientemente y desde una óptica científica y filosofía humanista la visión de ambos fenómenos ha cambiado profundamente, teniendo consideración de problema de salud pública el suicidio y habiéndose despatologizado la diversidad sexual.

Los determinantes sociales de la salud y las causas de exclusión social de diferente índole son facto-

res de riesgo bien conocidos e incluidos por la Organización Mundial de la Salud en su publicación de 2014 "Prevenir el suicidio, un imperativo global". Concretamente en la categoría de discriminación, viene recogido como factor de riesgo el pertenecer a un grupo de minorías sexuales.

El Modelo diátesis-estrés de Mann incluye el estrés social y las experiencias adversas en la infancia como factores de vulnerabilidad. En la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, está descrito como factor de riesgo durante la adolescencia ser varón homosexual. Clásicamente la homosexualidad ha sido considerada uno de los factores de riesgo socio-demográficos.

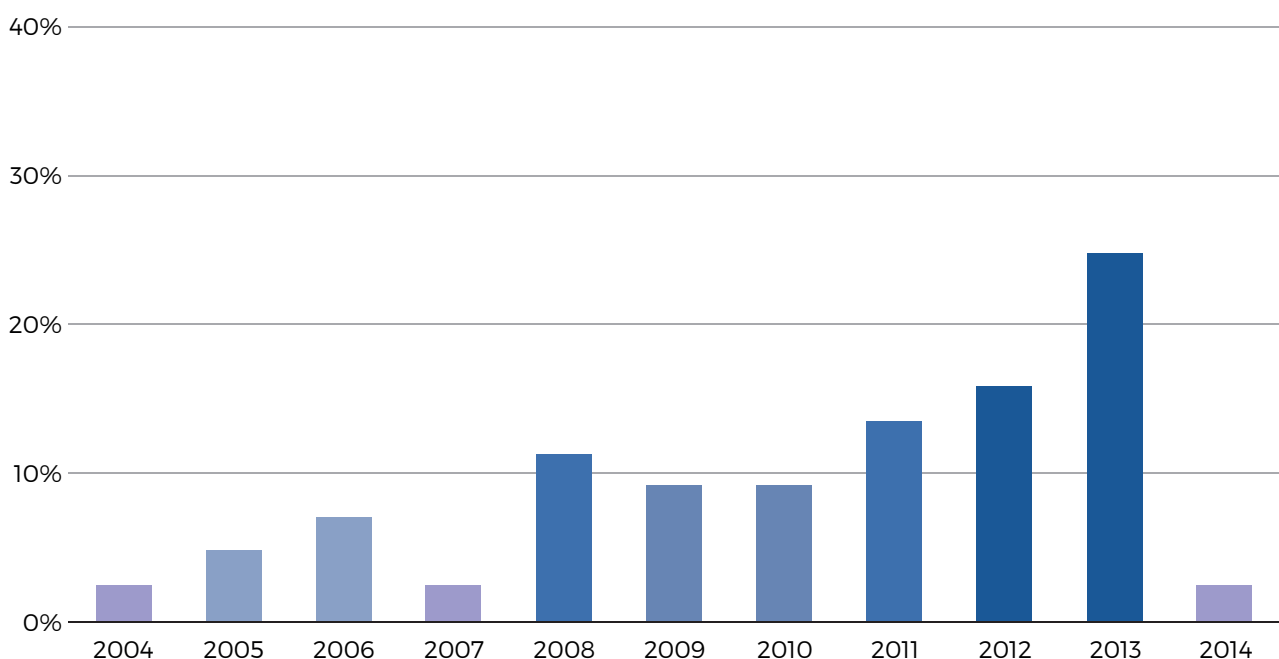
En un estudio específico sobre causas y prevalencia de suicidio en población pediátrica destacan el no ser heterosexual (Dilillo D, 2015). En 2005 Plöderl y Fartacek realizaron el primer estudio en países germano-parlantes comparando prevalencia de suicidio en población LGB con adultos heterosexuales semejantes. Se encontró mayor prevalencia de factores de riesgo en la muestra LGB, lo cual guarda relación con mayores tasas de ideación suicida e intentos. En 2011 Haas y cols, publicaron una revisión sobre población LGTB y suicidio y recomendaciones al respecto donde ya destacaron la falta de atención y de estrategias de prevención y la di-

ficultad de reportar mediante autopsia psicológica la orientación sexual de una persona para obtener datos de muertes por suicidio, ya que era un dato que los entrevistados, principalmente familiares ocultaban o desconocían. En esta revisión ya se separaron los datos aportados sobre LGB de T, debido a sus características particulares. Un año más tarde, Liu y Mustanski, hicieron un estudio en jóvenes LGTB a los que pasaron encuestas cada 6 meses evaluando la prevalencia de ideación suicida o de autolesiones. El resultado fue que se encontró un alto porcentaje de pensamientos suicidas a lo largo del tiempo.

La investigación sobre la salud mental y sobre tasas de suicidio en el colectivo LGTB ha crecido considerablemente en los últimos años (Tomicic et al., 2016).

Según este mismo autor el porcentaje de estudios sobre la conducta suicida en población LGTB por objetivos es el siguiente:

- 50% determinar factores de riesgo, y protectores en salud mental
- 24% determinar prevalencia e incidencia de ideación e intentos



■ FIGURA 16. Evolución del número de estudios de investigación sobre salud mental y tasas de suicidio en el colectivo LGTB

- 13% comprensión del proceso suicida: asociación victimización-suicidio
- 9% sintomatología psiquiátrica y subcategoría LGTB
- 1% evaluar impacto intervención preventiva

En la citada revisión de Tomicic, la población LGTB era objeto del 60% de los estudios, la población Transexual del 22% y un 18% era analizada conjuntamente. En cuanto a grupos de edad un 44% se centraba en adolescentes y jóvenes, un 47% en jóvenes y adultos y un 9% sólo en adultos.

La existencia de mayor prevalencia de ideación de suicidio, intentos de suicidio y suicidio en población LGTB es un hallazgo sólido. El Suicidio en Gays y Lesbianas podrían suponer el 30% de los suicidios en USA (Irwin, 2013)

La base conceptual de esta revisión se asienta en dos evidencias consistentes:

- Los antecedentes de peores indicadores de salud no inherentes a la orientación/identidad LGTBQ
- El Modelo de Estrés de las Minorías discriminadas (Bockting et al., 2013 y Ploderl et al., 2008) que incluye la discriminación y la violencia externa física o simbólica, y la homofobia internalizada, el ocultamiento y la expectativa interna de rechazo.

Las Etapas evolutivas de la Autoaceptación (Cass, 1979) de la orientación e identidad sexual incluyen un proceso a veces complejo desde la negación

hasta la integración que con frecuencia ha de enfrentar la homofobia internalizada y diferente grado de hostilidad del medio.

En ocasiones se producen secuelas de la "Victimización" que tienen diferentes expresiones sintomáticas como:

- T. Ansiedad (TEPT)
- T. Afectivos
- Adicciones
- Catastrofización, Magnificación y otras distorsiones cognitivas
- Nosofobia
- Indefensión aprendida.
- Disociación Afectivo-sexual
- Falta de Asertividad
- Sentimientos de culpa, Auto-odio, ira, aversión, repudio, insatisfacción, cansancio, auto-desprecio, Autocastigo, que incrementan el riesgo de suicidio.

Los factores de riesgo son operativizados por dimensiones diferentes según los autores:

- Victimización de género (Birjett et al., 2009)
- Abuso físico, psicológico y sexual (Corlis et al., 2010)

■ TABLA 16. **Etapas evolutivas de la Autoaceptación**

Etapa	Tarea	Palabra clave
Confusión		Negación
Comparación	Gestión de pérdidas (Duelo por la Normalidad)	Pérdidas
Tolerancia	Prospección de ganancias (referentes / comportamientos estereotipados)	Exploración
Identidad	Identificación LG (consecuencias sobre autoestima / autoconcepto)	Comodidad (algo más...)
Orgullo	Visibilidad / Asertividad (salida armario)	Comunicación
Síntesis (Integración)	Resiliencia	Aprendizaje

- Homofobia internalizada (González et al., 2012)
- Conducta de suicidio-forma de autocastigo de la "parte mala" (McAndrew, 2010)
- Marginación de la comunidad (O'Donnell et al., 2011)
- Falta de apoyo social (Nemoto et al., 2011; Walls et al., 2008)

En general la menor edad de salida del armario implica un mayor riesgo de victimización y de suicidio (Corlis et al., 2010; Mustanski et al., 2013). La Etapa de "cuestionamiento" es un periodo de especial riesgo para personas LGTB. El Rol mediador de la aceptación o rechazo familiar (Bouris et al., 2010; Diamond, 2013; Bocktind et al., 2013) resulta determinante evidenciándose 8 veces más riesgo de intento de suicidio en adolescentes LGB que experimentan rechazo familiar (Blosnich, 2012).

LA ASOCIACIÓN DE DOS O MÁS FACTORES COMBINADOS INCREMENTA EL RIESGO:

- **Asociación de homofobia, pobreza y racismo** (Díaz et al., 2001)
- **Mayor riesgo de suicidio y alcoholismo en mujeres con bajo nivel educativo** (Hughes et al., 2008)
- **Patología dual e intentos previos, mejores predictores de suicidio consumado en VIH** (Haas et al., 2011)
- **Patología dual en Bisexualidad** (Bauer, 2016)
- **Menor Ratio Ajustada en Latinos y Creyentes LGTB frente a Raza Blanca/Negra y Ateos/ Agnósticos LGTB**

El índice de Soporte Ambiental Bajo que se calcula incluyendo, Proporción de parejas homosexuales, Proporción de demócratas, Proporción de alianzas entre homosexuales y heterosexuales en la escuela y Proporción de colegios con políticas de protección específica (Hatzbuehler, 2011) puede llegar a suponer una variación del 20% de riesgo controlados factores de riesgo individual.

Por el contrario, los factores protectores como el Apoyo familiar (Mustansky et al., 2013), el Apoyo del grupo de pares (Moody et al., 2013; Espelage et al., 2008), el Ambiente social inclusivo (Espelage et al., 2008; McAndrew, 2010) y la Resiliencia, Estilo de Afrontamiento Adaptativo (Masten, 2001; Swannel, 2016) reducen significativamente el riesgo de suicidio en esta población. El apoyo en el proceso de transición y el acceso a la cirugía de reasignación sexual es también un factor protector específico en población Trans especialmente vulnerable dentro de este colectivo.

Para seguir avanzando es necesario realizar estudios que incluyan metodología cualitativa y un enfoque culturalmente sensible que considere dimensiones subjetivas (Haas et al., 2010). Además, es preciso implementar y evaluar abordajes preventivos específicos para estas poblaciones, teniendo en cuenta las premisas expuestas.

13.1.1 Conclusión

- Es necesario diseñar abordajes preventivos específicos para estas poblaciones desde una perspectiva holística.

13.1.2 Bibliografía

Azevedo, P., Vitória, J., Norton, A. (2016). Mental health and suicidal risk in lesbian, gay and bisexual population. Magalhães Lemos Hospital, Inpatient Unit C, Porto, Portugal. 24th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 33S, S290-S643

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association.

Arcelus, J., Bouman, WP., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*;30(6):807-815.

Asscheman, H., Giltay, EJ., Megens, JAJ., De Ronde, W., Van Trotsenburg, MAA., Gooren, LJC. (2011). A longterm follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*;164(4):635-642.

Bailey, L., Ellis, SJ., McNeil, J. (2014). Suicide risk in the UK Trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Ment Health Rev J*;19(4):209-220

- Bauer, GR., Scheim, AI., Pyne, J., Travers, R., Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*;15(1).
- Bauer, GR., Flanders, C., MacLeod, MA., Ross, LE. (2016). Occurrence of multiple mental health or substance use outcomes among bisexuals: a respondent-driven sampling study. *BMC Public Health*; 16:497.
- Bentz, E., Hefler, LA., Kaufmann, U., Huber, JC., Kolbus, A. (2008). Tempfer CB. A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Obstet Gynecol Surv*; 63(12):775-777.
- Blosnich, J., Bossarte, R. Drivers of Disparity: Differences in Socially Based Risk Factors of Self-injurious and Suicidal Behaviors Among Sexual Minority College Students. *Journal of American College Health*, vol. 60, no. 2.
- Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Pickard, A., Shiu, C., Loosier, PS., Dittus, P., Gloppen, K., Waldmiller, JM. (2010). A Systematic Review of Parental Influences on the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Time for a New Public Health Research and Practice Agenda. *J Primary Prevent*; 31:273-309
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*;51(3):53-69.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*; 34(6):679-690.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, ALV., Långström, N., Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*;6(2).
- Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Marni, C., Zuccotti, GV. (2015). Suicide in pediatrics: Epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr*.
- Fitzgibbons, RP. (2015). Transsexual attractions and sexual reassignment surgery: Risks and potential risks. *Linacre Q*;82(4):337-350.
- García, C. Identidad de género y suicidalidad. Trabajo de Fin de Máster. Universidad de Sevilla.
- Goldblum, P., Testa, RJ., Pflum, S, Hendricks, ML., Bradford, J., Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Prof Psychol Res Pract*;43(5):468-475.
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz, M (2012). Hormonetreated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*; 37(5):662-670.
- Grossman, AH., D'Augelli, AR. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life-Threat Behav*; 37(5):527-537.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2010). 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. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Haas, AP., Eliason, M., Mays, VM., Mathy, RM., Cochran, SD., D'Augelli, AR. (2012). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex* 2011;58(1):10-51. 12. Liu RT, Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med*; 42(3):221-228.
- Haas, AP & Lane, A (2015). Sexual Orientation and Gender Identity Data in Suicide and Other Violent Deaths: A Step Towards Identifying and Addressing LGBT Mortality Disparities. *LGBT Health Volume 2, Number 1*.
- Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*; 64(5):514-519.
- Hurtado-Murillo, F (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*; 6.
- Kazam, D., Alison, KC., Calear, L., Batterham, FJ. (2016). The impact of intimate partner the relationships on suicidal thoughts and behaviours. A systematic Review. *Journal of Affective Disorders*.
- Kreukels, BPC., Guillamon, A. (2016). Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *Int Rev Psychiatry*; 28(1):120-128.

- Leibowitz, S., De Vries, ALC. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*; 28(1):21-35.
- Liberati, A., Altman, DG., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, PC., Ioannidis, JPA. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Ital J Public Health*; 6(4):354-391.
- Lopez, X., Stewart, S., Jacobson-Dickman, E. (2016). Approach to children and adolescents with gender dysphoria. *Pediatr Rev*;37(3):89-98.
- Macías, EA., Armaza, EJ. (2014). La transexualidad: aspectos jurídicos-sanitarios en el ordenamiento español. *Salud Colect*;10(3):365-377.
- Maguen, S., Shipherd, JC. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychol Sex*;1(1):34-43.
- Mathy, RM. (2003). Transgender identity and Suicidality in a Nonclinical Sample: Sexual Orientation, Psychiatric History and Compulsive Behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*;14:4, 47-65.
- Megan, C., Lytlea, M., De Luca, R., Blosnich, C. (2015). Associations of racial/ethnic identities and religious affiliation with suicidal ideation among lesbian, gay, bisexual, and questioning individuals. *Journal of Affective Disorders*. 178. 39-45.
- Miranda-Mendizabal, P., Castellvi, O., Pares-Badell, J., Almenara, I., Alonso, M. J., Blasco, A., Cebria, A., Gabilondo, M., Gili, C., Lagares, J. A., Piqueras, M., Roca, J., Rodriguez-Marin, T., Rodriguez, V., Soto-Sanz, C.(2017). Vilagut and J. Alonso. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1-11.
- Moody, C., Smith, NG. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Arch Sex Behav*;42(5):739-752.
- Mustanski, B., Liu, RT. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Arch Sex Behav*;42(3):437-448
- Olson, KR., Durwood, L., Demeules, M., McLaughlin, KA. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*;137(3).
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, ML., Oldenburg, CE., Bockting, W. (2015). Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts among Transgender Adults. *Behav Med*;41(3):164-171.
- Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Rev Colomb Psiquiat*;42(4):333-349.
- Plöderl, M., Fartacek, R. (2005). Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide Life-Threat Behav*;35(6):661-670.
- Ploderl, M., Wagenmakers, EJ., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., Fartacek, R. (2013). Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review. *Arch Sex Behav*; 42:715-727
- Stürup, GK. (1976). Male transsexuals: a long term follow up after sex reassignment operations. *Acta Psychiatr Scand*;53(1):51-63.
- Swannell, S., Martin, G. (2016). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 50(2) 145 -153.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., Lagazzi, I.(2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev Med Chile*; 144: 723-733.
- WHO (World Health Organization). (1992). Clasificación Internacional Enfermedades 10 (CIE-10).
- WHO (World Health Organization). (2014). Preventing Suicide: a global imperative.
- Zaza, S., Kann, L., Barrios, LC. (2016). Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents Population Estimate and Prevalence of Health Behaviors. *JAMA*; 13 (316):22.

13.2 VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

La violencia de género es, según Naciones Unidas inspirada por la Organización Mundial de la Salud, "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (Naciones Unidas 1993)

Sea como fuere se puede tratar desde agresiones directas hasta sometimientos, abusos y control. Incluso en los casos en los que no haya habido agresiones directas, para cuando la mujer reconoce esos casos de control, críticas y coacciones suele haber pasado mucho tiempo (Salber & Taliaferro, 2000). En ese momento la mujer suele encontrarse inmersa en una relación de aislamiento y desesperanza que deviene en el mantenimiento de ese tipo de vínculo ya que no se encuentra ni con fuerzas ni con capacidad ni con confianza en ser creída para finalizar dicha relación. Amén de otros muchos condicionantes socioeconómicos (hijos, inactividad laboral, etc.) (Echeburúa et al., 2002).

Se trata de un fenómeno que se desarrolla en una secuencia en la que el inicio no es fácil de identificar pues se empieza con pequeños enfados por cosas que se interpretan como "normales" en el contexto de una relación amorosa. Véase: celos (considerados normales, así como halagadores al inicio de las relaciones), necesidad de cercanía de la persona amada y por lo tanto control sobre dónde está, molestia e incluso enfado por la presencia de otras personas que entorpecen su intimidad y su complicidad, petición de ciertos "sacrificios" o concesiones como prueba de amor. Estos enfados se van endureciendo a medida que la relación es más duradera, van aumentando su frecuencia y va creciendo su carga de violencia, apareciendo desprecios francos, insultos, humillaciones, castigos en forma de silencios mantenidos en el tiempo, miradas despectivas, gestos intimidantes, conducción temeraria en momentos de tensión. Llegando finalmente a las descargas violentas en forma de golpes, palizas, violaciones y en el peor de los escenarios el asesinato (Hirigoyen, 2006).

Un mecanismo habitual es la oscilación de muchos maltratadores entre momentos de furia intensa a momentos de supuesto reconocimiento de su ac-

titud abusiva y reconciliación. Lo que forma un círculo de violencia que se repite una y otra vez como explicaba Leonor Walker (Walker, 1979), del que es difícil salir.

Las consecuencias que tiene para la salud mental de las víctimas son predominantemente Trastorno por Estrés postraumático, depresión o ambas conjuntamente (Stein & Kennedy, 2001; Cascardi et al., 1999). La mayoría de las mujeres víctimas de violencia de género que son tratadas psicológicamente padecen sintomatología relevante de trastorno por estrés postraumático, aunque no cumplan todos los criterios diagnósticos, dos tercios de ellas presentan alteraciones de dicho trastorno (Amor et al., 2001).

13.2.1 Violencia de género y suicidio

El vínculo entre pensamientos y comportamientos suicidas y la violencia de género es algo claramente establecido hace más de dos décadas (Golding, 1999; Cavanaugh et al., 2011). Nos referimos concretamente, como define el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU (2017), a la ideación suicida, los intentos de suicidio y suicidios consumados por un lado y a violencia física, sexual, psicológica y ambiental por otro, como hechos que conjuntamente incrementan drásticamente el riesgo autolítico de una víctima que, a su vez, con frecuencia padece un trastorno mental como depresión y/o trastorno por estrés postraumático mayoritariamente.

Si bien el estudio de la OMS (Devries et al., 2011) se realiza en países en desarrollo y por tanto la extrapolación a nuestro entorno podría ser matizable, lo cierto es que en este trabajo, sobre 20.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad, queda establecida la relación de la violencia de género con el suicidio en las mujeres víctimas.

El papel que la violencia de género pudiera tener eventualmente sobre un caso de suicidio es un problema de salud pública por tres motivos: el suicidio está aumentando, el maltrato sufrido por las parejas es un factor de riesgo de suicidio y además se plantea como crítico distinguir entre los suicidios acaecidos a continuación de un episodio concreto de violencia de género y los precipitados por la persistencia del proceso de violencia de género en la víctima (Brown & Seals, 2019).

El Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades de EE. UU. en su sección dedicada a la Prevención de la Violencia (Breiding et al., 2015) define como pareja de la víctima no solo al actual o antiguo marido/ pareja de hecho, sino que se consideran subsidiarios de incluirse en la definición de violencia de género a los novios o parejas que no conviven, a las parejas sexuales eventuales y aquellos con los que comparten hijos independientemente de la relación actual. En definitiva, cuando hablamos de víctimas de violencia ejercida por sus parejas, ese estatus de pareja es independiente del estado civil o relacional actual.

Existen factores sociales sobreañadidos que hemos de tener en cuenta en el abordaje de este tema. Hace más de veinte años (Pampel, 1998) se planteó, en base al análisis de los datos de 18 países occidentales y desarrollados, que los cambios en el rol de la mujer trabajadora podrían haber influido en un incremento de la tasa de suicidio femenino. Incluso se postulaba que aquellos países donde las mujeres se habían implicado en movimientos reivindicativos de los derechos y la igualdad de oportunidades presentaban más altas tasas de suicidio que aquellos países donde el rol de la mujer era más "colectivista" e integrado en las tareas familiares y domésticas. A este dato hay que unir la constatación (Neeleman et al., 1997) extraída en 19 países desarrollados acerca de la protección que frente al suicidio ejerce el hecho de tener convicciones religiosas.

13.2.2 Trastornos mentales y riesgo suicida en víctimas de violencia de género

Existe una estrecha relación entre el suicidio y problemas de salud mental como el abuso de sustancias, el aislamiento social, el trauma, la violencia y la violencia de género (Gold et al., 2012; Logan et al., 2011; Crosby et al., 2011).

La depresión es uno de los problemas de salud más prevalentes en relación con la violencia de género y el suicidio, su asociación al trastorno por estrés postraumático conlleva un pronóstico muy desfavorable asociándose a una baja adherencia al tratamiento y a conductas de afrontamiento desadaptativas y autolesivas (Dutton et al., 2006; Ridings et al., 2018).

La vida de una víctima de violencia de género implica una gran insatisfacción mantenida en el tiempo, que se asocia frecuentemente con trastornos mentales y abuso de sustancias que, si bien por sí mismos aumentan el riesgo de suicidio, éste se puede multiplicar por determinantes ambientales concretos de cada entorno sociocultural. Así lo constata un estudio norteamericano en población rural en donde a lo referido hay que unir la disponibilidad de armas de fuego (Hink et al., 2015) o la letalidad del estrangulamiento que alcanza el 38% en estas pacientes en determinados ámbitos (McKwon, 2016).

Dada la alta frecuencia del trastorno por estrés postraumático, es de especial importancia señalar que este trastorno en la mayor parte de los casos es comórbido con el de depresión (Pico-Alfonso et al., 2006; O'Donnell et al., 2004; Shalev et al., 1998; Kilpatrick et al., 2003; Owens & Chard, 2003).

Otras circunstancias no directamente relacionadas con el diagnóstico también han sido detectadas como factores de alto riesgo. Se ha constatado que la agresión del maltratador a los hijos incrementa la sintomatología preexistente de depresión y del trastorno por estrés postraumático (Rivera et al., 2018).

No debemos olvidar las formas de violencia de género más sutiles o menos visibles y por tanto menos demostrables. Nos referimos a las actitudes de control del maltratador, la coerción verbal, el insulto, en definitiva, lo que se llama violencia psicológica. Este tipo de maltrato tiene momentos álgidos como la separación o divorcio y ha resultado incrementar el riesgo de suicidio significativamente tanto en la víctima como en el maltratador (Wyder et al., 2009) del mismo modo que la pérdida de la custodia de los hijos es un factor precipitante autolítico (Holland et al., 2018).

La prevalencia de la adicción a la nicotina en víctimas de violencia de género es el triple que, en el resto de las mujeres, lo cual empeora la evolución de los trastornos mentales comórbidos y de las conductas disruptivas de estas pacientes (Sullivan et al., 2015).

Ortega y Karch (2010) sugieren que el riesgo de suicidio de una víctima está directamente relacionado con el grado de bloqueo o aislamiento social y familiar que el maltratador le consigue infligir. Las etapas vulnerables de la vida de una mujer también son determinantes en el riesgo suicida en víc-

timas de violencia de género, siendo la depresión postparto un ejemplo de ello (Beydoun et al., 2010).

En un estudio de Thompson, Kaslow y Kingree (2002) constataron que el riesgo de suicidio en víctimas de violencia de género se multiplicaba por 107 veces, si dichas mujeres acumulaban más de cuatro de los factores de riesgo que hemos referido previamente comparadas con las que no se veían sometidas a dichas circunstancias.

13.2.3 Suicidio y subtipos de violencia de género

La violencia de género no se puede considerar como una experiencia única ni reducirla al ejercicio de la violencia física. En relación a la violencia psicológica un estudio español (Pico-Alfonso et al., 2006) informa que la violencia psicológica deteriora la salud física y mental de la víctima tanto como la violencia física. Además, se ha constatado que la violencia psicológica es más determinante que la física para que la víctima sufra la comorbilidad de depresión y trastorno por estrés postraumático (Sackett & Saunders, 1999; Katz, 1999). No podemos seguir considerando la violencia psicológica como una variante menor de la violencia de género, pues añadida a la violencia sexual y física incrementa significativamente la gravedad de la sintomatología depresiva y lo que es más letal, el riesgo suicida (Wingood et al., 2000) por lo que los clínicos estaríamos obligados a precisar el diagnóstico psiquiátrico y el riesgo suicida en las víctimas que únicamente refieran violencia psicológica tal y como hacemos cuando presentan violencia física y/o sexual.

En cuanto a la violencia sexual, se ha comprobado que en países de nuestro entorno existe una clara correlación entre los antecedentes de abuso sexual en la infancia con predictores clínicos de mayores probabilidades de suicidio en esa persona (Dube et al., 2001; Fergusson et al., 2008), y en 2004 un estudio de la carga global de las enfermedades estimó que el 11% de los intentos de suicidio en mujeres tenían antecedentes de abuso sexual infantil (Andrews et al., 2004.). Además, Joines 2007 concluye que tanto la violencia física, la violencia de género de tipo físico como la agresión sexual están fuertemente correlacionadas con el suicidio. El maltrato sexual se asocia con mayor gravedad del Trastorno por Estrés Postraumático y con mayor riesgo de suicidio (Wingwood et al. 2000).

Teniendo en cuenta que entre el 25 y el 50% de las víctimas de violencia de género con ideación suicida acuden al sistema sanitario las últimas cuatro semanas antes de la tentativa (Devries et al., 2011), la intervención preventiva en Atención Primaria sería una oportunidad a pesar de que solo el 64% de los países recogidos en el Atlas de la Salud Mental de la OMS proporcionan formación a ese nivel a sus profesionales. Formación que básicamente debería ir dirigida a que en atención primaria tuviera la suficiente sensibilización para escuchar y preguntar por las experiencias de violencia de las mujeres e identificar la ideación suicida asociada (García-Moreno, 2002). Como mínimo debería explorarse en mujeres con ideación suicida la existencia o no de violencia hacia ellas en el entorno familiar porque si bien en otros pacientes suicidas el apoyo familiar es un recurso eficiente para un primer abordaje en este caso dicho apoyo sería absolutamente contraproducente incluso muy dañino (Stark & Flitcraft, 1996).

Aunque en entornos y países muy distintos al nuestro, cabe señalar que un estudio en la India (Pillai et al., 2008) desvela la reducción drástica de la conducta suicida si hay prevención primaria de abuso sexual infantil, violencia de género y violencia por ajenos. Parece consensuado que la detección e intervención de la violencia de género y familiar en las mujeres, previene claramente el riesgo de suicidio en este grupo poblacional.

13.2.4 Reflexiones desde la experiencia

Con la perspectiva que nos da a los autores de este capítulo los 15 años de experiencia en el programa ATIENDE de la Comunidad de Madrid creado para la atención específica en materia de salud mental a las víctimas de violencia de género, nos permitiríamos algunas afirmaciones:

Las secuelas en salud mental provocadas por la violencia de género se mantienen a lo largo de mucho tiempo.

La mujer víctima se enfrenta después de la convivencia con el maltratador en casi la totalidad de los casos, al acoso (no tan fácilmente denunciado por la dificultad en aportar pruebas), al cuestionamiento de la sociedad y en algunos casos de la propia familia incluso de los propios hijos.

Se enfrentan a procesos judiciales que se alargan durante años, en los que tienen que probar una y otra vez lo ocurrido y contarlo durante los años que duran los periodos de instrucción y los recursos o apelaciones posteriores.

Existe en muchos casos un acoso encubierto al que son sometidas por la apertura de procesos judiciales extras por parte de sus exparejas para mantenerse presentes en sus vidas y continuar con el hostigamiento y el castigo.

Desde el punto de vista psicopatológico, las víctimas habitualmente debutan con un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático y/o Depresión y evolucionan muy frecuentemente a cuadros agorafóbicos más o menos cronicados (Gleason, 1993), que las incapacita para ser autónomas en muchos casos, con la dependencia y culpa que esto conlleva

Todo lo referido determina que la víctima pase de sufrir un maltrato directo a ver su vida deteriorada, bien por una depresión, bien por una incapacidad de afrontar el miedo al regreso y al acoso del maltratador (recordemos que las órdenes de alejamiento tienen una duración media de un año, como mucho dos). Y esta desesperanza y la presencia continua del fantasma de su maltratador como un posible acosador, perseguidor y sobre todo vengador, en muchos casos llevan a las mujeres a encontrar en el suicidio la única salida para finalizar con su desesperación tal y como también concluyen Amor y Echeburúa (Amor et al., 2006).

Desde el ámbito sanitario se hace prioritario realizar una detección precoz de la existencia de violencia de género como un factor protector y preventivo. Para ello, a la luz de lo recogido a lo largo de este capítulo, los profesionales de la salud deberíamos explorar las situaciones y los factores de riesgo que nos ayudarán a una mejor identificación de mujeres que puedan estar sufriendo violencia de género con el impacto que hemos visto tiene para su salud física y mental e incluso riesgo de suicidio. Entre dichos factores de riesgo se encuentran, como hemos venido exponiendo, la presencia de depresión, de trastorno de estrés postraumático, de haber sufrido abuso sexual, de temer por su vida o por la de sus hijos, de tener procesos judiciales abiertos, o de seguir sufriendo acosos por parte de sus parejas o exparejas. Estos factores como hemos recogido están asociados con mayor frecuencia a ideación o

actos suicidas en mujeres víctimas de violencia de género.

A la hora de planificar la intervención de víctimas que han finalizado la relación de pareja no debemos minimizar la influencia que en su conciencia sigue teniendo presente el maltratador y confundirnos pensando que si el maltratador no está entonces ya no hay maltrato. Deberíamos ser conscientes de la tenacidad de muchos de los maltratadores para mantener su control y su poder sobre las víctimas a través de los procesos judiciales, pero sobre todo a través del daño a los hijos como forma de continuar haciéndolas sufrir. **El apoyo psicológico en estos momentos es crucial para evitar su desesperanza y su agotamiento. No obstante, la mejor estrategia para evitar estos hechos sigue siendo la prevención y erradicación de la violencia de género desde todos los agentes sociales.**

13.2.5 conclusiones

- La relación entre pensamientos y comportamientos suicidas y la violencia de género es algo claramente establecido hace décadas, siendo la depresión, el trastorno por estrés postraumático y el abuso de sustancias los trastornos mentales más frecuentemente asociados al suicidio en víctimas de violencia de género
- Los factores psicosociales de riesgo más determinantes para que una víctima de violencia de género cometa suicidio son: la pérdida de la custodia de los hijos, el aislamiento social que el maltratador consigue infligir, y una vez separadas del maltratador, el acoso directo y a través de procesos judiciales que éste consigue mantener en el tiempo.
- La mejor forma de ayudar a las víctimas frente al riesgo de suicidio, es la intervención preventiva desde Atención Primaria donde una gran proporción acuden antes de la tentativa autolítica y la derivación a unidades especializadas en violencia de género y salud mental incluso cuando la relación de pareja haya finalizado, para proporcionarles un eficaz apoyo psicológico y evitar la desesperanza y agotamiento por el acoso mantenido por el maltratador.

13.2.6 Bibliografía

- Amor, P., Bohórquez, A., Echeburúa, E. (2006) ¿por qué y a qué coste físico y psicológico permanece La mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción psicológica*, vol. 4, n.o 2, 129-154
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors Child sexual abuse. In M. Ezzati (Ed.) Geneva: World Health Organization.
- Beydoun, HA., Al-Sahab, B., Beydoun, MA., Tamim, H. (2010) Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol*;20(8):575-83
- Breiding, MJ., Kathleen, CB., Smith, SG., Black, MC., Mahendra, R. (2017) Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. National Center for Injury Prevention and Control. 2015. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>
- Brown, S., Seals, J. (2019). Intimate partner problems and suicide: are we missing the violence? *J Inj Violence Res*;11(1):53-64.
- Cascardi, M., O'Leary, K.D., y Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and correlates of post-traumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249.
- Cavanaugh, CE., Messing, JT., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., Campbell, J. (2011). Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence suicidal behavior among female victims of IPV. *Suicide Life Threat Behav*; 41(4): 372.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated 2016; accessed March 29, 2017. Intimate partner violence. Definitions. Centers for Disease Control and Prevention Web site. Available at <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>. Published 07/20/2016.
- Crosby, AE., Han, B., Ortega, LA., Parks, SE., Gfroerer, J. (2011). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years--United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ*. 21;60(13):1-22.
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, LB., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwapo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., Garcia-Moreno, C. (2011)WHOMulti-Country Study Team. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*. ;73(1):79-86
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*, 286(24), 3089e3096.
- Dutton, MA., Green, B.L, Kaltman, SI., Roesch, DM., Zeffiro, TA., Krause ED. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence*. ;21(7):955-68.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P., (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes *Acción Psicológica*,2, 135-150.
- Garcia-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate healthservice response to violence against women. *Lancet*., 359(9316), 1509e1514.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*. 8, 5368.
- Gold KJ, Singh V, Marcus Sh M, Palladino Ch L. (2012) Mental health, substance use, and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 34(2): 139-145
- Golding, JM. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders:a meta-analysis. *J Fam Violence* 14(2): 99-132.
- Hink, AB., Toschlog, E., Waibel, B., Bard, M. (2015). Risks go beyond the violence: Association between intimate partner violence, mental illness, and substance abuse among females admitted to a rural Level I trauma center. *J Trauma Acute Care Surg*. Nov;79(5):709-14; discussion 715-6.
- Hirigoyen, MF. (2006). Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja ed. Paidós
- Holland, KM., Brown, SV., Hall, JE., Logan, JE. (2018). Circumstances Preceding Homicide-Suicides Involving Child Victims: A Qualitative Analysis. *J Interpers Violence*. Feb;33(3):379-401.

- Katz, J., Arias, I. (1999). Psychological abuse and depressive symptoms in dating women: Do different types of abuse have differential effects? *J Fam Violence*;14:281.
- Kilpatrick, DG., Ruggiero, KJ., Acierno, R., Saunders, BE., Resnick, HS., Best, CL. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 71:692.
- Logan, J., Hall, J., Karch, D. (2011). Suicide categories by patterns of known risk factors: a latent class analysis. *Arch Gen Psychiatry*. Sep; 68(9):935-41.
- Mcquown, C., Frey, J., Steer, S., Fletcher, GE., Kinkopf, B., Fakler, M. (2016). Prevalence of strangulation in survivors of sexual assault and domestic violence. *Am J Emerg Med*;34(7):1281-5.
- Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York. Naciones Unidas.
- Neeleman, J., Halperin, D., Leon, D., Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine*, 27, 1165e1171.
- O'Donnell, ML., Creamer, M., Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*;161:1390.
- Ortega, LA., Karch, D. (2010). Precipitating circumstances of suicide among women of reproductive age in 16 U.S. States, 2003-2007. *J Womens Health (Larchmt)*;19(1):5-7.
- Owens, GP., Chard, KM. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse Negl*;27:1075.
- Pampel, F. (1998). National context, social change, and sex differences in suicide rates. *American Sociological Review*, 63(5), 744e758.
- Pico-Alfonso, MA., Garcia-Linares, MI., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health*;15(5):599-611.
- Pillai, A., Andrews, T. (2008). Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. *International Journal of Epidemiology*.
- Ridings, LE., Beasley, LO., Bohora, SB., Dear, JL., Owora, A., Silovsky, J. (2018). Longitudinal Investigation of Depression, Intimate Partner Violence, and Supports Among Vulnerable Families. *J Interpers Violence*;33(24):3749-3771.
- Rivera, EA., Sullivan, CM., Zeoli, AM., Bybee, D. (2018). A Longitudinal Examination of Mothers' Depression and PTSD Symptoms as Impacted by Partner-Abusive Men's Harm to Their Children. *J Interpers Violence*;33(18):2779-2801.
- Sackett, LA., Saunders, DG. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence Vict*;14:105.
- Salber, P.R. & Taliaferro, E. (2000). Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona. Cedecs.
- Shalev, AY., Freedman, S., Pen ,T. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*;155:630.
- Stark, E., & Flitcraft, A. (1996). Women at risk: Domestic violence and women's health. Thousand Oaks: Sage.
- Stein, M.B., & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Sullivan, TP., Flanagan, JC., Dudley, DN., Holt, LJ., Mazure, CM., McKee, SA. (2015). Correlates of smoking status among women experiencing intimate partner violence: Substance use, posttraumatic stress, and coping. *Am J Addict*. Sep;24(6):546-53.
- Thompson, MP., Kaslow, NJ., Kingree, JB. (2002). Risk factors for suicide attempts among African American women experiencing recent intimate partner violence. *Violence Vict*;17(3):283-95.
- Walker, LE. (1979). The battered woman. New York: Harper & Row
- Wingood, GM., DiClemente, RJ., Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med*;19:270.
- World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012). Understanding and addressing violence against women: overview. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77433>
- Wyder, M., Ward, P., De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord*;116(3):208-13.

13.3 POBLACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD. EXCLUSIÓN SOCIAL

Existe una tradición histórica de preocupación por los determinantes sociales del suicidio, siendo numerosos los hallazgos que han vinculado la exclusión social con el comportamiento suicida.

En primer lugar, Durkheim (1897), postuló que el suicidio varía inversamente con la integración social. Durkheim proponía que la exclusión social conduce a un aumento del suicidio porque las personas carecen de una conexión con algo que “trasciende a sí mismas”. Al examinar los cambios en las tasas de suicidio para una población a lo largo del tiempo, la teoría de Durkheim pudo proporcionar explicaciones y facilitar la predicción de patrones y cambios en las tasas de suicidio. Sin embargo, la teoría de Durkheim prestaba poca atención a los factores individuales: si todos los individuos en una sociedad están expuestos a los cambios en las fuerzas sociales, ¿por qué entonces solo un pequeño grupo de individuos particulares muere por suicidio? (Van Orden, 2010).

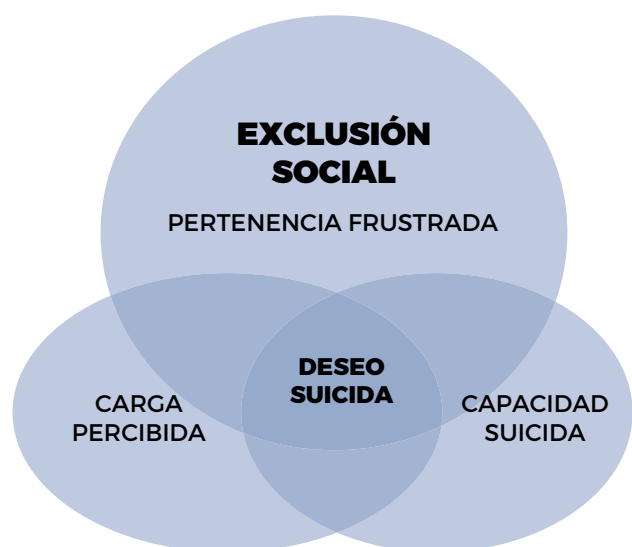
Por el contrario, Shneidman (1998), postula una teoría del suicidio centrada en factores individuales. Propone la existencia de un dolor psicológico y emocional, como el factor principal que causa el suicidio. Shneidman postula que este dolor es el resultado de las necesidades básicas que se han frustrado, llegando a alcanzar una intensidad intolerable. El autor propone una extensa lista de necesidades básicas, algunas de las cuales argumenta que se frustran con mayor frecuencia en individuos suicidas, y van desde la “afiliación” hasta la “evitación de vergüenza”.

Posteriormente Joiner (2005) propone la “Teoría Interpersonal del Suicidio”, que difiere de las teorías anteriores en su propuesta de que una “necesidad de pertenecer” no satisfecha es el factor interpersonal central para el desarrollo del deseo suicida. Según la teoría, cuando esta necesidad no se satisface (un estado referido como “pertenencia frustrada”), se desarrolla un deseo de muerte (también conocido en la literatura clínica como ideación suicida pasiva).

Según la “Teoría Interpersonal del Suicidio”, la forma más peligrosa de deseo suicida es la causada por la presencia simultánea de dos construcciones interpersonales: la “pertenencia frustrada” y la “car-

ga percibida” (percepción del individuo de ser una carga para los demás, percepción de prescindibilidad); a lo que se suma la capacidad de participar en la conducta suicida, que es independiente del **deseo suicida** (Van Orden, 2010). El modelo se representa gráficamente en la Figura 17, con el área de superposición relativamente pequeña en el diagrama de Venn que representa la pequeña minoría de individuos que poseen tanto deseo como capacidad de suicidio.

La exclusión social debe ser entendida como una de las manifestaciones más severas de “pertenencia frustrada”, ya que involucra pocas o ninguna relación social. En este sentido, se ha documentado una asociación sólida entre la exclusión social y el suicidio. De manera que la exclusión social es posiblemente el predictor más fuerte y fiable de ideación suicida, intentos y comportamiento suicida letal (Van Orden, 2010). Y numerosos estudios han demostrado asociaciones entre el comportamiento suicida letal y varias facetas de la exclusión social como son el solitario, el encarcelamiento en prisión y la migración. Además, los datos de varios estudios sugieren que la exclusión social (como forma más extrema de pertenencia frustrada) puede dar lugar a una forma más extrema de comportamiento autodestructivo, de los cuales los comportamientos suicidas son un ejemplo (Van Orden, 2010).



■ FIGURA 17. “Teoría Interpersonal del Suicidio” (Van Orden, 2010)

Pero ¿qué pasa con las personas sin hogar que carecen de cualquier red de apoyo?, ¿qué pasa con personas ingresadas en prisión que no tienen familia o amigos? o ¿qué pasa con los migrantes y refugiados para quienes las conexiones socioculturales significativas están ausentes? ¿Esta condición impide el desarrollo de la “carga percibida”? Es decir, ¿es necesario algún grado de pertenencia para el desarrollo de la “carga percibida”? Van Orden (2010) sugiere que este no es el caso, en primer lugar, porque incluso las personas más aisladas, por lo general, poseen cierto grado de conexión con los demás (por ejemplo, trabajadores sociales, compañeros de celda, familiares lejanos) y esas conexiones podrían caracterizarse como la “carga percibida”. Segundo, porque aquellos individuos que presentan una exclusión social extrema probablemente están alienados hasta el punto de que se perciben a sí mismos como completamente intrascendentes, un estado similar a la percepción de prescindibilidad característico de la “carga percibida”.

13.3.1 Personas sin hogar

Aunque existe una literatura sustancial sobre los factores de riesgo de suicidio en la población general, la literatura existente sobre los factores de riesgo para las Personas Sin Hogar (PSH) es relativamente limitada. No obstante, se ha identificado que las PSH experimentan frecuencias desproporcionadamente altas de ideación suicida y muerte por suicidio (Barrett, 2018); de manera que el sinhogarismo conlleva un riesgo de suicidio de 2 a 6 veces mayor en comparación con la población general (Sinyor, 2017).

Se ha postulado que la magnitud de este riesgo en las PSH está relacionada con una alta prevalencia de adicciones y de trastornos mentales (Aquin, 2017); desafortunadamente, estos factores exacerbantes también dificultan el abordaje terapéutico (García-Andrade, 2019). Se ha descrito que, entre las PSH con enfermedades mentales, las personas de mediana edad (de 30 a 39 años) tienen un mayor riesgo de conducta suicida; mientras que, entre las personas mayores, la presencia de abuso de drogas y alcohol aumenta significativamente el riesgo de suicidio (Prigerson, 2003). También se ha relacionado el comportamiento suicida de las PSH con una variedad de trastornos mentales; concretamente se ha observado que los trastornos del estado de ánimo y el TEPT predicen significativamente tasas

más altas de ideación suicida e intentos de suicidio (Aquin, 2017). Estos hallazgos son consistentes con hallazgos previos dentro de poblaciones socialmente excluidas, así como en la población general; y subrayan la importancia del tratamiento de estos trastornos para reducir el riesgo de conducta suicida. El problema es que los recursos sociosanitarios tradicionales de la comunidad no están adecuadamente diseñados para abordar estos factores de riesgo. En este sentido, la implementación de programas sociosanitarios de atención integral para las PSH con trastornos mentales (como el ECASAM de la Comunidad de Madrid) (García-Andrade, 2018), podrían contribuir a reducir el riesgo suicida en esta población.

Por otra parte, las tasas de comportamiento suicida parecen ser más altas en el sinhogarismo reciente, lo cual es consistente con la literatura que describe un mayor número de eventos vitales estresantes agudos entre las personas que han intentado suicidarse. Mientras que las personas que han estado sin hogar durante un período de tiempo más largo podrían haber resuelto los estresores vitales pasados o tener una mejor regulación emocional o haber desarrollado habilidades de afrontamiento, lo que puede dar lugar a tasas más bajas de comportamiento suicida. Esto enfatiza la importancia de la intervención temprana en la prevención y el tratamiento del comportamiento suicida en las PSH (Aquin, 2017).

13.3.2 Personas ingresadas en prisión

La conducta suicida de las Personas Ingresadas en Prisión (PIP) es una de las mayores preocupaciones de las Instituciones Penitenciarias de toda Europa, siendo que muchos países europeos tienen tasas de suicidio en prisión de más de 100 por cada 100 000 prisioneros por año (Fazel, 2017).

Dado que corresponde a la Institución Penitenciaria “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos e internas”, la Administración Penitenciaria española, desde hace años, viene desarrollando en todos sus establecimientos penitenciarios programas individualizados de detección y prevención de conductas suicidas (Instituciones Penitenciarias, 2018). El propio impacto que puede producir en un recluso su ingreso en prisión es determinante, por eso el momento del ingreso en un establecimiento

penitenciario es crucial para la detección de posibles factores de riesgo o conductas suicidas (aunque también es importante durante la estancia en prisión). Las características a nivel individual asociadas con el suicidio en prisión sugieren que la enfermedad psiquiátrica, el abuso de sustancias y la autolesión repetitiva son los factores de riesgo más importantes para el suicidio (Fazel, 2017); y cada vez se da mayor importancia a otros factores como los antecedentes de trauma infantil (Navarro-Atienzar, 2019). Dentro de prisión, también son relevantes otros factores como el diagnóstico o agravamiento de una enfermedad grave, pérdidas o rupturas familiares y el aislamiento social (Instituciones Penitenciarias, 2018).

A pesar de la reducción, en los últimos años, del exceso de mortalidad por suicidio en las prisiones españolas (Navarro-Atienzar, 2019), sigue existiendo una necesidad abrumadora de respuestas mejoradas a los problemas de salud mental para las PIP tras la excarcelación (Fernández García-Andrade, 2020). El riesgo de suicidio en las PIP que han sido recientemente excarceladas es 3 veces mayor que para los que aún están encarcelados, y hasta 18 veces más frecuente que en la población general, con riesgos particularmente altos durante las primeras cuatro semanas. Las variables demográficas y de salud mental ayudan a identificar los grupos en riesgo, y podrían brindar oportunidades para la prevención del suicidio en esta población. La transición de la prisión a la comunidad es un desafío, particularmente para aquellos con antecedentes de trastorno mental y consumo de drogas; de manera que el apoyo a la salud mental durante y después de la excarcelación podría reducir el riesgo de suicidios (Borschmann, 2017). Además, se debería considerar la posibilidad de involucrar a los servicios comunitarios de salud mental antes de ser excarcelados en aquellas PIP con mayor riesgo (Haglund, 2014).

13.3.3 Poblaciones migrantes

Recientes investigaciones han sugerido que, entre las poblaciones migrantes, existe una relación entre los factores de estrés de aculturación, la exclusión social y la ideación suicida (Akinyemi, 2015).

Los modelos de riesgo de suicidio entre las poblaciones de inmigrantes y refugiados deben tener en cuenta una combinación de experiencias y desafíos, tanto previos como posteriores a la migración,

además de factores psicológicos (Brown, 2019). Los estudios que han objetivado un elevado riesgo de suicidio en estas poblaciones describen factores de riesgo tales como: síntomas de enfermedad mental, exposición previa a eventos traumáticos, problemas relacionados con el reasentamiento, barreras idiomáticas, desafíos laborales y conflictos familiares (Hagaman, 2016).

13.3.4 Conclusiones

- Según la Teoría Interpersonal del Suicidio, la necesidad de pertenencia (pertenecer y ser aceptado por un grupo, ser parte de algo más grande que uno mismo) es una necesidad humana fundamental que, cuando se ve frustrada (pertenencia frustrada), se desarrolla un deseo de muerte (ideación suicida pasiva).
- La exclusión social es la forma más extrema de pertenencia frustrada y es uno de los predictores más fuertes y fiables de ideación suicida, intentos y comportamiento suicida letal. Identificar los grupos en riesgo podría brindar oportunidades para la prevención del suicidio en las poblaciones socialmente excluidas.
- Poblaciones socialmente excluidas como las Personas Sin Hogar (PSH) y las Personas Ingresadas en Prisión (PIP), experimentan frecuencias desproporcionadamente altas de ideación y comportamiento suicida. Se ha postulado que la enfermedad psiquiátrica y el abuso de sustancias son los dos factores de riesgo más importantes para el suicidio en estas dos poblaciones. El problema es que los recursos sociosanitarios tradicionales no están adecuadamente diseñados para abordar estos factores de riesgo en las poblaciones socialmente excluidas.
- Poblaciones en riesgo de exclusión como los migrantes y refugiados, también deben ser tenidas especialmente en cuenta por su vulnerabilidad; ya que parece existir una relación entre los factores de estrés de aculturación, la exclusión social y la ideación suicida.

13.3.5 Bibliografía

- Akinyemi, O., Atilola, O., Soyannwo, T. (2015). Suicidal ideation: are refugees more at risk compared to host population? Findings from a preliminary assessment in a refugee community in Nigeria. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 81-85.
- Aquin, JP., Roos, L.E., Distasio, J, Katz, L.Y., Bourque, J., Bolton, J. M. (2017). At Home/Chez Soi Investigators. Effect of Housing First on Suicidal Behaviour: A Randomised Controlled Trial of Homeless Adults with Mental Disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*; 62(7), 473-481.
- Barrett, P., Griffin, E., Corcoran, P., O'Mahony, M.T., Arensman, E. (2018). Self-harm among the homeless population in Ireland: A national registry-based study of incidence and associated factors. *Affect Disord*, 15:229:523-531.
- Borschmann, R., Thomas, E., Moran, P., Carroll, M., Heffernan, E., Spittal, M. J., Kinner, S. A. (2017). Self-harm following release from prison: A prospective data linkage study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(3), 250-259.
- Brown, F. L., Mishra, T., Frounfelker, R. L., Bhargava, E., Gautam, B., Prasai, A., & Betancourt, T. S. (2019). 'Hiding their troubles': a qualitative exploration of suicide in Bhutanese refugees in the USA. *Global mental health (Cambridge, England)*, 6, e1.
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide: Etude de socologie*. París: F. Alcan.
- Fazel, S., Ramesh, T., Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The lancet. Psychiatry*, 4(12), 946-952.
- García-Andrade, R.F., Serván Rendón-Luna, B., Medina Téllez de Meneses, E., Vidal Martínez, V., Bravo Ortiz, M.F., Reneses Prieto, B. (2018). Conducta delictiva en las personas sin hogar (PSH) con trastorno mental grave (TMG). *Rev Esp Med Legal*, 44, 55-63.
- García-Andrade, RF., Serván-Rendón-Luna, B., Tenorio, MM., Vidal-Martínez, V., Llewellyn Jones, JS., Medina-Téllez de Meneses, et al. (2019) Multiple Drug Use Disorder in Homeless People with Severe Mental Illness. *Open Access J Addict & Psychol*. 2(3). OAJAP. MS.ID.000536.
- García-Andrade, RF., Serván-Rendón-Luna, B., Vidal-Martínez, V., Medina-Téllez de Meneses, E., Reneses-Prieto, B. (2020). Mental illness and social exclusion: assessment of the risk of violence after reléase. *Rev Esp Sanid Penit*. 22 [En prensa].
- Hagaman, AK., Sivilli, TI., Ao, T., Blanton, C., Ellis, H., Cardozo, BL., Shetty, S. (2016). An investigation into suicides among Bhutanese refugees resettled in the United States between 2008 and 2011. *Journal of Immigrant and Minority Health* 18, 819-827.
- Haglund, A., Tidemalm, D., Jokinen, J., Långström, N., Lichtenstein, P., Fazel, S., & Runeson, B. (2014). Suicide after release from prison: a population-based cohort study from Sweden. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(10), 1047-1053. doi:10.4088/JCP.13m08967
- Instituciones Penitenciarias. (2018). Prevención de suicidios. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/prevencionSuicidios.html> Actualizado: 13/03/2018
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Navarro-Atienzar, F., Zabala-Baños, C., Ricarte-Trives, JJ. (2019). Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. *Revista espanola de sanidad penitenciaria*, 21(1), 42-51.
- Prigerson, H., Desai, R., Liu-Mares, W. (2003). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2003) 38: 213.
- Shneidman, E.S. (1998). Further Reflections on Suicide and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28: 245-250.
- Sinyor, M., Kozloff, N., Reis, C., & Schaffer, A. (2017). An Observational Study of Suicide Death in Homeless and Precariously Housed People in Toronto. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(7), 501-505.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, KC., Braithwaite, SR., Selby, EA., Joiner, T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.

Depresión y suicidio en población infanto-juvenil

La depresión se manifiesta en niños y adolescentes como un conjunto de síntomas persistentes que suponen un cambio significativo con respecto al estado habitual del paciente y que interfieren negativamente en el rendimiento académico y en las relaciones familiares y sociales. La depresión infanto-juvenil supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, su impacto negativo en el paciente y el riesgo vital que conllevan. Se asocia a un mayor riesgo de ideación y comportamiento suicidas, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas y médicas (Kapornai & Vetro, 2008). La depresión es la primera causa de carga de enfermedades en la población de 10-24 años de edad, con consecuencias más importantes para el individuo y la sociedad que la violencia, los accidentes de tráfico o las enfermedades infecciosas o parasitarias (Gore, 2011). Además, la depresión infanto-juvenil tiende a la recurrencia y a la cronicidad (Curry et al., 2011). El diagnóstico y el tratamiento precoces son esenciales para reducir el impacto negativo de los síntomas (Malhotra & Das, 2007). Sin embargo, sólo una minoría de niños y adolescentes con depresión son diagnosticados y tratados (Maslow, 2015), lo que subraya la importancia de las labores de formación entre profesionales de la salud que fomenten y faciliten una mejora en la adecuada identificación de este trastorno en la población infanto-juvenil.

AUTORÍA

JUAN JOSÉ CARBALLO. Psiquiatra del niño y del adolescente. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

MARÍA PARDO CORRAL. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

SILVIA GADEA DEL CASTILLO. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia.

14.1 EPIDEMIOLOGÍA

14.1.1 Prevalencia según edad

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2016 que informa sobre la prevalencia de condiciones psiquiátricas entre niños de 3 a 17 años en una muestra representativa a nivel na-

cional en USA, la tasa de prevalencia de depresión en niños en edad preescolar está en torno al 1%, en edad escolar es de un 2%, mientras que en la adolescencia se eleva hasta un 7% (Ghandour, 2019). La prevalencia acumulativa es más alta (Prieto, 2017). Por ejemplo, a la edad de 16 años, un 12% de las chicas adolescentes y un 7% de los varones adolescentes habrá padecido un trastorno depresivo en algún momento de su vida (Costello et al., 2003). Además, aproximadamente un 5-10% de los niños y adolescentes sufren síntomas depresivos subsindrómicos, que también pueden producir deterioro en su funcionamiento y aumentar el riesgo de presentar en un futuro otros trastornos psiquiátricos (Carballo et al., 2011).

En la adolescencia aumenta el riesgo de depresión. Se han señalado factores de riesgo en esta etapa evolutiva que podrían explicar el incremento de la prevalencia de los trastornos depresivos a partir de la adolescencia: la disminución del número de horas de sueño (a pesar de mayor necesidad de horas de dormir), el abuso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas) (Birmaher et al., 2007).

14.1.2 Prevalencia según sexo

En prepúberes, la prevalencia del trastorno depresivo es similar en niños y niñas. Sin embargo, a partir de la adolescencia es más frecuente en mujeres (Birmaher et al., 2007). Diversas hipótesis han intentado explicar las diferencias de prevalencia de trastornos depresivos entre hombres y mujeres: aquella que destaca diferencias neurobiológicas (hormonales y cerebrales) entre ambos sexos y aquella que establece las diferencias en factores socioculturales y psicológicos, aunque ambas hipótesis no son mutuamente excluyentes.

14.2 CLÍNICA

El trastorno depresivo se manifiesta como la presencia de un grupo de síntomas con las siguientes características: a) son persistentes, b) suponen un cambio significativo respecto a la situación habitual del niño/adolescente, c) provocan un deterioro en la función del niño debido a que interfieren de forma negativa en diversas áreas (familia, estudios, relaciones sociales), d) tienden a la cronicidad y a la recurrencia, e) resulta un problema médico importante por lo que el diagnóstico y el tratamiento

precoz son fundamentales para minimizar los síntomas y las secuelas.

Un niño o adolescente con un trastorno depresivo puede presentar tres tipos de síntomas:

- 1. Afectivos:** ánimo triste, deprimido o irritable, incapacidad para experimentar placer (anhedonia), pérdida de interés (apatía), llanto, labilidad e incontinencia emocional, ansiedad y angustia, insatisfacción, pesimismo generalizado, aislamiento de la familia y del resto de niños.
- 2. Físicos:** molestias somáticas poco específicas, retraso psicomotriz (enlentecimiento en los movimientos, letargia, mutismo) o inquietud psicomotriz (agitación psicomotriz), astenia, disminución de la energía (fatigabilidad), alteración del apetito (aumentado o disminuido), alteración del sueño (insomnio de conciliación, insomnio de mantenimiento, despertar precoz).
- 3. Cognitivos:** dificultad de concentración y para la toma de decisiones, fallos de memoria, distorsiones cognitivas (ideas de soledad, vacío, incompreensión o culpa), ideas de incapacidad e inutilidad, de baja autoestima, de desesperanza, ideas de muerte y de suicidio.

De acuerdo a la DSM-5 (APA) los trastornos depresivos son un grupo de trastornos que tienen en común: presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, diferenciándoles la duración y la presentación temporal. Los tipos de trastornos depresivos más comúnmente diagnosticados en niños y adolescentes serían:

- 1. Trastorno depresivo mayor:** es el cuadro más grave. Para su diagnóstico el niño/adolescente debe de cumplir unos determinados criterios diagnósticos: debe presentar un cambio en su humor, con al menos cinco síntomas depresivos, y entre éstos, al menos un síntoma cardinal: humor deprimido o irritable, pérdida de interés (apatía) o pérdida de la capacidad para experimentar placer (anhedonia). Estos síntomas depresivos se deben presentar en (casi) todas las actividades, la mayor parte del día y (casi) cada día, durante

al menos 2 semanas. Los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse como episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. Para el trastorno depresivo mayor, el DSM-5 utiliza los mismos criterios diagnósticos en la edad adulta y la edad pediátrica, con dos excepciones: en niños permite la presencia de humor irritable o humor depresivo, y el síntoma de pérdida de peso en niños se puede manifestar como una falta de la ganancia ponderal correspondiente a su edad ya que se espera que un niño sano crezca y gane peso.

- 2. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** (que no debe diagnosticarse antes de los 6 años o después de los 18 años). Este trastorno se caracteriza por accesos de cólera recurrentes y severos que se manifiestan verbalmente (por ejemplo, verbalizaciones con rabia) y / o conductual (por ejemplo, agresión física hacia personas o bienes). Estos accesos de cólera a menudo ocurren como resultado de la frustración y para ser considerado un criterio de diagnóstico deben ser inconsistente con el nivel de desarrollo del individuo, ocurrir tres o más veces por semana durante al menos un año en varios entornos diferentes (en el hogar, en el colegio, etc.) y ser severo en al menos uno de estos. Este trastorno se agregó al DSM-5 debido a las dudas que han surgido con respecto a cómo clasificar y tratar a los niños que presentan irritabilidad persistente crónica (Bernaras et al., 2019)
- 3. Trastorno depresivo persistente (distimia)** es una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico, y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como míni-

mo de un año. Cuando el niño/adolescente experimenta un episodio de estado de ánimo depresivo, también debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas: falta de apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, baja concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Durante el período de un año de la alteración, el niño/adolescente nunca ha estado sin los síntomas durante más de dos meses seguidos.

14.2.1 Diferencias entre la depresión infantil y del adulto

El cuadro clínico del Trastorno depresivo mayor en niños y en adultos es similar pero no idéntico por las diferencias en el estadio del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social (Birmaher et al., 2007). Comparado con los adultos deprimidos, los niños deprimidos presentan con mayor frecuencia: humor irritable (vs. humor deprimido), rabietas, tormentas afectivas, labilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, quejas somáticas y aislamiento social (vs. sentimientos y pensamientos negativos); y con menor frecuencia: síntomas melancólicos, psicóticos e intentos de suicidio (Birmaher et al., 2007).

14.2.2 Diferencias entre la depresión en niños pequeños y adolescentes

Los niños con trastorno depresivo presentan con mayor frecuencia: rabietas, tormentas afectivas, labilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, alteración de la conducta (hiperactividad, irritabilidad, agresividad, delincuencia), quejas físicas (cefalea, molestias gastrointestinales inespecíficas, enuresis), aislamiento social y dificultades escolares (fracaso escolar, fobia escolar), y con menor frecuencia: síntomas melancólicos, psicóticos e intentos de suicidio. Estas diferencias es importante tenerlas en cuenta, debido a que los síntomas depresivos pueden quedar ocultos por otros síntomas, hasta el punto de que algunos autores la denominaron "Depresión enmascarada". A veces un niño con un episodio depresivo presenta un estancamiento en su desarrollo psicomotor, que se enlentece e incluso puede involucionar (regresión). En niños con depresión es frecuente la comorbilidad con un trastorno de conducta negativista o disocial (Rutter, 1996).

En adolescentes la depresión guarda más similitudes a la depresión del adulto que la depresión en la etapa prepuberal: tendencia a la cronicidad y recurrencia, humor fluctuante, abandono de actividades que antes le divertían y del aseo / aspecto personal. Sin embargo, la depresión en adolescentes incluye síntomas característicos en esta etapa evolutiva como elevada irritabilidad con frecuentes arranques de ira, hipersomnia, aumento del apetito y ganancia de peso, quejas somáticas y sensibilidad extrema al rechazo (p.e., tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener unas adecuadas relaciones interpersonales (Prieto, 2017). Al igual que en la depresión prepuberal pero a diferencia de la depresión del adulto, el adolescente deprimido muestra un estado de ánimo reactivo, que puede contribuir a errores diagnósticos y minusvalorar las consecuencias negativas de la sintomatología depresiva en el funcionamiento del niño y del adolescente.

14.3 ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial (Henje et al., 2016), e incluye factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales que pueden desencadenar o mantener un Trastorno depresivo.

No existe ningún factor patognomónico ni causa suficiente para la aparición de un Trastorno depresivo (Malhotra & Das, 2007). Además, procesos etiológicos diferentes pueden causar cuadros clínicos similares (p. ej., el antecedente de abuso sexual aumenta el riesgo de trastorno depresivo, fobia social o trastorno límite de la personalidad) y distintas causas (p. ej., alteraciones genéticas, ciertos rasgos de personalidad o estrés mantenido) pueden desembocar en un trastorno depresivo (Shaffer & Greenberg, 2003). Además, el impacto de un factor de riesgo depende de la edad y el sexo del niño.

Los expertos sugieren un modelo de diátesis-estrés de depresión en el que los factores genéticos y el antecedente de trauma en la infancia actúan como factores predisponentes (vulnerabilidad biológica) y los acontecimientos vitales estresantes (que incluyen enfermedades médicas y psiquiátricas) actúan como factores desencadenantes (desencadenan un episodio afectivo en personas predispuestas); mientras que otros factores como las alteraciones

cerebrales, los rasgos de personalidad o las distorsiones cognitivas, actúan como factores mediadores o moduladores de la enfermedad (Zalsman et al., 2006).

14.3.1 Factores biológicos

Dentro de los factores biológicos implicados en la etiología del trastorno depresivo encontramos relevancia en la genética y epigenética del individuo, así como en los mecanismos endocrinos, metabólicos e inmunológicos. Se ha demostrado que modificaciones en la expresión de gran cantidad de pequeños genes susceptibles ambientalmente tienen importancia en la patogénesis de la depresión (Levinson, 2006). Así, a través de fenómenos de epigenética, la patología relacionada con el estrés puede ser transmitida a través de las generaciones mediante cambios en la expresión génica (Kim et al., 2015).

Los efectos de niveles altos de estrés presentados durante el embarazo pueden ser transmitidos una o dos generaciones, resultando en un aumento acumulativo de vulnerabilidad para sufrir depresión en generaciones futuras (Harris & Sechl, 2011). Hipotéticamente, a través del impacto relacional y contextual se causaría mayor sensibilidad límbica al estrés emocional. Esta situación supondría para el individuo percibir el mundo que le rodea como más amenazante, lo que tendría consecuencias sistémicas crónicas que incluyen aumento de inflamación (Henje et al., 2012), aumento de estrés oxidativo y disregulación de la actividad de la telomerasa, de factores neurotróficos y neuroesteroides. Todos ellos han sido implicados en los efectos sistémicos de la depresión (Andersen & Teicher, 2008). La pubertad temprana parece aumentar el riesgo de depresión en niñas al aumentar la reactividad del cortisol y consecuentemente influenciar los niveles de hormonas esteroides gonadales asociadas con el desarrollo puberal (Colich et al., 2015)

14.3.2 Factores ambientales (estrés)

Algunos estresantes son propios de la edad escolar como el acoso escolar (*bullying*), o de la adolescencia como formar la propia identidad personal, "asimilar" la sexualidad emergente, los cambios físicos de la pubertad (y cuando éstos ocurren antes o después que el resto de sus compañeros), la sepa-

ración de los padres o la toma de decisiones importantes por primera vez. Los conflictos interpersonales son factores de riesgo significativo de depresión especialmente a partir de la adolescencia, cuando el niño comienza a ser independiente de su familia.

Algunas dificultades familiares graves pueden actuar como desencadenante de depresión como la discordia familiar severa, y la muerte o la separación de un padre, sobre todo en los niños más pequeños. Hay una asociación entre la depresión en niños y vínculos familiares afectivos débiles, y niveles elevados de crítica, hostilidad familiar o psicopatología de los padres (Diamond et al., 2002). La presencia de enfermedad psiquiátrica en los padres puede aumentar el riesgo de depresión en un hijo, sobre todo en el caso de que la madre presente un trastorno depresivo, o el padre presente abuso de alcohol o personalidad antisocial (Davies & Windle, 1997).

14.3.3 Factores socioculturales

Algunas características sociodemográficas aumentan el riesgo de presentar Trastorno del humor y de psicopatología en general como: la pobreza, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas urbanas. Además, la falta de apoyo social (no tener a nadie en el que confiar o escasa integración social) es otro factor de riesgo importante para el trastorno depresivo (Shaffer & Greenberg, 2003). La cultura influye en el rol atribuido a los niños, sobre todo a partir de la pubertad. En algunas culturas se espera que las chicas adolescentes sean dependientes, muy emocionales, sumisas y sacrificadas, rasgos que son factores de riesgo de depresión.

En resumen, los factores etiológicos biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales interactúan entre sí de manera compleja determinando el riesgo de aparición de un trastorno del humor.

14.4 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los trastornos depresivos en niños y adolescentes es clínico y se realiza mediante una historia clínica detallada y una exploración del estado mental para valorar si el paciente cumple los criterios diagnósticos (DSM-5). Es fundamental, además, realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas y médicas que puedan remedar un cuadro clínico depresivo.

En la entrevista diagnóstica inicial se obtiene información de varias fuentes: paciente, padres y, si es posible, profesores u otras personas que pasen tiempo con él. Es fundamental valorar el episodio depresivo actual, los antecedentes psiquiátricos tanto personales como familiares, y la realización de las pruebas complementarias si están indicadas. Las pruebas neuropsicológicas pueden ser útiles para valorar el cociente intelectual y los rasgos de personalidad del niño. Las pruebas biológicas: exploración física completa, analítica general, de neuroimagen (resonancia magnética cerebral), genéticas (cariotipo), endocrinas, o polisomnográficas, deben solicitarse si hay sospecha de una alteración orgánica (hematológica, cerebral, genética, hormonal o del patrón de sueño). Ninguna de estas pruebas biológicas resulta diagnóstica en el trastorno depresivo.

Pueden ser útiles para el diagnóstico y la cuantificación del impacto del trastorno, diversos cuestionarios como el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), el *Mood And Feelings Questionnaire*, el *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R) o la Escala de Valoración Global del Niño (*Children's Global Assessment Scale*: C-GAS) (Prieto, 2017).

14.4.1 Diagnóstico diferencial

Los síntomas del trastorno depresivo no son específicos de este cuadro: pueden aparecer en otros trastornos. Esto provoca que sea necesario hacer un diagnóstico fundamental, es decir, descartar otras enfermedades o cuadros para evitar que los síntomas pueden confundirse:

1. **Tristeza normal o "altibajos normales"**: es un sentimiento normal cuando mejora con situaciones positivas, es proporcional al factor desencadenante (como puede ser la pérdida de un familiar o la vivencia de abusos) y desaparece espontáneamente. Es importante tener en cuenta que a diferencia de lo que ocurre en la tristeza normal, en la depresión hay deterioro en el funcionamiento del niño, sufrimiento y malestar interno.
2. **Trastorno bipolar**: habitualmente es muy difícil poder diferenciar entre depresión mayor y episodio depresivo bipolar, durante un primer episodio depresivo. Determinadas características aumentan la sospecha de que el episodio depresivo sea de tipo bipolar, como,

por ejemplo, la existencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar y la presencia de síntomas psicóticos o catatonía. Sin embargo, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno bipolar a menos que haya antecedentes de al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, no inducido por drogas o fármacos. Si hay sospecha de lo anterior, se debe indagar cuidadosamente si la persona ha presentado síntomas maníacos o hipomaníacos en el pasado (Rey 2017).

- 3. Trastornos de ansiedad:** hay un solapamiento de síntomas entre depresión y ansiedad y habitualmente se presentan los dos trastornos de forma conjunta
- 4. Abuso de sustancias:** puede provocar sintomatología depresiva
- 5. Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastornos psicóticos:** es clave establecer el orden cronológico de aparición de los síntomas y su persistencia en el tiempo.
- 6. Trastorno de aprendizaje:** es frecuente que, de forma secundaria al fracaso escolar, presenten síntomas depresivos que se resuelven cuando los resultados académicos mejoran.

14.5 COMORBILIDAD

La comorbilidad psiquiátrica, es decir, la presencia de dos ó más trastornos psiquiátricos de forma conjunta, es la norma en el trastorno depresivo. Esta característica aparece en niños, adolescentes y adultos. En la etapa infanto-juvenil del 40 al 90% presentan al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, de forma conjunta con la depresión. Habitualmente, la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el mismo niño, complican el diagnóstico, empeoran la sintomatología y por tanto el funcionamiento del niño, dificultan la respuesta al tratamiento (siendo necesario aplicar un tratamiento más agresivo), aumentan la probabilidad de recurrencias y empeoran el pronóstico.

Los trastornos comórbidos más frecuentemente asociados al trastorno depresivo son:

- 1. Trastorno de ansiedad:** aparece en la mayoría de los niños con depresión
- 2. Trastorno del comportamiento o de conducta, negativista o disocial:** se asocia con frecuencia especialmente en niños pequeños.
- 3. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).**
- 4. Abuso de sustancias:** especialmente en varones y adolescentes. Las más consumidas son alcohol, tabaco y cannabis.
- 5. Trastorno de conducta alimentaria.**
- 6. Enfermedades médicas:** hay un empeoramiento bilateral en ambos trastornos. Principalmente asociada a dermatitis atópica, asma, epilepsia, enfermedades reumáticas y obesidad (Malas et al., 2019).

14.6 TRATAMIENTO

La depresión requiere un abordaje multidisciplinar y tiene tres objetivos: disminuir la duración del proceso, reducir el impacto y las secuelas en el funcionamiento del niño, y minimizar el riesgo de aparición de trastornos comórbidos y de recaída.

Teniendo en cuenta las características del niño, de su familia, entorno y tipo de trastorno depresivo, se debe realizar la elección del tipo de tratamiento de forma individualizada. Las opciones de tratamiento son:

14.6.1 Psicoterapia

En adolescentes con depresión moderada o severa, se debe ofrecer psicoterapia como primera línea de tratamiento. En concreto, psicoterapia interpersonal, o terapia familiar (Hussain et al., 2018). La Terapia Cognitivo-Conductual tiene como objetivo descubrir pensamientos erróneos que desencadenan comportamientos negativos y corregirlos, promoviendo un comportamiento adaptado y positivo. Terapia Interpersonal (su objetivo es mejorar las relaciones interpersonales con el fin de mejorar

su funcionamiento social y su humor. Otros tipos de terapia descrita en el tratamiento de los trastornos depresivos es la Terapia Familiar. El objetivo de esta última es examinar las relaciones disfuncionales intrafamiliares para realizar cambios en ellas.

Generalmente el efecto terapéutico de la psicoterapia es modesto y el inicio del efecto del tratamiento psicoterápico es más lento que con medicación. La psicoterapia se puede utilizar como único tratamiento en la depresión leve y simple. En otros casos la psicoterapia se utiliza como tratamiento complementario al tratamiento farmacológico, ya que su efectividad disminuye si el niño presenta una depresión grave, o comorbilidad psiquiátrica.

14.6.2 Medicación antidepresiva

La guía NICE no recomienda la medicación antidepresiva como primera línea de tratamiento para depresiones leves en población pediátrica. Las últimas guías recomiendan fluoxetina en combinación con psicoterapia como primera línea de tratamiento para pacientes entre 12 y 18 años con depresión moderada o severa. En niños de 5 a 11 años, la combinación con fluoxetina se considerará tras 4- 6 sesiones de psicoterapia con bajos resultados.

El metaanálisis de la Cochrane más reciente sobre antidepresivos de nueva generación demostró, que la diferencia entre el fármaco y el placebo es positiva para la fluoxetina. El ensayo clínico aleatorio más grande (y no financiado por la compañía farmacéutica) de fluoxetina (*Treatment for Adolescents with Depression Study* (TADS)) tuvo una tasa de respuesta del 61% en el grupo de fluoxetina y del 35% en el grupo placebo a las 12 semanas. La revisión de Cochrane también demostró que el escitalopram y la sertralina fueron significativamente superiores al placebo. Sin embargo, otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, así como venlafaxina y mirtazapina no fueron significativamente mejor que el placebo.

En niños mayores de 8 años, el único ISRS aprobado para el tratamiento de la depresión en nuestro medio es la fluoxetina. No se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos, ni de inhibidores de la monoamino oxidasa. La evidencia y la orientación sobre cuánto tiempo mantener la medicación antidepresiva no está clara.

14.6.3 Tratamiento combinado

El resultado de tres ensayos que compararon la terapia combinada y la medicación antidepresiva mostraron, que el tratamiento combinado era más probable que condujera a la remisión que la medicación antidepresiva sola, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

14.6.4 Riesgo de uso de ISRSs

Estudios británicos de 2003, señalaron la asociación entre la ideación suicida y la toma de ISRS, por lo que, salvo la fluoxetina, todos los fármacos de este grupo fueron contraindicados en niños. Sin embargo, estudios posteriores han descartado esta asociación y resaltado que en la evaluación del beneficio riesgo, es mayor el riesgo de la ideación suicida si no se administra un tratamiento correcto, que si se administran ISRS. El consenso entre la mayoría de los expertos es que la ideación suicida es un síntoma frecuente en varios trastornos psiquiátricos, que la prevalencia de ideación suicida en estos pacientes no es mayor que la esperada por su depresión, y que los ISRS no sólo no aumentan, sino que disminuyen la ideación suicida. No obstante, estas consideraciones, estos fármacos deben ser indicados con cautela y por profesionales especializados, en casos de depresión moderada o grave.

14.7 CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El suicidio está entre las primeras cinco causas de muerte para población adolescente a nivel mundial (OMS, 2014). En España, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes (INE, 2017). Los profesionales de la salud en contacto con poblaciones infanto-juvenil están en una situación privilegiada para prevenir y detectar precozmente el comportamiento suicida.

El comportamiento suicida hace referencia al conjunto de pensamientos y acciones que surgen cuando una persona se plantea terminar con su vida. Esto incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Los pacientes fluctúan de uno a otro sin pasar necesariamente entre los estados intermedios. La clínica del comportamiento suicida presenta una importante variabilidad, sujeta a múltiples factores como el sexo, la edad del paciente, su situación socio-familiar y la posible comorbilidad psiquiátrica.

Existe también el concepto de conducta autolesiva no suicida, el cual hace referencia a aquellas autoagresiones (cortes, arañazos, mordeduras...) que no presentan una intención de quitarse la vida. Esta conducta suele ser provocada con el fin de aliviar estrés, expresar un sentimiento o provocar cambios en el ambiente, y se puede observar en pacientes con trastorno depresivo.

14.7.1 Epidemiología

En el inicio de la adolescencia se produce el mayor incremento de muertes por suicidio a lo largo de la vida (Nock et al., 2008) y la mayoría de personas que consideren o intenten un suicidio, lo harán por primera vez antes de los 20 años (Kessler et al., 1999). A nivel mundial, en menores de 14 años la tasa de muerte por suicidio es de 0,6 por cada 100.000 habitantes, frente a 7,4 por cada 100 000 en adolescentes entre 15 y 19 años (Mcloughlin et al., 2015). En España la tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes son más bajas y se sitúan entre los 0 y 14 años en 0,167 para niños y 0,207 para niñas, mientras que entre los 15 y 19 años, se elevan hasta 2,858 para adolescentes varones y 1,566 para adolescentes mujeres (INE, 2017).

La ideación suicida es más frecuente que los intentos autolíticos y estos son más prevalentes que los suicidios consumados (Pfeffer, 2007). En USA, la prevalencia de la ideación suicida varía entre el 19,8% y el 24% entre adolescentes y adultos jóvenes (Nock et al., 2008) mientras que los datos obtenidos de una encuesta a estudiantes estadounidenses de 14 a 18 años, revelan que un 17,2% habían "considerado seriamente intentar suicidarse", un 13,6% habrían planificado un intento de suicidio, un 7,4% habían intentado suicidarse una o más veces y un 2,4% habían "intentado suicidarse, resultando en lesiones, envenenamiento o una sobredosis que necesitó tratamiento por un médico o personal de enfermería" (Kan, 2018).

En población adolescente europea, un 32,3% presentaba ideación suicida y hasta un 4,2% reconocía haber realizado un intento de suicidio (Wasserman et al., 2015). En España un 4,1% de la población adolescente ha presentado un intento autolítico en el último año (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

Alrededor de un 60% de las personas jóvenes deprimidas refieren haber pensado en el suicidio como una alternativa, y un 30% intentó suicidarse (Prieto, 2017)

14.7.2 Etiología

Es importante conocer los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Al igual que en la adulta, estos factores de riesgo dependen de la edad y del sexo. Son muchos los factores de riesgo que interactúan entre sí, resultando difícil precisar la importancia relativa de cada factor y el riesgo total de suicidio. No se han hallado patrones específicos de riesgo para la conducta suicida en población infanto-juvenil (Turecki & Brent, 2016). Algunos factores de riesgo actúan como precipitantes, mediadores, modificadores o perpetuadores de otros factores de riesgo (Gould et al., 2003).

Se ha propuesto un modelo de diátesis-estrés como etiopatogenia de la conducta suicida, basado en la interacción entre la vulnerabilidad biológica y los factores estresantes:

- Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas: Hasta el 80% de los adolescentes que realizan un intento de suicidio presenta un trastorno psiquiátrico en el momento del intento (Parellada et al., 2008). La depresión es el diagnóstico más frecuente en adolescentes con suicidio consumado (King et al., 2001). El trastorno depresivo aumenta más de 5 veces el riesgo de suicidio (Goldston et al., 2009), especialmente en chicas y cuando está asociado a un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno psicótico. Los trastornos depresivos son el principal factor de riesgo para la conducta suicida en población femenina (Shaffer & Greenberg, 2003). Otros trastornos serían: consumo de tóxicos, trastornos de conducta y trastorno de ansiedad, historia previa de conducta agresiva a impulsiva, trastorno de personalidad, esquizofrenia, deterioro cognitivo.
- Factores genéticos e historia familiar de suicidio y/o trauma.
- Factores estresantes: Conflictos o pérdidas parentales tempranas (muerte o separación), problemas legales, testigo de violencia, alteraciones en el vínculo familiar, ruptura sentimental, historia de abuso sexual, físico o emocional, acoso escolar. Dos tercios de las conductas suicidas se desencadenan por un acontecimiento vital negativo (Carballo et al., 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2018). Es frecuente que esté además asociado a la presencia de un trastorno psiquiátrico.
- Enfermedad médica crónica: Algunas enfermedades crónicas y severas se han asociado con el suicidio en población pediátrica, especialmente cuando estas afectan al funcionamiento en la vida cotidiana.
- La repetición de intentos de suicidio, incrementa el riesgo de suicidio consumado en un futuro, siendo el principal factor de riesgo para los varones (Sourander et al., 2012)

14.7.3 Evaluación

La valoración del comportamiento suicida debe estar encaminada a: a) identificar los factores de riesgo y los factores protectores; b) estimar el riesgo de suicidio global; c) establecer un plan terapéutico para eliminar ese riesgo.

- a) Factores de riesgo y protección:** La valoración del comportamiento suicida se debe realizar de manera sistemática para que ningún factor de riesgo o de protección pase inadvertido.
- b) Estimación del riesgo de suicidio global** (Jans et al., 2018).

El riesgo suicida puede determinarse como:

- **Alto:** en presencia de depresión grave, ideación delirante en torno a la idea de morir, ideas de desesperanza, minusvaloración o desesperación, elevado nivel de ira; clara intencionalidad con pensamientos continuos; intento previo de alta letalidad; intoxicación aguda o dependencia de sustancias; incapacidad de verificar datos o informaciones contradictorias de allegados; escasos apoyos familiares/sociales y rechazo de ayuda; violencia o consumos en la familia; escasa colaboración en la exploración y baja confianza en la valoración (ej: intoxicación aguda); ausencia de alianza terapéutica.
- **Bajo:** existe tristeza sin datos de trastorno depresivo moderado-grave; sin sintomatología psicótica activa; verbaliza planes concretos de futuro con esperanza; en ausencia de hostilidad; los pensamientos autolíticos son vagos y no presenta intentos previos o un intento de baja letalidad; baja intencionalidad autolítica, niega plan de llevar sus pensamientos a cabo; la información está contrastada con familiares, por lo que hay suficiente confianza en la veracidad del relato; el paciente acepta la ayuda y comienza una alianza terapéutica; sostén familiar y social consistente. Pueden resultar de utilidad algunas escalas especialmente diseñadas para esta población, como *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale*. No obstante, ninguna

escala puede sustituir a la realización de la entrevista clínica en la evaluación del riesgo autolítico. Es importante recalcar que preguntar a un niño si presenta ideación o intención suicida no provoca ni precipita el comportamiento suicida y tampoco aumenta el estrés, incluso en niños con factores de riesgo (Gould et al., 2005).

- c) **Establecer un plan terapéutico para eliminar ese riesgo:** (se explica en el siguiente punto de Tratamiento).

14.7.4 Tratamiento

El proceso terapéutico de la conducta suicida se divide en el tratamiento agudo o urgente (servicio de Urgencias) y el tratamiento a corto plazo (consultas externas, hospitalización del servicio de psiquiatría infantil y del adolescente).

Tratamiento agudo (o urgente)

El comportamiento suicida es una urgencia psiquiátrica, la mayoría de las veces atendida en el servicio de Urgencias. El primer paso es forjar una alianza terapéutica con el niño y con sus padres. Ante todo, primará la estabilización del estado orgánico si este se ha visto comprometido en un intento suicida. Ante un riesgo alto de suicidio será preciso valorar la necesidad de vigilancia intrahospitalaria.

Entre los factores que sugieren la necesidad de hospitalización están: una complicación médica grave, un elevado riesgo de suicidio por persistencia del deseo de morir e intención de suicidio, un rechazo a cualquier ayuda, un antecedente de intento de suicidio con un método muy letal o infrecuente, presencia de síntomas psicóticos (que compromete la capacidad de juicio), elevada impulsividad, agitación psicomotriz no resuelta o la ausencia de apoyo familiar. Si existen dudas sobre la necesidad de hospitalización, es recomendable un abordaje cauto o la utilización de recursos intermedios como el hospital de día.

Tratamiento a corto-medio plazo

La alianza terapéutica conseguida en el primer contacto fomenta la adherencia terapéutica en el futuro (Rotheram-Borus et al., 1996) y esto es importante ya que se estima que hasta el 57% de los atendidos en urgencias por conductas suicidas, no

acudirán a seguimiento ambulatorio (Bridge et al., 2012). Si no es preciso el ingreso, ante un riesgo elevado o poca confianza en la evaluación realizada, el caso debe de ser reevaluado en las siguientes 24 horas, siempre que exista un adecuado sostén socio/familiar que ofrezca un entorno seguro para el paciente y una monitorización cercana (Jans et al., 2018). Si el riesgo autolítico es medio sería adecuado asegurar una nueva visita en la siguiente semana. Si presenta psicopatología sugestiva de ser abordada en el momento de la conducta autolítica, estará indicado pautar un tratamiento farmacológico adecuado o realizar los ajustes necesarios sobre el ya prescrito. Independientemente del riesgo, se debe establecer un plan que permita acceso a una rápida reevaluación si se intensifica el cuadro.

Tratamientos farmacológicos

No existen tratamientos farmacológicos específicos para la conducta autolítica. En un reciente metaanálisis (Witt et al., 2019), se valora la eficacia de ketamina y esketamina (antagonistas NMDA) para el tratamiento de la ideación suicida en contexto de trastorno depresivo resistente, debido a su rápido efecto antidepresivo. Sin embargo, no se ha estudiado la sostenibilidad del efecto a largo plazo y su eficacia no está demostrada en intentos de suicidio (Witt et al., 2019).

En estos momentos está en marcha un ensayo clínico en fase 2 con esketamina (NCT03185819) que pretende evaluar la eficacia y seguridad de tres dosis fijas de esketamina intranasal, además del estándar integral de atención para la reducción rápida de los síntomas del trastorno depresivo mayor, incluida la ideación suicida. Se trata de un estudio en pacientes pediátricos evaluados con riesgo inminente de suicidio.

Intervenciones psicológicas

Un tipo de terapia cognitivo-conductual como es la terapia dialéctica-conductual (TDC), desarrollada sobre la hipótesis de que el comportamiento suicida responde a soluciones desadaptativas ante el intenso malestar emocional, resulta eficaz en la reducción de conductas suicidas. La psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en la familia podrían disminuir el comportamiento suicida (Glenn et al., 2015).

Independientemente del tipo de abordaje psicoterapéutico existen puntos comunes para mejorar su eficacia: deben ser intensivas, con entrevistas frecuentes; deben focalizarse en el funcionamiento interpersonal y es importante la inclusión de la familia si es posible; se han de evaluar la presencia de otros factores de riesgo como el consumo de sustancias, para evitar su interferencia; así como detectar otras mecanismos o conductas desadaptativas (Glenn et al., 2015).

14.7.5 Prevención

La prevención de la conducta suicida debe basarse en la identificación de los colectivos vulnerables, la exploración sistemática de los conocidos factores de riesgo que se asocian a las conductas suicidas en población infantojuvenil y en facilitar el acceso a la ayuda. Un estudio multicéntrico a nivel europeo estimó una reducción de ideación e intentos suicidas en la población adolescente que había recibido la formación frente a la que solo había accedido a información a través de posters (Wasserman et al., 2015). Se ha observado también, que añadir una opción online para recibir información mejora el acceso a los servicios de salud mental (King et al., 2015). El screening universal parece no ser beneficioso en la reducción de conducta suicida (Wasserman et al., 2015). En población vulnerable para el desarrollo de comportamiento suicida, es de elevada importancia el registro de aparición e intensidad de los distintos factores de riesgo modificables (soporte social, abuso de sustancias, regulación emocional).

El uso generalizado en población infanto-juvenil de internet, las redes sociales y otras tecnologías de la información y comunicación, a pesar de ser considerado un potencial factor de riesgo, podría permitir enfoques innovadores para la prevención del suicidio, así como de intervenciones realizadas en tiempo real.

14.8 CONCLUSIONES

- La depresión infanto-juvenil supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, su impacto negativo en el paciente y el riesgo vital que conllevan.
- Los niños y adolescentes deprimidos presentan con frecuencia: humor irritable, rabietas, tormentas afectivas, labilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, quejas somáticas y aislamiento social.
- El comportamiento suicida supone un importante problema de salud pública.
- Los dos factores de riesgo más importantes para el suicidio son la presencia de un trastorno depresivo y el antecedente de comportamiento suicida.

14.9 BIBLIOGRAFÍA

- Andersen SL, Teicher MH. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends Neurosci*; 31: 183-91.
- Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol*. Mar 20;10:543.
- Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders (2007). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(11):1503-1526.
- Bridge, J. A., Marcus, S. C., & Olfson, M. (2012). Outpatient care of young people after emergency treatment of deliberate self-harm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(2), 213-222.e1.
- Carballo JJ, Muñoz-Lorenzo L, Blasco-Fontecilla H, Lopez-Castroman J, García-Nieto R, Dervic K, Oquendo MA, Baca-García E (2011). Continuity of depressive disorders from childhood and adolescence to adulthood: a naturalistic study in community mental health centers. *Prim Care Companion CNS Disord*. ;13(5)

- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., ... Aitchison, K. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (0123456789).
- Colich NL, Kircanski K, Foland-Ross LC, Gotlib IH. 2015. HPA-axis reactivity interacts with stage of pubertal development to predict the onset of depression. *Psychoneuroendocrinology*; 55: 94-101.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. 2003. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):837-44
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G, Kratochvil C, Simons A, Kirchner J, May D, Kennard B, Mayes T, Feeny N, Albano AM, Lavanier S, Reinecke M, Jacobs R, Becker-Weidman E, Weller E, Emslie G, Walkup J, Kastelic E, Burns B, Wells K, March J (2011). Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Arch Gen Psychiatry*. Mar;68(3):263-9.
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. 2002. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. :41(10):1190-6.
- Davies PT, Windle M. 1997. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Dev Psychol*. Jul;33(4):657-68
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. a. Á., Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
- Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *J Pediatr*. Mar;206:256-267. e3.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., & Treadway, S. L. (2009). Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 281-290.
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. Jun 18;377(9783):2093-102.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. *JAMA*, 293(13), 1635.
- Harris A, Seckl J. (2011). Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Horm Behav*. 59:279-89.
- Henje Blom E, Lekander M, Ingvar M, Asberg M, Mobarrez F, Serlachius E. (2012). Pro-inflammatory cytokines are elevated in adolescent females with emotional disorders not treated with SSRIs. *J Affect Disord*. 136: 716-23.
- Henje Blom E, Ho TC, Connolly CG, LeWinn KZ, Sacchet MD, Tymofiyeva O, Weng HY, Yang TT (2016). The neuroscience and context of adolescent depression. *Acta Paediatr*. Apr;105(4):358-65.
- Hussain H, Dubicka B, Wilkinson P. (2018). Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *Evid Based Ment Health*. Aug;21(3):101-106
- INE. (2017). Instituto Nacional de Estadística. Retrieved from <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6177&capsel=6178>
- Jans, T., Vloet, T. D., Taneli, Y., & Warnke, A. (2018). Suicidio E.4 Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA.
- Kan, L. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance — United States. In Centers for Disease Control and Prevention: Surveillance Summaries (Vol. 67).
- Kapornai K, Vetro A. Depression in children (2008). *Curr Opin Psychiatry*. 21(1):1-7.

- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *ARCH GEN PSYCHIATRY* (Vol. 56, pp. 617-626).
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. Jul;56(7):617-26.
- Kim DR, Bale TL, Epperson CN. (2015). Prenatal programming of mental illness: current understanding of relationship and mechanisms. *Curr Psychiatry*; 17: 5.
- King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630-636.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Levinson DF. (2006). The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry*. Jul 15;60(2):84-92.
- Malhotra S, Das PP (2007). Understanding childhood depression. *Indian J Med Res*; 125(2):115-128.
- Malas N, Plioplys S, Pao M. (2019). Depression in Medically Ill Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Jul;28(3):421-445.
- Maslow GR, Dunlap K, Chung J. (2015). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*;36:299-310
- Mcloughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*, Vol. 108, pp. 765-780.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. R. (2008). Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *Br J Psychiatry*, 192, 98-105.
- OMS. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen Ejecutivo.
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Álvarez, M., Bobes, J. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*, 157(1-3), 131-137.
- Pfeffer, C. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4a ed. (pp. 529-538.)
- Prieto, M. F. (2017). Depresión E.I Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP de la Sociedad Asiática de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines, 1-41.
- Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing I. (2017). Capitulo E1. Depresión en niños y adolescentes. En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., ... Feldman, J. (1996). Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 654-663.
- Rutter M. 1996. Connections between child and adult psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 5 Suppl 1:4-7.
- Shaffer, D., & Greenberg, T. (2003). Suicidio y conducta suicida en niños y adolescentes. En *Las múltiples caras de la Depresión en niños y adolescentes*, 1a ed (pp. 137-169).
- Sourander, Andre; Brunstein Klomek, Anat; Niemelä, Solja; Haavisto, Antti; Gyllenberg, David; Helenius, Hans; Sillanmäki, Lauri; Ristkari, Terja; Kumpulainen, Kirsti; Tamminen, Tuula; Moilanen, Irma; Piha, J. (2012). Childhood Predictors of Completed and Severe Suicide Attempts. 66(4), 398-406.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016, March 19). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, Vol. 387, pp. 1227-1239.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- Witt, K., Potts, J., Hubers, A., Michael, F., Murrough, J. W., Loo, C., & Hawton, K. (2019). Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders : A systematic review and meta-analysis of treatment trials. 00(0).
- Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, Goldberg PH, Kamali M, Martin A et al. 2006. Neurobiology of depression in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 15(4):843-viii.CAPÍTULO 1.

Suicidio en población geriátrica

15.1 INTRODUCCIÓN

Cualquier anciano experimenta, en mayor o menor medida, la proximidad de la muerte. Este acercamiento puede ser vivido de distintas maneras. Algunas personas mayores expresan una gran ansiedad, con frecuentes quejas somáticas y preocupaciones hipocondríacas, mientras otros pueden hablar de la muerte con cierta familiaridad, incluso aparentemente deseándose a sí mismos, como una forma de liberación ante el temor, el dolor y el sufrimiento.

Sin embargo, hay una gran distancia entre estos hechos y el suicidio. El número de personas que presentan una ideación autolítica concreta es mucho menor que el de los que hablan de la propia muerte. Afortunadamente son aún menos los que llegan a atentar realmente contra sí mismos, aunque la realidad demuestra que hay ancianos que eligen esta vía para morir. **El suicidio consumado constituye un fenómeno que ocurre con mayor frecuencia respecto a edades anteriores y, aunque escasamente reconocido, constituye un verdadero problema de salud pública.**

Así, al contrario que en jóvenes, la mayoría de actos de autolesiones deliberadas en ancianos tiene una elevada intencionalidad suicida. Lo que indica que la detección oportuna de factores de riesgo modificables supondrá un factor determinante que puede incidir en las tasas de suicidio de esta población. Por ello se han convertido en población diana de muchas estrategias de prevención.

La edad avanzada se ha determinado como marcador de riesgo inmodificable favorecedor del suicidio. Esta conclusión se basa en las circunstancias que, en algunos casos, se asocian con el proceso del envejecimiento como la elevada incidencia de patologías crónicas, déficit de relaciones sociales y red de apoyo, pérdida de autonomía, ausencia de actividad laboral o intelectual, viudedad, limitaciones físicas entre otros.

AUTORÍA

LUIS F AGÜERA ORTIZ. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

LUISA F GOEZ SUDUPE. Unidad de hospitalización de Psiquiatría. Hospital Mateu Orfila. Mahón

Los mitos que rodean al suicidio también alcanzan algunos aspectos singulares que atañen a la población geriátrica, como presuponer que las ideas de muerte han de estar naturalmente más presentes en la medida en que el proyecto vital pueda estar más cerca de su culminación. Esta es una aseveración que no debe generalizarse, y no puede universalizarse un significado de marcado carácter personal que, en cualquier caso, excede el ámbito de la psiquiatría.

¿Piensan los ancianos más en el suicidio? La respuesta a esta pregunta es que, a pesar de los datos epidemiológicos de mayor frecuencia de suicidios en edades avanzadas, los ancianos piensan más en la muerte en general, pero es en la franja de edad de 25-44 años en la que se piensa más en el suicidio, y a partir de esa edad va descendiendo (Bille-Brahe et al., 1995).

Tanto la ideación suicida como el suicidio consumado constituyen un fenómeno creciente en la población de edad más avanzada. Al preguntar a distintos profesionales sanitarios, en muchos casos afirman que el suicidio en general, y particularmente en ancianos, es un fenómeno poco frecuente, lo que pone de relieve el desconocimiento aún presente, a pesar de ser creciente el abordaje preventivo del fenómeno y su visibilización en los últimos años.

15.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN LA EDAD AVANZADA

El suicidio constituye un problema de salud pública importante a escala mundial siendo la 15ª causa de muerte. Datos de la OMS de septiembre de 2019, refieren que cerca de 800.000 personas se suicidan cada año y se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces superior.

Según datos publicados en diciembre de 2019 por el Instituto Nacional de Estadística INE, en España en el año 2018 se produjeron 15.768 fallecimientos por causas externas. El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.539 fallecimientos. Según el sexo, 2.619 hombres y 920 mujeres fallecieron por suicidio.

De todos los suicidios, 31,9% fueron realizados por mayores de 65 años, para un total de 1129; (818

hombres y 311 mujeres). Estas cifras de suicidio de la población geriátrica española coinciden con los hallazgos de varios estudios en diferentes países que han demostrado un elevado riesgo en este grupo de edad. Las estadísticas muestran que este incremento en las tasas de suicidio tiene lugar fundamentalmente en el grupo de población mayor de 65 años, y alcanza su punto más alto en la franja de alrededor de los 85 (Stagnaro, 2003).

Respecto a los intentos de suicidio que no acaban en muerte, el conocimiento de su magnitud real resulta más complejo, en comparación con el suicidio consumado. Muchos de los datos disponibles provienen de investigaciones llevadas a cabo en los servicios de urgencias de los hospitales generales, pero se calcula que hasta el 30% de las personas que intentan suicidarse no llegan a contactar con ningún servicio sanitario. No obstante, sí es un hecho probado la reducción proporcional del número de intentos de suicidio respecto al suicidio consumado en la población mayor de 60 años (1:60 frente a 1:40 en < 40 años), especialmente en el grupo de los hombres, como ocurre en todas las franjas de edad.

Por otro lado, las circunstancias que rodean a los intentos de suicidio en las personas mayores guardan una mayor relación con las que acontecen en los suicidios consumados, que las que ocurren en los intentos de suicidio en personas más jóvenes. En el estudio llevado a cabo por Marín (1995), se observó que las personas mayores de 65 años que intentaban suicidarse utilizaban con mayor frecuencia un medio no farmacológico; buscaban realmente la muerte con el intento y, por regla general, precisaban hospitalización psiquiátrica posterior. Estos datos revelan aspectos prácticos de gran interés, ya que parecen señalar que es poco habitual que los ancianos realicen por ejemplo sobreingestiones de fármacos con intencionalidad no suicida, y que quizá sucesos de estas características pueden ser el epifenómeno de un trastorno subyacente grave y pueden preceder a un nuevo intento con desenlace fatal. Esta tendencia es consistente y ha sido confirmada en un estudio multicéntrico realizado en la comunidad de Madrid (Miret et al., 2010).

En la Tabla 17 se exponen las tasas de suicidio en relación con grupos de edades, donde también se observan las mayores tasas en los sujetos de mayor edad.

■ TABLA 17. **Tasas de suicidio por edades y sexo en España, 2018. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2019**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.539	2.619	920
Menores de 15 años	7	4	3
De 15 a 29 años	268	203	65
De 30 a 39 años	396	309	87
De 40 a 44 años	315	236	79
De 45 a 49 años	393	298	95
De 50 a 54 años	377	280	97
De 55 a 59 años	381	275	106
De 60 a 64 años	273	196	77
De 65 a 69 años	239	164	75
De 70 a 74 años	230	160	70
De 75 a 79 años	173	129	44
De 80 a 84 años	228	167	61
De 85 a 89 años	175	134	41
De 90 a 94 años	73	56	17
De 95 años y más	11	8	3

Fuente: Fundación Salud Mental España.

Aunque menos frecuentes, también hay aproximaciones cualitativas a la conducta suicida, algunas de las cuales inciden en la importancia de reforzar los factores protectores como el apoyo sociofamiliar efectivo (Gonçalves & de Souza, 2015).

15.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo y de protección de suicidio, han sido descritos en la literatura en la población general e inciden de manera relevante en la población geriátrica. Se agrupan fundamentalmente en tres categorías: sociodemográficos, comorbilidad y biológicos (Hawton & Heeringen, 2009; Serby & Yu, 2003; Carter & Nicholas, 2003)

Si bien es cierto que aún disponemos de información limitada sobre los factores pronósticos y de

riesgo, y sobre cómo estos interactúan (Di Mauro et al., 2003) y aún teniendo una discreta utilidad cuando se trata de predecir el riesgo en un paciente individual, su conocimiento puede ayudar en la identificación de grupos de alto riesgo y en esta línea, establecer estrategias de prevención.

Los factores de riesgo más significativos aparecen en la Tabla 18.

Cabe señalar aquí también que existen factores de protección para el suicidio en el anciano. Los más importantes son:

- Tener hijos o vivir con uno de ellos.
- Tener amigos o familiares y verlos con cierta frecuencia.
- Tener una afición o pertenecer a una asociación.
- Tener una práctica religiosa (con escasas diferencias entre religiones).
- En definitiva, tener vínculos y un proyecto vital.

■ TABLA 18. Factores de riesgo en el suicidio geriátrico

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 60-70 años. Pero mayor proporción alrededor de los 85 años • Sexo: Masculino (proporción 4:1) • Estado civil: Mayor riesgo en no casados, sobre todo entre los hombres • Método: En España, métodos «duros», sobre todo entre los hombres. Importancia de la accesibilidad del método: armas de fuego, ventanas, etc. • Lugar: En el entorno del domicilio • Situación social: Aislamiento. Vivir solo, escasa integración social, ausencia de figuras significativas. Cambio de lugar de residencia. Institucionalización (y el periodo previo). Mala contención de la familia o el entorno • Nivel socioeconómico: Alto o bajo. Dificultades económicas. Ruina reciente • Acontecimientos vitales: Viudedad reciente. Duelos • Antecedentes: Historia previas de intentos en el paciente, la familia o conocidos. La repetición aumenta la letalidad • Religión (factor protector). Menos frecuencia de suicidio en católicos y judíos
VARIABLES BIOLÓGICAS Y DE ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones del sistema nervioso central relacionadas con la transmisión serotoninérgica. • Presencia de enfermedad física: <ul style="list-style-type: none"> • Importancia per se y como facilitación de cuadros depresivos • Neoplasias, enfermedades crónicas con empeoramiento reciente • Enfermedades que cursan con dolor importante • Hospitalización en el año previo • Presencia de sintomatología hipocondríaca • Presencia de enfermedad psiquiátrica <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos: factor de riesgo fundamental. Depresión no detectada, incorrectamente tratada o refractaria • Altos niveles de desesperanza • Primer episodio de enfermedad mental • Primer año de evolución de la enfermedad mental • Trastornos con síntomas delirantes

15.3.1 Rasgos distintivos del suicidio en ancianos

Polewka (2004) realizó un estudio prospectivo en el que puede observarse que el 70% de los sujetos que habían intentado suicidarse al menos una vez presentaba una depresión o estados depresivos reactivos, enfermedades orgánicas cerebrales y, a menudo, signos de demencia. En el grupo de edad más avanzada, los problemas más frecuentemente hallados fueron enfermedades somáticas graves (enfermedades malignas y enfermedades respiratorias crónicas), depresión, demencia y situaciones vitales negativas: soledad y mala situación sociofamiliar.

Como característica general, los ancianos realizan individualmente menos intentos de suicidio porque casi siempre fallecen al primero, utilizan métodos infalibles, dan menos señales de aviso, los actos son premeditados y pueden realizarlo de manera pasiva, (inanición o abandono de la medicación) (Ansean, 2015).

Variables demográficas

En general, el riesgo de suicidio aumenta con la edad. La década entre los 60 y los 70 años sería especialmente vulnerable, hasta superar los 20 fallecidos por cien mil habitantes a partir de los 80 años. Esta asociación de suicidio y edad es muy clara entre los varones, y apenas significativa entre mujeres.

El sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones tienen mayor predisposición al suicidio, en proporción tres veces superior a las mujeres, que apenas incrementan sus tasas en este período final de la vida. Los hombres mayores de 60 años suelen morir con mayor frecuencia en su primer intento de suicidio, en un 90% de los casos. (Aja Eslava, 2007).

Respecto al estado civil, casi todos los estudios coinciden en que el riesgo suicida es superior para los ancianos sin pareja, y que para los hombres el riesgo, en orden decreciente, correspondería a los separados o divorciados, los viudos y los solteros. Para las mujeres divorciadas, el riesgo es mayor que para las casadas, aunque el suicidio se ve menos influido por el estado civil. Según Salib (2004), parece que las mujeres mayores que no han tenido hijos presentan una mayor proporción de éxitos en su

primer intento de suicidio, así como una alta posibilidad de que esta circunstancia pase inadvertida ante los servicios de salud.

Método y lugar

En el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos violentos, de mayor letalidad, especialmente en el grupo masculino. El estudio de Juurlink (2004), realizado sobre 1.354 pacientes suicidas mayores de 65 años, sitúa los métodos en el siguiente orden: empleo de armas de fuego, ahorcamiento y envenenamiento.

No obstante, se trata de un factor que parece estar sometido a una gran variabilidad regional, en función de las costumbres de cada área. Así, en Estados Unidos, donde es muy frecuente poseer armas de fuego, parece más lógico que este sea el método empleado de forma más habitual. Sin embargo, estudios realizados en Europa refieren como método más empleado el ahorcamiento, seguido de la defenestración, mientras que el consumo de sustancias y el empleo de armas de fuego están menos representados (Casadebaig et al., 2003). Se ha descrito una mayor frecuencia de muertes por medios violentos en hombres y por sobredosis de fármacos en las mujeres (Cattell & Jolley 1995)

No existen muchos datos en España respecto a la distribución de los lugares que escogen los ancianos para la consumación del acto suicida, aunque, de alguna manera, esta información puede inferirse del método utilizado. Kao (1988) señala que las tres cuartas partes de los ancianos de su serie murieron por precipitación, la mayoría desde su propio domicilio. El estudio de Cattell y Jolley (1995) ofrece resultados similares: el 89% de los pacientes de la muestra se habían suicidado en su domicilio. Casi el 50% de los pacientes vivían solos cuando se suicidaron. Parece claro que el domicilio es el lugar donde se produce el mayor número de suicidios, especialmente en ancianos que viven solos.

Factores sociales

La influencia de los factores sociales en el fenómeno suicida es compleja. El trabajo de León (1999) sugiere que los actos suicidas pueden ser el reflejo de un proceso aditivo de todos los factores de riesgo. De esta manera, determinados condicionantes como el aislamiento social pueden constituirse en elementos que desencadenen otros factores de

riesgo que son en sí mismos potentes factores pronósticos de la vulnerabilidad al riesgo suicida.

El estudio de Waern (2003) parece descartar los problemas económicos como factor de riesgo muy relevante en el grupo de edad avanzada, a pesar de que constituye una situación de riesgo de suicidio en el adulto, si bien otros autores sí lo incluyen como marcador de riesgo también en el anciano.

De otro lado, la importancia del papel de la mujer en la casa, el matrimonio y la cada vez mayor prescripción de antidepresivos en este grupo de edad parecen constituir factores protectores (Gunnell et al., 2003). Cada vez es más frecuente incluir la perspectiva de género en los estudios de la conducta suicida en este grupo de edad (Meneghel et al., 2012).

En cuanto al lugar de residencia, el abandono de la propia casa, especialmente en las personas que lo hacen para ingresar en una residencia para mayores, supone un factor de estrés relevante. Los temores y las fantasías asociados con el ingreso en una institución son claramente reconocidos como un factor precipitante de suicidio (Loebel et al., 1991).

Barnhouse (1992) resaltó también como uno de los factores estresantes de riesgo de suicidio el impacto del abandono del hogar para ser ingresado en un centro de larga estancia, por distintos motivos (pérdida de capacidad para autocuidarse, incapacidad de la familia para hacerse cargo, etc.). Es lo que dicho autor llama estrés de recolocación (relocation stress). Esta situación les supone un alejamiento de sus familias y una mayor vulnerabilidad al padecimiento de alteraciones físicas y psíquicas. Las tasas de suicidio en mayores en centros residenciales son superiores a las de aquellos que permanecen en sus casas o con familiares (si bien en el hombre las tasas se igualan cuando viven solos en casa). Las tasas más elevadas se encuentran en mujeres internadas en centros residenciales en el grupo de edad de 65 a 74 años (Casadebaig et al., 2003).

Autores como Brugler (1993) o Kao (2004) destacan la importancia de tomar medidas concretas antes, durante y tras el cambio, que supongan una adecuada integración y adaptación de las necesidades del individuo a su nueva situación. Esta debe ser una decisión cuidadosamente tomada, en la que es necesario hacer partícipe en todo lo posible al propio interesado.

Acontecimientos vitales estresantes

El estudio de Zhou (2004) hace un análisis del tipo de acontecimientos vitales negativos en el año previo al suicidio de 304 ancianos. Este trabajo revela que los tres sucesos más habituales fueron: dolor o padecimiento de una enfermedad aguda o crónica, seguida de cambios importantes en los hábitos dietéticos, del sueño o rutinas diarias (37,8%) y, finalmente, problemas económicos (34,5%). Estos autores llegan a la conclusión de que la presencia de tales acontecimientos negativos parece estar estrechamente relacionada con el padecimiento de depresión y con la gravedad de los síntomas depresivos en el momento del suicidio. Como se dijo anteriormente, los cambios de domicilio y el paso a vivir en una Residencia son factores estresantes específicos de la población mayor con influencia en el riesgo autolítico.

Factores neurobiológicos

La investigación neurobiológica de la conducta suicida ha demostrado cambios estructurales cerebrales, de plasticidad neuronal y de neurotransmisión, que asociados a factores familiares y genéticos y cambios epigenéticos tempranos, permiten postular que existen individuos con una gran vulnerabilidad para un acto suicida. (Dajas, 2016)

Se acepta que un elevado porcentaje de los pacientes suicidas presentó antecedentes psiquiátricos, particularmente depresivos, por lo que la investigación neurobiológica de esta patología aporta la mayor parte de información científica relacionada con la conducta suicida.

Se han demostrado anomalías en la neurotransmisión serotoninérgica de la corteza prefrontal, hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral. Estos hallazgos adquieren relevancia, dado que una de las funciones de la corteza prefrontal es el control cognoscitivo y conductual. El daño de esta área produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad; por lo tanto, esta disfunción podría dar lugar a la propensión al acto suicida.

La vinculación de diferentes síntomas con los principales neurotransmisores reguladores, sobre la base de las evidencias neurobiológicas, puede contribuir a la explicación de conductas favorecedoras del suicidio en las personas mayores. La rigidez cognitiva con pérdida de la flexibilidad en la toma de deci-

siones, originada en el déficit serotoninérgico predominantemente prefrontal («nada puede cambiar»), el predominio noradrenérgico de la hiperreactividad límbica post estrés («no puedo estar peor») y la dificultad en atribuir valor hedónico a situaciones presentes y decisiones a futuro, con marcada anhedonia, fruto del déficit de las vías dopaminérgicas («el futuro no ofrece salidas a esta situación»), configuran una tríada de síntomas que engloba clínicamente la desesperanza y que ubican al paciente depresivo de edad en una frágil situación clínica frente a factores desencadenantes (Dajas, 2016).

La evidencia científica apunta que lesiones cerebrales que involucran áreas de control de conducta, inciden de manera negativa en el afrontamiento de situaciones adversas. La corteza prefrontal, los núcleos septales y el hipocampo están relacionados funcionalmente con la emoción, el estrés y las funciones cognoscitivas, aspectos involucrados en la conducta suicida. Las lesiones de la corteza prefrontal conllevan una cierta pérdida de la capacidad de decisión y las lesiones del hipocampo alteran la capacidad de recordar hechos recientes; entonces, es posible que las alteraciones de estas dos regiones conduzcan a la incapacidad para tomar decisiones adecuadas en un contexto basado en la experiencia (Gutiérrez-García & Contreras, 2008).

La relevancia de todos estos factores en la edad avanzada sugiere la existencia de una mayor intervención de los factores biológicos en la etiología del suicidio a medida que avanza la edad de las personas.

15.4 RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

La relación entre enfermedad mental y suicidio ha sido objeto de numerosos estudios, los cuales coinciden en señalar que un alto porcentaje de suicidas (alrededor del 90%) presentan un trastorno mental en el momento de la muerte. Esta asociación ha sido descrita también en los pacientes de edad avanzada (Henriksson et al., 1993).

Sin embargo, algunos autores defienden que, si bien la enfermedad mental representa un condicionante de especial relevancia en la conducta suicida, no es suficiente por sí sola para explicar el proceso y que se encuentra en relación con otros factores de riesgo (Stenager et al., 1994).

15.4.1 Trastornos depresivos

La asociación entre depresión y suicidio está bien documentada desde hace mucho tiempo, tanto en la población general como en los ancianos en particular, y es, sin duda, el principal factor de riesgo para el desenlace fatal del proceso suicida (Sainsbury, 1994). Aproximadamente el 15-20% de los suicidios se producen entre las personas que sufren una enfermedad depresiva crónica, independientemente de su edad (Mauri, 1988).

La depresión es una de las causas que mayor sufrimiento provoca en la población geriátrica; supone un descenso en la calidad de vida del sujeto y una mayor incapacitación, e incrementa el riesgo de mortalidad, en parte asociada a mayores tasas de suicidio. Constituye, de hecho, el principal factor de riesgo para el suicidio en personas mayores, con una ratio de 4:1 en relación con otras enfermedades psiquiátricas, y de 30:1 en relación con la población general (Cattell, 1994). Alrededor del 60-90% de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos, independientemente del desenlace del intento. No se ha podido establecer cuáles son los períodos de la enfermedad con mayor riesgo suicida, aunque se ha señalado que es mayor en el primer año del comienzo de la sintomatología; es decir, en los estadios precoces de la enfermedad.

Todavía se sabe poco sobre la aparición, el curso y la responsividad de la ideación suicida durante el tratamiento de la depresión en la población geriátrica, y cómo esta afecta a la respuesta a dicho tratamiento. Según Szanto (2003), los pacientes con riesgo alto y moderado presentan un tiempo más prolongado hasta la respuesta antidepresiva, con una media de 5-6 semanas, frente a las 3 en que habitualmente se produce dicha respuesta en otros casos. Asimismo, la respuesta es menos intensa y, en muchos casos, persisten pensamientos de muerte pasiva, aunque sin ideación autolítica estructurada subyacente.

Aun cuando hay diferencias psicopatológicas entre la depresión de inicio temprano y tardío en este grupo etario, no sucede así con la fenomenología suicida. Asimismo, las terapias focalizadas en la mejora del afrontamiento del estrés son eficaces en ambas presentaciones (Oude Voshaar et al., 2011).

15.4.2 Otros trastornos psiquiátricos

En cuanto al suicidio asociado con otras patologías psiquiátricas, en el caso de los **trastornos psicóticos primarios**, la cifra de suicidios se sitúa alrededor del 10%. Concretamente, en la esquizofrenia parece existir un descenso en las tasas de suicidio en las etapas de edad avanzada con relación a edades más tempranas. El mayor riesgo lo presentan aquellos sujetos que han realizado con anterioridad 10 o más intentos autolíticos previos, así como en el grupo de sexo masculino (Barak et al., 2004). Sin embargo, la sintomatología psicótica delirante o alucinatoria puede aparecer en otras entidades, como los trastornos afectivos, las demencias o el delirium, y ser el desencadenante de un acto suicida impulsivo, violento y de letalidad elevada.

Respecto a la demencia, parece claro que los estadios iniciales, que se complican con mayor frecuencia con un trastorno depresivo, constituyen un factor de riesgo que decrece al avanzar la enfermedad.

El abuso y la dependencia del alcohol suponen un factor de riesgo para el suicidio, también en la edad geriátrica. Se relaciona estrechamente con la presencia de sintomatología depresiva, y ambos forman una combinación de especial riesgo suicida. Por otro lado, el efecto desinhibidor del alcohol constituye en sí mismo un factor de riesgo. En un estudio retrospectivo realizado en ancianos que habían consumado el suicidio, este trastorno estaba presente en el 35% de los hombres y en el 18% de las mujeres, frente al 2 y el 1%, respectivamente, en controles. Estos datos indican que el suicidio en pacientes ancianos con problemas de alcohol es también más frecuente en hombres (Waern et al., 2003).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, no suelen suponer un mayor riesgo suicida en la población geriátrica. Appleby (1994) señala que parecen existir evidencias de un aumento en el riesgo suicida en el trastorno por angustia —las crisis de pánico incrementan el riesgo a corto plazo—, y que este riesgo se encuentra asociado con la comorbilidad con otros diagnósticos, en especial con depresión, alcoholismo, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad.

Se ha estudiado poco la relación que existe entre los trastornos de la personalidad y los suicidios de los ancianos. Dado que el impacto de estos es más

habitual en la etapa de adulto joven, parece razonable pensar que la importancia de los trastornos de la personalidad es menor en los suicidas ancianos respecto a los más jóvenes. Según Hansen (2003), la asociación de depresión (especialmente de características no melancólicas) y trastornos de la personalidad supone un mayor riesgo de suicidio. El estudio de Useda (2004), llevado a cabo en una población mayor de 50 años, reveló que los suicidas presentaban con mayor frecuencia algunos patrones de personalidad: menor introspección, mayor impulsividad y vulnerabilidad al estrés, y mayor tendencia al aislamiento.

15.4.3 Relación entre suicidio y enfermedad física en personas mayores

La enfermedad somática es uno de los factores de riesgo para el suicidio consumado, sobre todo si es funcionalmente invalidante, crónica, dolorosa o grave. El riesgo de suicidio aumenta más de cinco veces en pacientes con dolor, déficit visual, cáncer o enfermedad neurológica (Waern et al., 2002).

Muchas enfermedades médicas comunes se asocian con un incremento del riesgo de suicidio en la población anciana. El riesgo es aún mayor cuando hay comorbilidad (Harris & Barraclough, 1997) principalmente si subyacen estados depresivos. Así, el impacto de la enfermedad física en la conducta suicida se va a relacionar tanto con la enfermedad en sí como con la facilitación de la aparición de cuadros depresivos. Estos contribuirían con la enfermedad primaria en el desencadenamiento del acto autolesivo.

El consenso de depresión de la Sociedad española de psicogeriatría (www.sepg.es) señala que la presencia de enfermedad médica es un factor de riesgo mayor para los varones que para las mujeres. Este hecho debe alertar a los médicos a la hora de explorar de forma especialmente cuidadosa las ideas autolíticas en estos pacientes.

Las enfermedades que más aumentan el riesgo suicida en el anciano son aquellas potencialmente más invalidantes, y es frecuente que se haya producido una exacerbación poco tiempo antes del acto suicida. La presencia de dolor es un factor fundamental en relación con el suicidio; se ha descrito su presencia hasta en el 20% de los casos de suicidio

geriátrico. De hecho, Stenager (1994) observó que, de una muestra de pacientes que habían realizado un intento de suicidio, el 52% tomaban a diario fármacos analgésicos.

Según Juurlink (2004), las enfermedades médicas asociadas con mayor frecuencia a suicidios consumados fueron las siguientes (en orden descendente de riesgo relativo asociado): dolor crónico severo (cociente de probabilidades [OR, odds ratio]: 7,52), epilepsia (OR: 2,95), incontinencia urinaria (OR: 2,02), dolor crónico moderado (OR: 1,91), insuficiencia cardíaca (OR: 1,73) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR: 1,62).

En cuanto a las enfermedades oncológicas, su padecimiento se asocia con tasas de riesgo de suicidio superiores a las calculadas en la población general, tanto en la etapa de edad adulta como en la geriátrica. El suicidio parece ocurrir, sobre todo, en los primeros meses posteriores al diagnóstico y en las fases avanzadas de la enfermedad sobre todo en varones (Hem et al., 2004). Por otra parte, el hecho de tener cáncer se asocia con una mayor presencia de dolor crónico y depresión mayor, sumándose como factores de riesgo incrementado de suicidio al hecho de padecer la propia enfermedad oncológica (Matulonis, 2004).

En muchos trastornos que comprometen el sistema nervioso central, la incidencia de depresión está aumentada. Asimismo, el suicidio y el intento de suicidio son más frecuentes que en la población general. De esta manera, no resulta sorprendente que los accidentes cerebrovasculares, por ejemplo, aumenten este riesgo, sobre todo en presencia de fatigabilidad e insomnio tras el cuadro ictal.

Con respecto al suicidio en pacientes con demencia los resultados de los diferentes estudios no son concluyentes y, en todo caso, no parece haber una relación directa con la gravedad de la demencia. Serían factores de riesgo suicida la presencia de depresión, desesperanza, ser más joven y la ausencia de respuesta a los fármacos anticolinesterásicos, así como la historia previa de hospitalizaciones psiquiátricas (Seyfried et al., 2011)

En lo que respecta a la enfermedad de Parkinson, la incidencia media de depresión se sitúa en torno al 40%. A partir de estas consideraciones, podría esperarse un alto riesgo de suicidio. Sin embargo, en esta enfermedad se han encontrado diferencias clí-

nicas respecto a los síndromes depresivos primarios. En relación con el tema que nos ocupa, resulta sorprendente el hallazgo de una tasa de suicidio consumado menor en contraste con la alta frecuencia de ideación autolítica. No se observan, por lo tanto, diferencias significativas entre los suicidios esperados y los observados (Stenager & Wermuth, 1994).

El impacto del ingreso hospitalario puede desempeñar también un papel relevante. La serie de 100 casos de Cattell y Jolley (1995) contenía aproximadamente un 25% de pacientes que habían sido hospitalizados por una causa física en el año previo.

En definitiva, la falta de salud y, con ello, la falta de independencia y la pérdida de rol social son factores de riesgo recurrentes en los estudios sobre conducta suicida en población geriátrica (Hawton & Harriss, 2006; Haw et al., 2006).

15.5 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

El suicidio es parcialmente predecible también en la población geriátrica. No existen datos observables inequívocos que puedan poner sobre aviso de la intencionalidad suicida y reducir el riesgo a cero. No obstante, una correcta exploración del paciente para el análisis de los factores de riesgo de suicidio y posibles enfermedades concomitantes, médicas o psiquiátricas, así como el tratamiento de estas, si es posible, son de gran ayuda para la prevención del acto suicida. Los factores de riesgo previamente citados (tabla 18) pueden servir de guía y habrán de ser sopesados en el contexto de una evaluación clínica cuidadosa.

El paciente puede expresar verbalmente su deseo de morir o de poner fin a su vida. No es infrecuente que lo haga de forma directa, o bien a través de expresiones como que los demás se quedarán descansando cuando él se muera o que ya lo ha hecho todo en esta vida. Es preciso tener en cuenta estas expresiones y no hay que dudar en comentarlas con el propio paciente, realizando una exploración de la ideación suicida.

Se debe prestar atención al manejo de los problemas físicos del enfermo. En este sentido, se considerarán especialmente los procesos orgánicos invalidantes y los causantes de dolor. Una terapia analgésica con efectividad suficiente constituye una prioridad fundamental.

Por otro lado, los dispositivos de alarma sanitaria domiciliarios para uso geriátrico han demostrado ser útiles en la disminución de los intentos de suicidio (De Leo et al., 1995). Asimismo, las residencias de ancianos con personal entrenado en estrategias preventivas específicas mejoran la respuesta institucional en el manejo adecuado del riesgo (Chauliac et al., 2016). La evaluación sistemática del riesgo y el fomento del ejercicio físico en este grupo etario pueden reducir el riesgo suicida en la comunidad (Oh et al., 2015).

Tampoco ha de descuidarse el riesgo en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica, ya que es más frecuente el antecedente de ingreso en los suicidios en este grupo de edad, así como el infradiagnóstico y el infratratamiento en otros dispositivos de salud (Erlangsen et al., 2005).

15.5.1 Exploración y cribado

Hay que destacar la importancia de realizar una exhaustiva historia clínica psiquiátrica y un examen físico completo. En ese contexto, resulta esencial la valoración expresa del riesgo suicida, con la detección de factores de riesgo generales, así como los más específicos de la edad avanzada (Carter & Nicholas, 2003). La principal estrategia de prevención en el suicidio es la detección y el tratamiento de la patología psiquiátrica que con tanta frecuencia subyace en el sujeto.

Aunque los ancianos que cometen un suicidio consultan con más frecuencia a su médico general que las personas jóvenes, el contacto previo con los servicios psiquiátricos suele ser escaso, en un porcentaje inferior al 25%, lo que supone una gran cantidad de pacientes que no reciben asistencia psiquiátrica adecuada.

De hecho, en muchas ocasiones, hasta que no se produce el primer intento de suicidio, el médico responsable del paciente no detecta ninguna señal de alarma. Según Suominen (2004), durante los 12 meses previos al primer intento de suicidio en un grupo de pacientes mayores, solo el 4% de estos fueron diagnosticados de alguna alteración psiquiátrica, mientras que, tras dicho intento, este diagnóstico se vio incrementado hasta el 56%.

La identificación de señales de peligro o situaciones pronósticas de suicidio requiere de sensibilidad por parte del examinador. No es infrecuente que los cuidadores y el personal sanitario pasen por alto signos denominados menores, que no por ello implican menor riesgo de suicidio que otros más claros, como la verbalización de pensamientos suicidas. Esto se da especialmente en lo que Simon denominó suicidio silencioso, definido como la intención enmascarada de autoprovocarse la muerte por medio de métodos no violentos, generalmente mediante el abandono de la satisfacción de necesidades básicas o mediante el incumplimiento de tratamientos médicos esenciales (Simon, 1989; Zisook & Schuchter, 1993; Li, 1995). Esta forma de suicidio es más frecuente en ancianos, y generalmente acompaña a una situación de importante sufrimiento psíquico, como la presencia de enfermedades físicas graves, sobre todo si conducen al enfermo al aislamiento o al ingreso en una institución (Conwell & Caine, 1991). No debemos obviar que el suicidio silencioso o pasivo es una forma autolítica tan letal como el suicidio activo.

La nosología francesa describe el síndrome de deslizamiento (Gallarda et al, 2019) como una entidad que sucede generalmente en el curso del tratamiento hospitalario de una enfermedad grave, aunque puede sobrevenir tras cualquier otro estrés importante, físico o psíquico. Se caracteriza por la aparición, tras un intervalo relativamente libre de síntomas que sucede a la resolución de la enfermedad precipitante, de un cuadro de anorexia, atonía intestinal y vesical y síntomas confusionales, así como un importante desinterés del paciente por el entorno, rechazo del alimento y fenómenos regresivos, que terminan por complicar su situación física, hacer reaparecer la sintomatología de la enfermedad previa y, finalmente, llevarle a la muerte.

En este contexto de empeoramiento físico, es difícil que se haga un diagnóstico de depresión si no se piensa expresamente en ella, a pesar de ser el cuadro que subyace de forma más habitual. El tratamiento precisa del soporte vital del paciente, abordando las diferentes complicaciones orgánicas que vayan surgiendo. Generalmente, suele ser necesario un tratamiento antidepressivo ajustado a la situación médica existente.

En general, se puede afirmar que la realización de programas de soporte comunitario enfocados a la detección del riesgo suicida y a un mejor recono-

cimiento de estados mentales alterados, fundamentalmente la depresión, así como la derivación a los dispositivos necesarios para un tratamiento adecuado, supone un sistema efectivo para la reducción del número de suicidios. Esta idea se ve reforzada por trabajos que demuestran un descenso significativo en el número de suicidios tras programas educativos acerca del diagnóstico y el tratamiento de los trastornos afectivos dirigido a médicos de atención primaria (Bruce et al., 2004; Oyama et al., 2004)

En la Tabla 19 se resumen los aspectos importantes que se deben tener en cuenta en un programa de prevención del suicidio o ante la sospecha de riesgo suicida.

■ TABLA 19. **Acciones ante la sospecha de riesgo suicida**

- Evaluación sistemática de los factores de riesgo, tanto en Atención Primaria como en Especializada
- Contacto con familiares y personal sanitario cercano
- Tratamiento del problema de forma multidisciplinaria y coordinada, ofreciendo disponibilidad al paciente y su familia
- Evitar en lo posible la accesibilidad a medios letales
- Atención a los procesos físicos, sobre todo al dolor
- Detección de la patología psiquiátrica subyacente con especial atención a la detección y manejo de la depresión
- Tratamiento farmacológico en base a medicaciones eficaces y seguras en caso de sobredosis
- Manejo psicoterapéutico en todos los casos

15.6 TRATAMIENTO

15.6.1 Tratamiento psicofarmacológico

En las últimas décadas se ha producido un significativo avance en la investigación de nuevos psicofármacos. Esto también ha tenido su repercusión en la reducción de la tasa de suicidios.

La elección del fármaco antidepresivo reviste gran importancia en términos tanto de eficacia como de seguridad. El fármaco elegido no solo debe ser eficaz, sino también seguro, para no incrementar por sí mismo el riesgo suicida. La toxicidad relativa por sobredosis difiere claramente de un compuesto a otro. Los fármacos más antiguos como los tricíclicos o los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) probablemente sean los más peligrosos. Los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], duales y otros son, sin duda, los más seguros (Morgan et al., 2004).

Todos estos datos apuntan hacia la idea de que los antidepresivos con acción sobre la serotonina, como los ISRS y los duales, serían la primera elección en el tratamiento de pacientes con potencialidad suicida en general. El favorable perfil que presentan para su uso en ancianos, en los que la fácil accesibilidad a un medio letal es un factor adicional de riesgo, reforzaría la indicación de su uso en el caso de depresión geriátrica. También están indicados—y, de hecho, pueden usarse— los agonistas melatoninérgicos (agomelatina) y los multimodales (vortioxetina), pero la experiencia de su uso en esta indicación es actualmente menor.

En el momento actual se abre una interesante perspectiva con la introducción en terapéutica de agentes antidepresivos novedosos como la esketamina, cuya rapidez de acción la hacen ser un candidato singular en la prevención de las conductas suicidas tanto en adultos como en ancianos (Ochs-Ross et al., 2020).

15.6.2 Psicoterapia

Foster (2003) sugiere que la terapia cognitiva, especialmente centrada en la resolución de problemas, puede desempeñar un papel muy importante en la prevención del suicidio en la edad geriátrica. Se basa en la revisión de notas de suicidio, a partir de la cual ha observado que, en las escritas por personas mayores, el tema «ser una carga para los demás» aparece de forma significativamente mayor que en el resto de las edades (el 40% frente al 3%). Trabajar sobre esta cuestión parece un punto de vital importancia.

En la mayoría de los programas llevados a cabo para la prevención del suicidio en ancianos se señala como factor de gran importancia la psicoeducación, dirigida tanto al propio paciente como al médico de atención primaria, para el adiestramiento a la hora de reconocer las señales de una posible existencia de depresión y pensamientos en relación con la muerte y/o el suicidio. Es importante reducir la percepción negativa que el anciano (y la población en general) tiene hacia la enfermedad psiquiátrica, para mejorar y facilitar su acercamiento a los dispositivos de salud mental, de forma que pueda ser tratado de forma adecuada. La participación de los pacientes ancianos deprimidos en actividades grupales en el ámbito de atención primaria ha demostrado ser un mecanismo útil de sensibilización para éstos a la hora de solicitar atención psiquiátrica especializada (Ono, 2004; Sakamoto et al., 2004).

No obstante, aún es necesario realizar más estudios controlados de prevención del suicidio en la edad geriátrica para mejorar la situación actual y ganar en efectividad. Lo que sí parece evidente es la necesidad de la intervención conjunta y coordinada en el ámbito de la atención primaria y la atención psiquiátrica especializada para mejorar este fenómeno.

15.7 CONCLUSIONES

- El suicidio en el anciano es un problema de salud pública complejo y multifactorial.
- Es un fenómeno más prevalente en el anciano que en edades más jóvenes.
- El principal factor de riesgo es la presencia de un trastorno depresivo subyacente, especialmente si pasa desapercibido o es incorrectamente tratado.
- La identificación precoz y el tratamiento adecuado de la patología depresiva han demostrado su efectividad en la reducción del número de suicidios.
- Existen estrategias preventivas a varios niveles que resultan eficaces e incluyen acciones específicas para este grupo de edad.
- Respetar y promover el valor de la autonomía y proteger a la persona si su capacidad para decidir está limitada son el marco ético que delimita la atención psiquiátrica a la conducta suicida patológica, también en la última etapa de la vida.

15.8 BIBLIOGRAFÍA

Aja Eslava L. El suicidio y los factores indicadores de riesgo. Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá. 2007.

Ansean, A.: (2015) Manual de prevención y postvención de la conducta suicida..

Appleby, U. (1994): "Panic and suicidal behavior. Risk of self-harm in patients who complain of panic". *Br J Psychiatr*, 164, pp. 719-721.

Barak, Y., Knobler, C. Y., y Aizenberg, D. (2004): "Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10-year case-control study". *Schizophr Res*, 71, pp. 77-81.

Barnhouse, A. H., Brugler, C. J., y Harkulich, J. T. (1992): "Relocation stress syndrome". *Nurs Diagn*, 3, pp. 166-168.

Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJ, De Leo D, Lonqvist J, Platt S, et al. (1959). Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis*;16(2):72-8, 84.

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F. 3rd, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004): "Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial". *JAMA*, 291, pp. 1081-1091.

Brugler, C. J., Titus, M., y Nypaver, J. M. (1993): "Relocation stress syndrome. A patient and staff approach". *J Nurs Adm*, 23, pp. 45-50.

Carter, A. C., y Nicholas, J. J. (2003): "The importance of the complete history in the discovery of a potential suicide: A case report". *Arch Phys Med Rehabil*, 84, pp. 460-461.

Casadebaig, F., Ruffin, D., y Philippe, A (2003): "Suicide in the elderly at home and in retirement homes in France". *Rev Epidemiol Sante Publique*, 51(1 Pt 1), pp. 55-64.

Cattell H. (1994): "Suicidal behaviour". en J. R. M. Copeland, M. T. Abou-Saleh, D. G. Blazer, eds., *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Chichester, John Wiley & Sons, pp. 607-614

Cattell, H., y Jolley, D. J. (1995): "One hundred cases of suicide in elderly people". *Br J Psychiatr*, 166, pp. 451-457.

Chauliac, N., Brochard, N., Payet, C.; EGEE (Étude Gatekeepers en EHPAD) study group, Duclos, A., Terra, J. L. (2016): "How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres". *European Psychiatry*, 37, pp. 56-62.

Conwell, Y.; Duberstein, P. R. (2001): "Suicide in elders". *Ann N Y Acad Sci*, 932: 132-47.

Dajas. (2016). *Rev Psiquiatr Urug*; 80(2):83-110.

Durkheim E. (1967): *El suicidio*. Buenos Aires, Shapire.

Erlangsen, A., Mortensen, P., Vach, W., y Jeune, B. (2005): "Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: population-based register study". *British Journal Psychiatry*, 187, pp. 43-48.

Foster, T. 2003. Suicide note themes and suicide prevention. *Int J Psychiatry Med*, 33, 323-31

Gallarda, T., Roche, J., Drunat, O. (2019) "Suicide et conduites suicidaires". En Clemment J-P, Calvet, B, eds. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris Lavoissier, pp 252-260

Gonçalves Cavalcante, F, y de Souza Minayo, M. C. (2015): "Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil". *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), pp. 1655-1666.

- Gunnell, D., Middleton, N., Whitley, E., Dorling, D., y Frankel, S. (2003): "Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A timeseries analysis of trends in England and Wales 1950-1998", *Soc Sci Med*, 57, pp. 595-611.
- Gutiérrez-García, A. G.; Contreras, C. (2008): "El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos", *Salud Mental*, 31:321-330.
- Hansen, P. E., Wang, A. G., Stage, K. B., Kragh-Sorensen, P.; Danish University Antidepressant Group (2003): "Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: A 10year follow-up", *Acta Psychiatr Scand*, 107, pp. 436-440.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. 1997, "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis", *Br J Psychiatry*, 170: 205-28
- Haw. C., Hawton, K., y Casey, D. (2006): "Deliberate self-harm patients of no fixed abode: a study of characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(11), pp. 918-925.
- Hawton, K., y Harriss, L. (2006): "Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort", *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(6), pp. 572-581.
- Hawton, K.; van Heeringen, K. (2009): "Suicide", *Lancet*, 373(9672): 1372-81
- Hem, E., Loge, J. H., Haldorsen, T., y Ekeberg, O. (2004): "Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999", *J Clin Oncol*, 22, pp. 4209-4216.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., et al. (1993): "Mental disorders and comorbidity in suicide", *Am J Psychiatr*, 150, pp. 935-940.
- De las Heras, F. J., Dueñas, M., Gaona, J. M., y Elegido, T. (1988): "Etiopatogenia e incidencia del suicidio en los ancianos", *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 23, pp. 23-30.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Defunciones por suicidios. En www.ine.es. Consultado en Nov. 2019
- Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., y Redelmeier, D. A. (2004): "Medical illness and the risk of suicide in the elderly", *Arch Intern Med*, 164, pp. 1179-1184.
- Kao, H. F., Travis, S. S., y Acton, G. J. (2004): "Relocation to a long-term care facility: working with patients and families before, during, and after", *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 42, pp. 10-16.
- De Leo, D., Carollo, G., y Dello Buono, M. (1995): "Lower suicide rates associated with a TeleHelp/Tele-Check service for the elderly at home", *Am J Psychiatry*, 152, pp. 632-634.
- León P. (1999): Estudio retrospectivo de los factores de riesgo de la población suicida, Tesis doctoral, Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Li, G. (1995): "The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study", *Soc Sci Med*, 40, pp. 825-828.
- Loebel, J. P., Loebel, J. S., Dager, S., Centerwall, B. S., y Reay, D. T. (1991): "Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among elderly", *J Am Geriatr Soc*, 39, pp. 407-408.
- Marín, J., de Lucas, M. T., Sierra, C., Martínez, M. L., Álvarez, S., Casado, M. A., et al. (1995): "Tentativas de suicidio en la urgencia del Hospital General: un estudio epidemiológico y clínico". *An Psiquiatr*, 11, pp. 259-263.
- Matulonis, U. A. (2004): "End of life issues in older patients. Review", *Semin Oncol*, 31, pp. 274-281.
- Mauri L. (1988): "La conducta suicida en enfermos somáticos", *Jano*, 2, pp. 53-55.
- Di Mauro, S., Leotta, C., Giuffrida, F., Distefano, A., y Grasso, M. G. (2003): "Suicides and the third age", *Arch Gerontol Geriatr*, 36, pp. 1-6.
- Meneghel, S. N., Duran Gutierrez, D. M., da Silva, R. M., Grubits, S., Hesler, L. H., y Ceccon, R. F. (2012): "Suicide in the elderly from a gender perspective", *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), pp. 1983-1992.
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Cortón, E., Jiménez-Arriero, M. A., Ayuso-Mateos, J. L., et al. (2010): "Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates", *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(9), pp. 839-847.
- Morgan, O., Griffiths, C., Baker, A., y Majeed, A. (2004): "Fatal toxicity of antidepressants in England and Wales, 1993-2002", *Health Stat Q*, 23, pp. 18-24.
- Ochs-Ross R, Daly EJ, Zhang Y, Lane R, Lim P, Morrison RL, Hough D, Manji H, Drevets WC, Sanacora G, Steffens DC, Adler C, McShane R, Gaillard R, Wilkinson ST, Singh JB. (2020) Efficacy and Safety of

- Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Elderly Patients With Treatment-Resistant Depression-TRANSFORM-3. *Am J Geriatr Psychiatry*. Feb;28(2):121-141. doi: 10.1016/j.jagp.2019.10.008.
- Oh, D. J., Park, J. Y., Oh, M., Kim, K., Hong, J., Kim, K. W., et al. (2015): "Suicidality-based prediction of suicide attempts in a community-welling elderly population: Results from the Osan Mental Health Survey", *Journal of Affective Disorders*, 184, pp. 286-292.
- Ono, Y. (2004): "Suicide prevention program for the elderly: The experience in Japan", *Keio J Med*, 53, pp. 1-6.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.
- Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud.
- Oude Voshaar, R. C., Kapur, N., Bickley, H., Williams, A., y Purandare, N. (2011): "Suicide in later life: A comparison between cases with early-onset and late-onset depression", *Journal of Affective Disorders*, 132, pp. 185-191.
- Oyama, H., Koida, J., Sakashita, T., y Kudo, K. (2004): "Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up", *Community Ment Health J*, 40, pp. 249-263.
- Polewka, A., Chrostek Maj, J., Kroch, S., Szkolnicka, B., Mikolaszek-Boba, M., Groszek, B, et al. (2004): "Risk factors for suicide attempts in elderly and old elderly patients", *Przegl Lek*, 61, pp. 278-282.
- Sainsbury, P. (1994): *Suicide in London*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Sakamoto, S., Tanaka, E., Neichi, K., y Ono, Y. (2004): "Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan?", *Psychiatry Clin Neurosci*, 58, pp. 522-530.
- Salib, E., El-Nimr, G., Habeeb, B., y Theophanous, M. (2004): "Childlessness in elderly suicide: An analysis of coroner's inquests of 200 cases of elderly suicide in Cheshire 1989-2001", *Med Sci Law*, 44, pp. 207-212.
- Sarró, Blanca., De la Cruz, Cristina. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca. 2014
- Seyfried LS, Kales HC, Ignacio RV, Conwell Y, Valenstein M. (2011). Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement*. Nov;7(6):567-573
- Serby, M., y Yu, M. (2003): "Overview: depression in the elderly", *Mt Sinai J Med*, 70, pp. 38-44.
- Simon, K. L. (1989): "Silent suicide in the elderly", *Bull Am Acad Psychiatr Law*, 17, pp. 83-95.
- De Souza Minayo, M. C., y Gonçalves Cavalcante, F. (2010): "Suicide in elderly people: a literature review", *Rev Saúde Pública*, 44(4), pp. 750-757.
- Stagnaro, J. C. (2003): "Clinic and prevention of suicide in elderly. A literature review", *Vertex*, 14, pp. 146-151.
- Stenager, E. N., Stenager, E., y Jensen, K. (1994): "Attempted suicide, depression and physical diseases: An year follow-up study", *Psychother Psychosom*, 61, pp. 65-73.
- Stenager, E. N., y Wermuth, L. (1994): "Suicide in patients with Parkinson's disease. An epidemiological study", *Acta Psychiatr Scand*, 90, pp. 70-72.
- Suominen, K., Isometsa, E., y Lonqvist, J. (2004): "Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt", *Int J Geriatr Psychiatry*, 19, pp. 35-40.
- Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P., Dew, M. A., Reynolds, C. F. 3rd. (2003): "Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression", *Arch Gen Psychiatry*, 60, pp. 610-617.
- Useda, J. D., Duberstein, P. R., Conner, K. R., y Conwell, Y. (2004): "Personality and attempted suicide in depressed adults 50 years of age and older: A facet level analysis", *Compr Psychiatry*, 45, pp. 353-361.
- Waern, M.; Rubenowitz, E.; Runeson, B. et al. (2002): "Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study", *BMJ*, 324(7350): 1355.
- Waern M. (2003): "Alcohol dependence and misuse in elderly suicides", *Alcohol*, 38, pp. 249-254.
- Waern, M., Rubenowitz, E., y Wilhelmson, K. (2003): "Predictors of suicide in the old elderly", *Gerontology*, 49, pp. 328-334.
- Zhou, M. G., Zhang, Y. P., Wang, L. J., Huang, Z. J., Phillips, M. R., y Yang, G. H. (2004): "Analysis of negative life events among 304 elderly suicide victims", *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 25, pp. 292-295.
- Zisook, S., y Schuchter, S. R. (1993): "Uncomplicated bereavement", *J Clin Psychiatr*, 54, pp. 365-372.

Patología dual

AUTORÍA

PATOLOGÍA DUAL EN DEPRESIÓN

NESTOR SZERMAN. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

MARIO DE MATTEIS. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

CARLOS PARRO TORRES. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

MARÍA MALLO. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ISABEL VICENTE. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

PATOLOGÍA DUAL EN SUICIDIO

CARLOS RONCERO. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. Área de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

LLANYRA GARCÍA-ULLÁN. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. Área de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

LOURDES AGUILAR. Área de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Sección de Adicciones y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

ÁNGEL L MONTEJO. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. Psiquiatra. Facultad de Enfermería. Universidad de Salamanca.

16.1 PATOLOGÍA DUAL EN DEPRESIÓN

La depresión, en sus diferentes manifestaciones fenotípicas (American Psychiatric Association, 2013), constituye uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y de mayor gravedad, tanto por sus devastadoras consecuencias en los individuos afectados, como por la elevada carga sociosanitaria y las consecuencias para las familias y la sociedad (Arias et al., 2013).

El término patología dual permite identificar a las personas que sufren de conductas adictivas y otros trastornos mentales, bien de forma simultánea, bien de forma secuencial a lo largo del ciclo vital (Szerman & Martínez-Raga, 2015; Szerman & Parro-Torres, 2018), siendo una patología cerebral con diferentes expresiones sintomáticas.

Consumir sustancias no es síntoma de adicción. Para desarrollar la adicción es necesaria una vulnerabilidad previa, tanto genética como medioambiental, por lo que lo harán solo el 10% de las personas expuestas a sustancias con potencial adictivo (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Estas pueden consumirse con finalidad lúdica, recreativa o con otras finalidades; en estos casos no podemos hablar de patología dual, porque para su diagnóstico es necesaria la existencia de una conducta patológica de consumo.

Las personas con depresión, presentan con elevada frecuencia otros trastornos o síntomas mentales, como el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (TUS), así como adicciones sin sustancias como el juego y otros comportamientos compulsivos como algunos trastornos de la conducta alimentaria, adicción a las compras, sexo, etc. Todas estas condiciones clínicas se conocen como Patología Dual, concepto trascendente por sus implicaciones teóricas y prácticas, así como por su señalamiento de la necesidad de ampliar el conocimiento científico sobre el tema (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015). En las neurociencias y desde una pers-

pectiva transdiagnóstica se comienza a considerar la depresión como un trastorno cerebral de la regulación emocional que podría incluir al TUS, a los trastornos conducta alimentaria y al trastorno límite de personalidad (Sloan et al., 2017).

16.1.1 Epidemiología de la Depresión Dual

Los estudios epidemiológicos señalan que la depresión dual afecta al 30% de los individuos diagnosticados de depresión, según el Estudio Madrid sobre Patología Dual, realizado en personas en tratamiento en las redes de salud mental y de adicciones (Arias et al., 2013). Estos datos se asemejan a los de los estudios epidemiológicos internacionales; en estos estudios no se recoge la adicción al tabaco, ni adicciones comportamentales, con lo cual se infiere que hay que corregir al alza estos datos.

Los autores de una revisión sistemática y meta-análisis de estudios epidemiológicos hechos en población general entre 1990-2014 confirman la elevada asociación entre depresión y TUS (Lai et al., 2015). Los trastornos afectivos, incluyendo la depresión dual, afectan más a mujeres que a varones (Cuijpers, Andersson, Donker, & Van Straten, 2011), y esto no solo por factores de género, sino también por razones neurobiológicas (cerebros diferentes, con diferentes formas de enfermar) (Labonté et al., 2017; Seney et al., 2018). Además, debido al estigma que conllevan los TUS, la mayoría de los pacientes con depresión suelen negar, ocultar o minimizar el sufrir un uso problemático o adictivo a sustancias, lo que indica un seguro infradiagnóstico.

16.1.2 Clínica de la Depresión Dual

En las clasificaciones de trastornos mentales se diferencia entre depresión "inducida o primaria", pero esta diferenciación fenomenológica no suele ser de utilidad para el diagnóstico. "Ambas condiciones clínicas podrían compartir los mismos factores etiológicos subyacentes", por lo que este debate diagnóstico no es relevante ni ayuda a realizar un tratamiento adecuado según las evidencias actuales (Blanco et al., 2012).

Los pacientes con depresión dual se consideran especialmente graves; se ha establecido una asociación entre gravedad de los síntomas depresivos

y el consumo de sustancias como el alcohol, especialmente en mujeres (Pavkovic et al., 2018); los pacientes presentan un curso más tórpido, síntomas de inestabilidad emocional, impulsividad y mayor presencia de síntomas cognitivos, anhedonia, menos cumplimiento terapéutico, más intentos de suicidio (Szerman et al., 2012) y son más refractarios a los tratamientos habituales.

16.1.3 Neurobiología de la Depresión Dual

La depresión dual permite pensar más allá de las monoaminas (neurotransmisores históricamente relacionados con la depresión) y permite comprender las conductas compulsivas como expresión sintomática.

Las diferencias genéticas determinan vulnerabilidad o resiliencia, condicionando las conexiones cerebrales ("conectoma") entre sistemas endógenos (por ejemplo el glutamatérgico, el gabaérgico, el opioide, cannabinoide, colinérgico/nicotínico entre otros) en los estados afectivos, incluyendo la depresión dual (Szerman et al., 2013).

El sistema opioide conecta con el sistema monoaminérgico y se ha demostrado la disfuncionalidad del sistema opioide endógeno, con menor actividad del receptor opioide μ , en depresión mayor (Hsu et al., 2015) y un estudio reciente con tomografía por emisión de positrones ("PET-Scan") describe alteraciones en la actividad opioide tanto en cuadros de depresión mayor como en otros trastornos afectivos como el Trastorno Límite de la personalidad (TLP) (Schatzberg, 2016); además se ha implicado al sistema opioide endógeno en la modulación del dolor emocional del suicidio (Yovell et al., 2016). Estas alteraciones en la funcionalidad del sistema opioide pueden contribuir a la eficacia o refractariedad de los tratamientos antidepresivos usuales (Garriock et al., 2010; McHugh & Kelly, 2018). En la Depresión mayor, la disfunción cognitiva y la anhedonia podrían persistir después de la resolución de los síntomas afectivos, lo que podría mejorarse incrementando la acción sobre receptores opioides μ en el córtex prefrontal (Light, Bieliauskas, & Zubieta, 2017).

La rápida acción antidepresiva y antisuicida de la ketamina, por mecanismos completamente diferentes a los fármacos monoaminérgicos, al bloquear el receptor de glutamato NMDA, produce una mayor conectividad entre córtex prefrontal y el cerebro

límbico, lo que representa un cambio de paradigma, igual que lo hace la patología dual (Ronald et al., 2016). Así, el primer fármaco antidepresivo antagonista glutamatérgico aprobado para la depresión resistente, la esketamina en pulverizador nasal, podría suponer una nueva herramienta de tratamiento para la depresión dual (Wilkinson & Sanacora, 2018).

A nivel del sistema cannabinoide endógeno se conoce su rol destacado en modular el sistema de recompensa cerebral y mantener la homeostasis emocional. Si este sistema es disfuncional, por causas genéticas u otras, se manifestará mediante síntomas de alteraciones mentales, incluyendo los trastornos afectivos y la adicción al cannabis (Parsons & Hurd, 2015; Rubino, Zamberletti, & Parolaro, 2015).

Investigaciones recientes apoyan la idea de que la desregulación del sistema colinérgico/nicotínico podría contribuir a la etiología del trastorno depresivo mayor (Mineur & Picciotto, 2010). Existe una conexión bien establecida entre el trastorno por uso de tabaco y la depresión: los individuos con depresión están sobrerrepresentados entre los fumadores, y los exfumadores a menudo experimentan un aumento de los síntomas depresivos inmediatamente después de dejar de fumar.

Por lo tanto, la patología dual, en el contexto de las neurociencias y la psiquiatría de precisión, sugiere que modular los sistema opioide, endocannabinoide, colinérgico/nicotínico, y otros diferentes o adicionales al sistema monoaminérgico, como el glutamatergico/gabaérgico, podría ser de utilidad para tratar la depresión dual (Kalivas & Volkow, 2011).

16.1.4 Tratamiento de la Depresión Dual

Un episodio depresivo debe tratarse a pesar de que el paciente esté en situación de consumo. El tratamiento de la patología dual debe tener en cuenta ambos trastornos: el tratamiento de la depresión no puede sustituir al tratamiento de la adicción y debe tratarse la adicción, aunque el paciente tenga un episodio depresivo. El tratamiento antidepresivo tradicional tiene un impacto limitado en el uso de sustancias; se debe plantear la mayoría de las veces un tratamiento concomitante específico. Los efectos de los antidepresivos son superiores cuando los pacientes presentan una Depresión Mayor grave (Tirado-Muñoz, Farré, Mestre-Pintó, Szerman, & Torrens, 2018).

El tratamiento adecuado para las personas con depresión dual persigue, por tanto, la mejoría de los síntomas (afectivos, somáticos y cognitivos) propios de la depresión, la disminución de las conductas autodestructivas (como el suicidio) y la mejoría en la búsqueda y consumo de sustancias (y de las adicciones comportamentales); esto llevará a un incremento de la calidad de vida y satisfacción del paciente, y a un mayor bienestar para la familia y la sociedad.

Según la psiquiatría de precisión, la existencia de diferentes fenotipos de depresión hace que un mismo tratamiento no sea el más adecuado para todos los casos (Nunes & Levin, 2004; Peeters, 2015; Szerman & Peris, 2018). Incidir en el concepto de la heterogeneidad que subyace detrás de único criterio diagnóstico de depresión nos conduce a intentar identificar los tratamientos para diferentes fenotipos, como el de la Depresión Dual. Los últimos hallazgos en investigación en neurociencias nos animan a identificar aspectos fenotípicos clínicos, al mismo tiempo que endofenotipos basados en diferencias genéticas y medioambientales. La comprensión e integración de estos factores nos acercaría a comprender la heterogeneidad de la depresión dual y poder diseñar un abordaje personalizado de cada caso.

La existencia de dos redes para tratar un único paciente, la de salud mental y la de adicciones, ha complicado enormemente la eficacia y eficiencia del tratamiento, en este caso de la depresión dual, con las consecuencias derivadas.

Es necesario un único tratamiento, bio-psico-social, para la depresión dual que combine recursos terapéuticos, tanto de la red de Salud Mental como de la de Adicciones, en un sólo programa de tratamiento unificado. Se aplicaría desde un único equipo terapéutico multidisciplinario, especializado, con aptitudes y competencia suficientes, tanto en el campo de los trastornos mentales clásicos como en el de la adicciones, para abordar integralmente estos casos.

La abstinencia no debería ser el único ni el más importante objetivo en relación con las sustancias en pacientes con depresión dual. Se debe tender a diagnósticos longitudinales, personalizados, dimensionales, en los cuales se destaquen los antecedentes familiares y personales, desde la perspectiva bio-psico-social.

El tratamiento psicofarmacológico de estos pacientes es primariamente con fármacos antidepresivos,

aunque los meta-análisis existentes indican que no responden a los ISRS y que es necesario buscar estrategias farmacológicas distintas (Torrens, Fonseca, Mateu, & Farré, 2005).

El bupropion, un fármaco con acción noradrenérgica y ligeramente dopaminérgica, podría ser de elección en personas con depresión y trastorno por uso de tabaco, más aún si además se presenta un trastorno por déficit de atención concurrente, ya que podría mejorar las tres expresiones sintomáticas (Ng, 2017).

La disponibilidad terapéutica de fármacos antidepresivos con mecanismos neurobiológicos distintos, multimodales, diferentes de la modulación exclusiva de las aminas, podría ser una alternativa farmacológica a considerar en estos pacientes, aunque estamos lejos de una alternativa terapéutica perfeccionada y regulada por las agencias internacionales.

Vortioxetina presenta un mecanismo de acción complejo y novedoso que produce un aumento de niveles de serotonina, dopamina, noradrenalina, acetil-colina e histamina en cortex prefrontal e hipocampus, que debería ser estudiado en la depresión dual (Schwasinger-Schmidt & Macaluso, 2019).

Antidepresivos atípicos, como por ejemplo tianeptina, un agonista del receptor μ -opioides, se asocia significativamente con un menor riesgo de empeoramiento de la ideación suicida en comparación con otros antidepresivos en las primeras seis semanas de tratamiento (Nobile et al., 2018).

Es probable que ketamina y su isómero esketamina, puedan conseguir incluso mejores resultados, sobre todo en la depresión dual que cursa con un TUS por alcohol u opioides. De momento, ketamina como tratamiento adjunto ha demostrado reducción de la ideación suicida en pacientes con depresión, en las primeras 24 horas, al compararlo con midazolam (Grunebaum et al., 2018). Un estudio reciente ha demostrado que una única administración de ketamina, en personas con trastorno por uso de alcohol en tratamiento con terapia motivacional, podría mejorar el consumo (Dakwar et al., 2019).

Además, investigaciones recientes destacan el interés potencial de los agonistas opioides al reducir el riesgo de empeoramiento de la ideación suicida en la iniciación del tratamiento antidepresivo. Buprenorfina (agonista parcial opioide μ y antagonista κ), en dosis muy pequeñas, puede ser de utili-

dad en el tratamiento de pacientes con depresión y/o adicción a opioides, y podría mejorar de forma significativa la ideación suicida incluso en pacientes sin abuso de opioides o alcohol (Yovell et al., 2016). Se explora también la asociación de buprenorfina con samidorphan, un antagonista opioide μ , para pacientes con depresión mayor (Thase et al., 2019).

Según el paradigma de la psiquiatría de precisión, en el campo de la patología dual se requiere que se trate a la persona, y no la sustancia como se ha hecho hasta ahora. Se deben identificar rasgos patológicos de personalidad, como impulsividad, emocionalidad negativa u otros que orientaran a un tratamiento más preciso (Szerman & Peris, 2018). También hay que identificar la sustancia principal de consumo compulsivo, pese a policonsumos, sin olvidar el tabaco y adicciones comportamentales. Se debe valorar cuál es el efecto de la sustancia principal o el juego en estas personas, ya que este puede ser muy diferente que en otros individuos.

16.1.5 Depresión dual y suicidio

Los pacientes con depresión dual y elevado riesgo suicida deben de ser evaluados con rapidez y tratados de forma intensiva por programas con equipos terapéuticos integrados y formados: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social, sin olvidar a las asociaciones de usuarios y familias, los cuales deberían tener entrenamiento y especialización en patología dual (Szerman et al., 2014).

16.1.6 Conclusiones

- La patología dual es un trastorno cerebral que consiste en presentar una adicción y otro trastorno mental, de manera simultánea o secuencial durante el ciclo vital.
- La depresión dual se presenta en al menos el 30% de los pacientes que sufren depresión (sin considerar tabaco y adicciones sin sustancia), y tiene características clínicas específicas que se deben conocer.
- Los tratamientos antidepresivos tradicionales son menos eficaces en la depresión dual, y un tratamiento estandarizado para todas las variantes fenotípicas de la depresión no es fructífero.

- La investigación en neurociencia involucra otros sistemas neurobiológicos diferentes o adicionales al monoaminérgico, con especial interés en los sistemas glutamatérgico, gabaérgico, opioide, endocannabinoide y colinérgico/nicotínico.
- La psiquiatría de precisión nos invita a pensar en las características individualizadas de los pacientes con depresión dual para realizar tratamientos personalizados, multidisciplinares y según el modelo bio-psico-social.

16.1.7 Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... Babín, F. (2013). [Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services]. *Adicciones*, 25(2), 118-127. <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>

Blanco, C., Alegría, A. A., Liu, S. M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C., & Nunes, E. V. (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 865-873. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06673>

Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>

Dakwar, E., Levin, F., Hart, C. L., Basaraba, C., Choi, J., Pavlicova, M., & Nunes, E. V. (2019). A Single Ketamine Infusion Combined With Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Use Disorder: A Randomized Midazolam-Controlled Pilot Trial. *American Journal of Psychiatry*, appi.ajp.2019.1. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19070684>

Garriock, H. A., Tanowitz, M., Kraft, J. B., Dang, V. C., Peters, E. J., Jenkins, G. D., ... Hamilton, S. P. (2010). Association of mu-opioid receptor variants and response to citalopram treatment in major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 565-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081167>

Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Choo, T. H., Keilp, J. G., Moitra, V. K., Parris, M. S., ... Mann, J. J. (2018).

Ketamine for rapid reduction of suicidal thoughts in major depression: A midazolam-controlled randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 327-335. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060647>

Hsu, D. T., Sanford, B. J., Meyers, K. K., Love, T. M., Hazlett, K. E., Walker, S. J., ... Zubieta, J. K. (2015). It still hurts: Altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 20(2), 193-200. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.185>

Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2011, October). New medications for drug addiction hiding in glutamatergic neuroplasticity. *Molecular Psychiatry*, Vol. 16, pp. 974-986. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.46>

Labonté, B., Engmann, O., Purushothaman, I., Menard, C., Wang, J., Tan, C., ... Nestler, E. J. (2017). Sex-specific transcriptional signatures in human depression. *Nature Medicine*, 23(9), 1102-1111. <https://doi.org/10.1038/nm.4386>

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015, September 1). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 154, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>

Light, S. N., Bieliauskas, L. A., & Zubieta, J. K. (2017). Top-down mu-opioid system function in humans: Mu-opioid receptors in ventrolateral prefrontal cortex mediate the relationship between hedonic tone and executive function in major depressive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 29(4), 357-364. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16090171>

McHugh, K. L., & Kelly, J. P. (2018). Modulation of the central opioid system as an antidepressant target in rodent models. In *Progress in Brain Research* (Vol. 239, pp. 49-87). <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.07.003>

Mineur, Y. S., & Picciotto, M. R. (2010, December). Nicotine receptors and depression: Revisiting and revising the cholinergic hypothesis. *Trends in Pharmacological Sciences*, Vol. 31, pp. 580-586. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2010.09.004>

Ng, Q. X. (2017, March 1). A Systematic Review of the Use of Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Vol. 27, pp. 112-116. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0124>

Nobile, B., Jaussent, I., Gorwood, P., Lopez Castroman, J., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2018). Tianeptine

- is associated with lower risk of suicidal ideation worsening during the first weeks of treatment onset compared with other antidepressants: A naturalistic study. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 167-170. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.007>
- Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2004, April 21). Treatment of Depression in Patients with Alcohol or Other Drug Dependence: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 291, pp. 1887-1896. <https://doi.org/10.1001/jama.291.15.1887>
- Parsons, L. H., & Hurd, Y. L. (2015, October 19). Endocannabinoid signalling in reward and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, Vol. 16, pp. 579-594. <https://doi.org/10.1038/nrn4004>
- Pavkovic, B., Zaric, M., Markovic, M., Klacar, M., Huljic, A., & Caricic, A. (2018). Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Research*, 270, 483-489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013>
- Peeters, F. (2015, October 1). Toward personalized treatment in psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 76, pp. e1313-e1314. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09737>
- Duman, R., Aghajanian, G., Sanacora, G., Krystal, J. Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants (2016). *Nature Medicine*, 22(3):238-49
- Rubino, T., Zamberletti, E., & Parolaro, D. (2015). Endocannabinoids and mental disorders. In *Handbook of Experimental Pharmacology* (Vol. 231, pp. 261-283). https://doi.org/10.1007/978-3-319-20825-1_9
- Schatzberg, A. F. (2016). Opioids in Psychiatric Disorders: Back to the Future? *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 564-565. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15101354>
- Schwasinger-Schmidt, T. E., & Macaluso, M. (2019). Other Antidepressants. In *Handbook of Experimental Pharmacology* (Vol. 250, pp. 325-355). https://doi.org/10.1007/164_2018_167
- Seney, M. L., Huo, Z., Cahill, K., French, L., Puralewski, R., Zhang, J., ... Sibille, E. (2018). Opposite Molecular Signatures of Depression in Men and Women. *Biological Psychiatry*, 84(1), 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.01.017>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017, November 1). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 57, pp. 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babn, F., Mesas, B., ... Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a spanish outpatient sample. *Substance Use and Misuse*, 47(4), 383-389. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.636135>
- Szerman, N., & Martinez-Raga, J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2). <https://doi.org/10.1108/add-03-2015-0004>
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... Casas, M. (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a>
- Szerman, N., Parro-Torres, C., Didia-Attas, J., & El-Guebaly, N. (2019). Dual disorders: Addiction and other mental disorders. Integrating mental health. In *Advances in psychiatry* (pp. 109-127). Springer, Cham.
- Szerman, N., & Peris, L. (2018, October 2). Precision Psychiatry and Dual Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol. 14, pp. 237-246. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1512727>
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesías, B., ... Roncero, C. (2014). Dual diagnosis resource needs in Spain: A national survey of professionals. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(2), 84-90. <https://doi.org/10.1080/15504263.2014.906195>
- Thase, M. E., Stanford, A. D., Memisoglu, A., Martin, W., Claxton, A., Bodkin, J. A., ... Pathak, S. (2019). Results from a long-term open-label extension study of adjunctive buprenorphine/samidorphan combination in patients with major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 44(13), 2268-2276. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0451-3>
- Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2018). Patología dual en Depresión: Recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones*, Vol. 30, pp. 66-76. <https://doi.org/10.20882/adicciones.868>
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., & Farré, M. (2005, April 4). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 78, pp. 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.09.004>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>

Wilkinson & Sanacora (2018). A new generation of antidepressants: an update on the pharmaceutical pipeline for novel and rapid-acting therapeutics in mood disorders based on glutamate/GABA neurotransmitter systems. *Drug Discovery Today*, 24(2):606-615.

Williams, N. R., Heifets, B. D., Blasey, C., Sudheimer, K., Pannu, J., Pankow, H., ... Schatzberg, A. F. (2018). Attenuation of antidepressant effects of ketamine by opioid receptor antagonism. *American Journal of Psychiatry*, 175(12), 1205-1215. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18020138>

Yovell, Y., Bar, G., Mashiah, M., Baruch, Y., Briskman, I., Asherov, J., ... Panksepp, J. (2016). Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 491-498. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040535>

16.2 PATOLOGÍA DUAL EN SUICIDIO

El suicidio consumado, los intentos de suicidio y las ideas suicidas son muy frecuentes en los pacientes duales (Rodríguez-Cintas et al., 2018, Szerman et al., 2012) y suponen un indicador de gravedad. En pacientes adictos, el uso de vías directas (intravenosas o intrapulmonares) y el policonsumo confieren un mayor riesgo de suicidio. En ocasiones es complicado distinguir los gestos o intentos suicidas de las sobredosis accidentales debidas a la disminución de la tolerancia, que se produce tras una recaída después de un periodo de abstinencia, proceso de desintoxicación, etc o por situaciones coyunturales. También en ocasiones pueden ser debidas al aumento no esperado de la pureza de las sustancias en el mercado local o al consumo tras la incorporación a programas de mantenimiento con agonistas (Alho et al., 2020). Los intentos suicidas en pacientes duales en muchos casos se realizan en contexto de polidependencia y de intoxicación.

16.2.1 Epidemiología

Cerca del 50% de los pacientes adictos informan de haber tenido ideas suicidas y cerca del 30% de haber realizado al menos un intento suicida a lo largo de su vida (Rodríguez-Cintas et al., 2018). La presencia de patología dual confiere un mayor riesgo que los adictos no duales o que los pacientes con otros trastornos mentales no adictivos (Szerman et al., 2012, Arias et al., 2017). La prevalencia de las ideas suicidas a lo largo de la vida se asoció con la presencia de trastorno lími-

te, trastornos depresivos, abuso sexual, policonsumo, TDAH e impulsividad motora. Los factores asociados con los intentos son la presencia de trastorno límite, abuso de cualquier tipo (emocional, físico o sexual), existencia de trastornos psicóticos, policonsumo, síntomas de ansiedad y depresivos (Rodríguez-Cintas et al., 2018). Las mujeres tienen mayor prevalencia de historia de intentos suicidas al inicio del tratamiento (Palma-Álvarez et al., 2019). Además, los intentos suicidas se han asociado en pacientes adictos con peor calidad de vida (Daigre et al., 2017).

16.2.2 Drogas depresoras y suicidio

Las drogas con efecto principal depresor del sistema nervioso central (SNC) incluyen el gammahidroxibutírico (GHB), el cannabis, los cannabinoides sintéticos, los opiáceos y el alcohol. Todas ellas pueden ser utilizadas para realizar intentos de suicidio. El GHB, erróneamente denominado "éxtasis líquido" (no tiene ninguna relación con el NMDA), es utilizado en medicina como anestésico y en el tratamiento del consumo de alcohol. Apareció en los sesenta como derivado del GABA (el principal sistema inhibitor cerebral).

Hay un margen estrecho entre la dosis recreativa y la dosis mortal. Aunque el GHB tiene una acción depresora, es rara la intoxicación mortal por esta droga y excepcional que se utilice con fines suicidas. Sin embargo, el consumo conjunto de GHB y alcohol etílico incrementa los efectos depresores, pudiendo desembocar en una parada cardiorrespiratoria (Torres et al., 2019).

La relación aguda entre cannabis y comportamiento suicida no está clara. No hay señales de ideación o intento autolítico inherentes a la intoxicación o al síndrome de abstinencia. Sin embargo, algunos síntomas de abstinencia, como irritabilidad, agresividad, ansiedad, estado de ánimo deprimido, inquietud, insomnio (American Psychiatric Association, 2014), se consideran factores que pueden desencadenar comportamiento suicida (Borges et al., 2016).

Actualmente también se utilizan con fines recreativos una amplia gama de cannabinoides sintéticos (Spice o K2). Sus efectos son más graves que el THC y se concentran en cuatro áreas: deterioro de las funciones cognitivas, alteraciones del comportamiento, cambios en el humor y cambios sensorceptivos (Cooper, 2016).

Los opiáceos tienen efectos adversos importantes y generalizados en la morbilidad y la mortalidad. El número de personas que mueren por suicidio y sobredosis involuntarias ha seguido aumentando en el último decenio (Alho et al., 2020). La mejora de la detección del riesgo de suicidio crónico y a corto plazo, junto con el acceso rápido al tratamiento, es de vital importancia para prevenir las muertes por suicidio relacionadas con los opiáceos. Se deben contemplar los factores de riesgo tanto a largo plazo como a corto de muerte por opiáceos, ya sea intencional o no (Desjardins et al., 2016) (Tabla 20).

El alcohol es el depresor del SNC más consumido en nuestro medio. Entre el 18% y el 40% de los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol han realizado un intento de suicidio alguna vez en su vida y el 7% se suicida (Casas y Guardia, 2002; Palma-Álvarez, et al., 2019). El riesgo de morir por suicidio en el alcoholismo es 9,8 veces mayor respecto a la población general. Un 15-25% de todos los suicidios se producen en pacientes alcohólicos, siendo aún mayor el riesgo cuando existe patología Dual (Casas y Guardia, 2002). El suicidio consumado es más frecuente en varones (23 hombres por cada mujer), aunque las mujeres (37%) tienen más intentos de suicidio que los hombres (13%) (Monras et al., 1992).

Como se ha descrito, la perspectiva de género es relevante ya que las mujeres con dependencia de alcohol además de tener más intentos de suicidio presentan más comorbilidad psiquiátrica, tienden a tener mayor prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos, que son factores predictivos para el abandono de tratamiento y recaída (Palma-Álvarez et al., 2019).

16.2.3 Drogas estimulantes y suicidio

El trastorno por consumo de psicoestimulantes está asociado a una elevada comorbilidad, con patologías médicas y psiquiátricas. Entre los psicoestimulantes se encuentran la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas y otros derivados anfetamínicos como el MDMA (metilendioximetanfetamina) o éxtasis. También existen otros, como las catinonas sintéticas o khat, la cafeína y la nicotina. Las nuevas sustancias psicoactivas (NPS) son una amplia gama de drogas de diseño que han adquirido importancia en el siglo XXI. Algunas, en particular las feniletilaminas como la NBOMe, tienen efectos alucinógenos. Su potencia es parecida a la del LSD pero, a diferencia de ésta, su sobredosis puede ser mortal. Son consumidas prin-

■ TABLA 20. Factores de riesgo tanto a largo plazo como a corto, de muerte por opiáceos

- 1) Presencia de retraimiento agudo/ansiedad
- 2) Cambios en los patrones de uso
- 3) Pérdida de identidad, falta de sentido de pertenencia, erosión de los apoyos sociales, disforia, vergüenza, humillación e insomnio
- 4) Aumento en el uso de otras sustancias
- 5) Recaídas recientes, eventos interpersonales negativos en la vida tales como la pérdida de una relación afectivas, problemas legales o pérdida de la red de seguridad

cipalmente por los hombres y la edad media suele estar entre 18-25 años. Las manifestaciones psicopatológicas pueden ser delirios, alucinaciones, comportamiento agresivo y suicidio (Darke et al., 2019). Darke (2019) recogió 82 casos (86,6% hombres de edad media) de fallecimientos producidos por NPS. Un tercio tenían historia de uso de drogas por vía parenteral. Había diez casos de muerte por suicidio. De estos, 8 habían consumido catinonas y 2 feniletilaminas. Entre las catinonas, las más frecuentes fueron MDPV y α -PVP (alfa pirrolidinovalerofenona, conocida como "flakka"). Las feniletilaminas estuvieron presentes en un quinto de los 82 casos (NBOMe fue la más común). El delirio fue la presentación psicopatológica más frecuente antes del fallecimiento y en estos casos, utilizaron medios violentos (Darke, 2019).

La tasa de consumo de éxtasis en los intentos fallidos de suicidio es difícil de determinar debido a la gran variabilidad en la notificación. Sin embargo, el uso crónico de MDMA puede producir una depresión severa con ideación suicida debido a la neurotoxicidad serotoninérgica. Otras razones que explicarían el suicidio después de la ingestión de MDMA incluyen traumatismos asociados con caídas y accidentes de tráfico con juicio de la realidad alterado (Kaye et al., 2009). La rareza del suicidio con MDMA sugiere que se desconocen los efectos potencialmente letales de la sobredosis. Sin embargo, cuando se encuentran altos niveles de MDMA y anfetaminas asociadas en la autopsia, sin otras drogas, se debe considerar la posibilidad de una muerte no accidental (Tarini et al., 2012).

El trastorno por consumo de cocaína aumenta el riesgo de ideación e intento suicida. Por ejemplo, el

29% de los jóvenes que se suicidaron en la ciudad de Nueva York dieron positivo en las pruebas de cocaína y aproximadamente el 40% de los pacientes que consumían cocaína tenían antecedentes de intentos de suicidio. Por otro lado, se ha descrito que el abuso de cocaína está asociado con una mayor prevalencia del comportamiento suicida en alcohólicos con depresión (Roy, 2009).

En un estudio preliminar para examinar los posibles factores de riesgo de intento de suicidio, se describió que los que lo intentaban eran significativamente más jóvenes, que la mayoría eran mujeres, tenían antecedentes familiares de conducta suicida, y comorbilidad con un trastorno por consumo de alcohol, opiáceos y depresión (Roy, 2001). También informaron de haber tenido traumas infantiles (Bernstein et al., 1997).

De igual modo, se ha descrito que en las mujeres que tenían un trastorno de consumo de cocaína, era más frecuente haber sufrido abuso sexual en la niñez (Klein et al., 2006). También tener un comportamiento suicida, era más frecuente entre los pacientes dependientes de cocaína con antecedentes familiares de comportamiento suicida, ser mujer, más joven, haber sufrido agresiones en la infancia, y tener trastorno de consumo de alcohol, opiáceos y depresión (Roy, 2009).

16.2.4 Trastornos mentales, suicidio y consumo de drogas

La mayoría de los suicidios en todo el mundo están relacionados con enfermedades psiquiátricas. La depresión, el uso de sustancias y la psicosis constituyen los factores de riesgo más relevantes sin obviar el trastorno de ansiedad, los trastornos de personalidad, los trastornos de la conducta alimentaria y aquellos relacionados con acontecimientos traumáticos (Bachman, 2018).

Además, los pacientes con patología dual se asociaron con, al menos, un triple riesgo de suicidio consumado en una muestra de más de 180.000 pacientes en comparación con los enfermos psiquiátricos no consumidores (Prior et al., 2017).

Las experiencias psicóticas se asocian con el desarrollo posterior de un trastorno por consumo de sustancias y con el comportamiento suicida. Un estudio llevado a cabo con 9.242 adolescentes demostró que los delirios, las alucinaciones auditivas y

las visuales se asocian con ambos acontecimientos y que existe una relación "dosis-respuesta" entre la carga de experiencias psicóticas y ambas situaciones adversas (Cederlöf, 2017).

Además, se ha publicado que los trastornos psicóticos en adictos se asocian a su comportamiento suicida de por vida (Rodríguez-Cintas et al., 2018, Gates et al., 2017). Con respecto a los trastornos afectivos, la comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos por consumo de sustancias es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por su prevalencia y sus repercusiones pronósticas (Arias et al., 2017).

Lo mismo sucede con el trastorno depresivo mayor asociado al consumo de drogas como demuestra una investigación llevada a cabo en 4.339 individuos depresivos en el que se ha documentado que los que asocian un trastorno por consumo de alcohol comórbido (el 9.4% de ellos) presentan con mayor frecuencia características psicóticas, intentos de suicidio y trastornos de pánico (Carton et al., 2018). Otro estudio llevado a cabo sobre 3.284 individuos con trastorno bipolar o depresivo mayor concluyó que el uso de sustancias fue uno de los factores asociados de manera significativa al comportamiento suicida para ambos grupos (Baldessarini et al., 2019). En esta misma dirección apunta otro reciente metaanálisis, sobre autopsias, que destaca que los trastornos del estado de ánimo y el trastorno por consumo de sustancias son los trastornos mentales más frecuentes entre los fallecidos suicidas en todo el mundo (Conner et al., 2019).

Respecto a los trastornos de la personalidad, el trastorno límite merece una mención especial como subgrupo de alto riesgo de suicidio y consumo de drogas, destacando especialmente el consumo de alcohol (Doyle et al., 2016). Sin embargo, existen varios estudios que intentan establecer subgrupos dentro de la gran heterogeneidad que presenta el trastorno límite de la personalidad. En uno de ellos se señala que los hombres con dicho diagnóstico son más propensos a tener mayor comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias que las mujeres y una menor frecuencia de presentación de trastornos del clúster C comórbidos que ellas (Sher et al., 2019).

Además, los pacientes límite con intentos previos de suicidio son más agresivos, menos narcisistas y presentan una mayor desregulación emocional que aquellos que no presentaban historia de conductas suicidas (Sher et al., 2016).

16.2.5 Prevención e intervención en la conducta suicida del paciente dual

Actualmente no se dispone de un programa universal de prevención del suicidio específico para pacientes adictos o duales. Sin embargo, distintos grupos de consenso han establecido pautas cuyo objetivo es dirigir la intervención en pacientes adictos, Tabla 21 (CSAT, 2009).

Además de estos principios es importante destacar que el propio tratamiento del trastorno por consumo de sustancias conlleva a una reducción del riesgo de suicidio de hasta el 50% (Ilgen et al., 2007) y que las intervenciones dirigidas a las patologías comórbidas como el trastorno límite de la personalidad ofrecen excelentes resultados (Fassbinder et al., 2018).

Una excepción a la inexistencia de programas específicos en la prevención del suicidio en la población consumidora lo constituye el Libro Blanco elaborado por el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 2008), la terapia cognitiva para pacientes suicidas con dependencia de sustancias (Wenzel et al., 2009) o el Preventing Addiction Related Suicide (Voss et al., 2013).

Este último consiste en una intervención de tres horas de duración, aproximadamente, con un predominio de contenido psicoeducativo, de fácil aplicación, que ha demostrado eficacia sobre las actitudes y conocimientos de los usuarios un mes después de haber concluido su aplicación si bien se requiere de estudios con muestras más extensas. Estas medidas específicas no excluyen a las establecidas para la población general como la restricción del acceso a métodos potencialmente letales; MONSUE, 2010), el papel de los medios de comunicación (WHO, 2017), los programas comunitarios de concienciación (Coveney et al., 2012), la formación de los profesionales de atención primaria (OMS, 2000) o los aspectos positivos y negativos de las redes sociales y el uso de internet (Marchant et al., 2017).

Tampoco excluyen las medidas de seguridad de hospitales psiquiátricos y generales (Navin et al., 2019), la reducción del estigma (Kucukalic y Kucukalic, 2017), la atención a poblaciones de riesgo como los adolescentes y ancianos (Van Orden y Deming, 2018; Paul, 2018), el correcto tratamiento de las posibles enfermedades mentales subyacentes como la depresión (Hegerl, 2016), los grupos de autoayuda para los "survi-

■ TABLA 21. Pautas de prevención del suicidio en pacientes adictos

- Casi todos los pacientes con tendencias suicidas se encuentran ambivalentes respecto a seguir o no viviendo
- Las crisis suicidas se pueden superar
- La valoración del riesgo suicida es una valiosa herramienta clínica
- La prevención del suicidio se extenderá más allá de la crisis
- Los "contratos de no suicidio" no son recomendados
- El riesgo de suicidio puede mantenerse, aunque se haya alcanzado la abstinencia
- Cualquier intento autolítico debe ser tenido en cuenta
- Los suicidas suelen ofrecer señales previas de su intención autolítica
- Es fundamental preguntar por las ideas de suicidio
- Los resultados no siempre muestran una relación directa al trabajo desarrollado.

vors" (Sanford et al., 2016) o las medidas de prevención terciaria destinadas a la minimización del riesgo de repetición de intentos suicidas (Witt, 2017)

16.2.6 Conclusiones

- El suicidio y los intentos suicidas son muy frecuentes en los pacientes adictos y duales y suponen un mayor riesgo
- La epidemiología y la relevancia exacta del consumo de cada sustancia y la presencia de patología dual es parcialmente conocida.
- La letalidad en pacientes que consumen por vías directas, (intravenosas, intrapulmonares...) debe ser contemplada, así como la perspectiva del género.
- Muchos intentos de suicidio se producen en contexto de intoxicación y policonsumo.
- Se deben implementar medidas específicas, además de las realizadas en la población general.

16.2.7 Bibliografía

- Alho, H., Dematteis, M., Lembo, D., Maremmani, I., Roncero, C., Somaini, L., et al. (2020) Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *Int J Drug Policy*. 2020;76:102616. doi:10.1016/j.drugpo.2019.102616.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª Ed.)*. Arlington: APA.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte I., Rentero D. (2017). Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Adicciones*, 29 (3), 186-194.
- Bachman, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15 (7). Doi: 10.3390/ijerph15071425.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Pinna, M., Núñez, N., Vázquez, G. H. (2019). Suicidal risk factors in major affective disorders. *Br J Psychiatry*, 1-6. Doi: 10.1192/bjp.2019.167.
- Bernstien, D., Ahluvalia, T., Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 340-348.
- Borges, G., Bagge, C., Orozco, R. (2016). A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affective Disorders*, 195, 63-74.
- Carton, L., Pignon, B., Baguet, A., Benradia, I., Roelandt, J. L., Vaiva, G., et al. (2018). Influence of comorbid alcohol use disorders on the clinical patterns of major depressive disorder: a general population-based study. *Drug Alcohol Depend*, 187, 40-47.
- Casas, M., Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219. <https://doi.org/10.20882/adicciones.524>.
- Cederlöf, M., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Sjölander, A., Östberg, P., Lundström, S., et al. (2017). A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. *Schizophr Res*, 181, 13-16.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2008). *Substance Abuse and Suicide Prevention: Evidence and Implications: A White Paper*. Rockville: Substance abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2009). *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP)*. Rockville: Substance abuse and Mental Health Services Administration.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson D. J., Pilcher, C., Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide Life Threat Behav*, 49 (1), 278-292.
- Cooper, Z. D. (2016). Adverse effects of Synthetic Cannabinoids: Management of Acute Toxicity and Withdrawal. *Curr Psychiatry Rep*, 18 (5), 52.
- Coveney, C. M., Pollock, K., Armstrong, S., Moore, J. (2012). Caller's experiences of contacting a national suicide prevention helpline: report of an online survey. *Crisis*, 33 (86), 313-324.
- Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Cucurull, E., Sorribes-Puertas, M., Esculies, O., et al. (2017). The role of dual diagnosis in health-related quality of life among treatment-seeking patients in Spain. *Qual Life Res*, 26 (12), 3201-3209. doi: 10.1007/s11136-017-1668-4.
- Darke, S., Lappin, J., Farrell, M. (2019). *The Clinician's Guide To Illicit Drugs And Health*. London: Silverback Publishing.
- Desjardins, I., Cats-Baril, W., Maruti, S., Freeman, K., Althoff, R. (2016). Suicide Risk Assessment in Hospitals: An Expert System Based Triage Tool. *J Clin Psychiatry*, 77 (7), 874-882.
- Doyle, M., While, D., Pearl, M., Windfuhr, K., Ashcroft, D. M., Kontopantelis, E., et al. (2016). Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Family Practice*, 17, 106.
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., et al. (2018). PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 341.
- Gates, M. L., Turney, A., Ferguson, E., Walker, V., Staples-Horne, M. (2017). Associations among substance use, mental health disorders and self-harm in a prison population: examining group risk for suicide attempt. *Int J Environ Res Public Health*, 14 (3). Doi:10.3390/ijerph14030317.
- Hegerl, U. (2016). Prevention suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*, 18 (2), 183-190.
- Ilgen, M. A., Jain, A., Lucas, E., Moss, R. H. (2007). Substance use-disorder treatment and a decline in attempted suicide during and after treatment. *J Stud Alcohol Drugs*, 68 (4), 503-509.

- Kaye, S., Darke, S., Duffell, J. (2009). Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-related fatalities in Australia—demographics, circumstances, toxicology and major organ pathology. *Drug Alcohol Depend*, 104, 254-261.
- Klein, H., Elifson, K., Sterk, C. (2006). Predictors of suicidal ideation among “at risk” cocaine-using African-American women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 336-348.
- Kucukalic, S. y Kucukalic, A. (2017). Stigma and suicide. *Psychiatr Danub*, 29 (Suppl. 5), 895-899.
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., et al. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. *PLoS One*, 12 (8).
- Monitoring Suicidal Behaviour in Europe Project (2010). Final report. On the implementation of the Action. MONSUE.
- Monras, M., Marcos, V., Ramon, G. (1992). Tentativas de suicidio en pacientes alcohólicos. *Adicciones*, 4, 45-56.
- Navin K., Kuppili, P. P., Menon, V., Kattimani, S. (2019). Suicide prevention strategies for general hospital and psychiatric inpatients: a narrative review. *Indian J Psychol Med*, 41 (5), 403-412.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Ginebra, OMS.
- Palma-Álvarez, R. F., Rodríguez-Cintas, L., Abad, A. C., Sorribes, M., Ros-Cucurull, E., Robles-Martínez, M., et al. (2019). Mood Disorders and Severity of Addiction in Alcohol-Dependent Patients Could Be Mediated by Sex Differences. *Front Psychiatry*, 31 (10), 343. doi: 10.3389/fpsy.2019.00343.
- Prior, K., Mills, K., Ross, J., Teesson, M. (2017). Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug Alcohol Rev*, 36 (3), 317-324.
- Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Alvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodríguez-Martos, L., Abad, A. C., Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res*, 262, 440-445. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.021.
- Roy, A. (2001). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1215-1219.
- Roy, A. (2009). Characteristics of Cocaine Dependent Patients Who Attempt Suicide. *Archives of Suicide Research*, 13 (1), 46-51. DOI: 10.1080/13811110802572130.
- Sanford, R., Cerel, J., McGann, V., Maple, M. (2016). Suicide loss survivors’ experiences with therapy: Implications for clinical practice. *Community Ment Health J*, 52 (5), 551-558.
- Sher, L., Fisher, M. A., Kelliher, C. H., Penner, J. D., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., et al. (2016). Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res*, 246, 261-266.
- Sher, L., Rutter, S. B., New, A. S., Siever, L. J., Hazlett, E. A. (2019). Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 139 (2), 145-153.
- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Vega, P., Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*, 47 (4), 383-389. doi: 10.3109/10826084.2011.636135.
- Tarini, F., Gilbert, J. D., Carroll, C. M., Byard, R. (2012). Ecstasy and Suicide. *J Forensic Sci*, 57 (4), 1137-1139. doi: 10.1111/j.1556-4029.2012.02107.
- Torres, C., Hernández, J. P., Álvarez, P., García, R., Hernández, J. P. (2019). Muerte suicida por GHB: a propósito de un caso. <https://www.researchgate.net/publication/332628677>.
- Van Orden, K. y Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Curr Opin Psychol*, 22, 79-83.
- Voss, W. D., Kaufman, E., O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Conner, K. M., Ries, R. K. (2013). Preventing addiction related suicide: a pilot study. *J Subst Abuse Treat*, 44 (5), 565-569.
- Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients with substance dependence disorders. En: A. Wenzel, G. K. Brown, A. T. Beck. *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington DC: American Psychological Association, 283-310.
- Witt, K. (2017). The use of emergency department-based psychological interventions to reduce repetition of self-harm behavior. *Lancet Psychiatry*, 4 (6), 428-429.
- World Health Organization. (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: WHO.

Perspectivas de futuro en investigación tecnológica

17.1 TENDENCIAS EN SALUD

Los intentos de generar tendencias y paradigmas en salud se han sucedido a una velocidad vertiginosa desde finales del siglo XX (Figura 1). En los últimos 30 años se han propuesto recetas para disminuir la variabilidad del acto clínico al tiempo que se proveyese al paciente individual de los tratamientos que precisase de forma eficiente: medicina basada en la evidencia, medicina personalizada, medicina estratificada. **Se ha reflejado los cambios en la sociedad, especialmente el acceso generalizado a la educación y formación, en el rol del paciente desde una relación paternal a una clientelar: medicina centrada en el paciente (PROMs: *patient reported outcome measures*) y medicina que se preocupa por la experiencia del paciente (PREMs: *patient reported experience measures*).**

Los intentos de extender salud a la población en cualquier tramo de edad, y sobre todo la universalización del acceso a servicios sanitarios, han traído de la mano la urgencia por la sostenibilidad del sistema, el control de costes y la búsqueda prioritaria de la eficiencia.

En los últimos años ha entrado con fuerza, la salud digital. Como ha ocurrido antes en otras industrias, se ha tratado de "mecanizar" y automatizar el conocimiento y las decisiones médicas. Como muestra, se promueve la sustitución del pronóstico clínico a la predicción utilizando marcadores biológicos inteligencia artificial. Los motivos son obvios, por un lado una población que cotidianamente usa servicios digitales y que envejece con el consiguiente aumento de patologías crónicas (incluidas mentales), de la necesidad de cuidados; y por otro lado, la insuficiencia de profesionales para atenderlos, sobre todo en países en vías de desarrollo. Sin embargo, este tipo de estrategias tiene dos importantes

AUTORÍA

ENRIQUE BACA GARCÍA. Prof. Titular
Psiquiatría UAM.
Jefe Departamento Psiquiatría HUFJD,
HURJC, HUGV, HUIE

limitaciones el cuidado (de momento las personas preferimos que nos cuiden otras personas, aunque confiemos más en nuestros terminales móviles) y más crítico, no se ha resuelto adecuadamente la cadena de responsabilidad de las decisiones médicas.

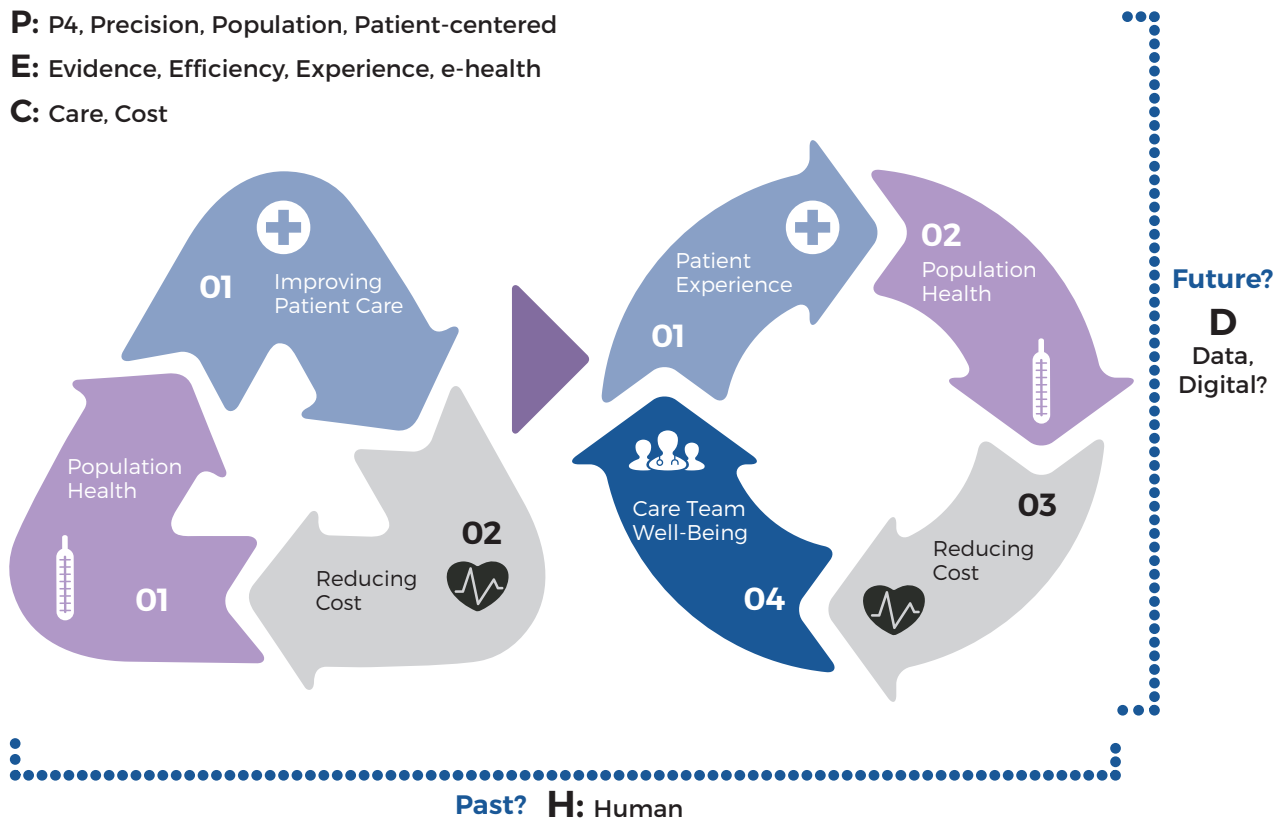
La globalización y la evolución social, ha modificado inexorablemente la relación del paciente (ahora usuario/cliente y en el mejor de los casos ciudadano) con los profesionales sanitarios. Este cambio del rol del enfermo sumada a la deshumanización de la atención sanitaria basado en un modelo predominantemente biomédico ha generado la necesidad de “humanizar” la asistencia. Todo ello ha ido socavando el estatus del médico y cuestionado su papel pivotal en la provisión de servicios de salud. De hecho, en la triple meta, guía de muchos planificadores sanitarios, se excluyó inicialmente a los proveedores “humanos” de servicios. Esta omisión fue reparada a posteriori en la formulación de la cuádruple meta en al que se incluía el bien estar del equipo de cuidados, y refleja como la sociedad confía en equipos y no en personas individuales.

17.2 TECNOLOGÍAS EN PSIQUIATRÍA

En Psiquiatría la tecnología no es instrumental; es fundamentalmente procedimental y terapéutica. Por ejemplo, en el momento actual no disponemos de marcadores biológicos ni para el diagnóstico ni para el pronóstico de la evolución, por lo que descansan fundamentalmente en procedimientos de diagnóstico generados por consenso. En este apartado nos vamos a referir sobre todo a las tecnologías de información y comunicación (TIC).

Se han producido recientes avances importantes sobretodo de mano de la procedimentización en telepsiquiatría, que se define como uso de medios de información o comunicación que faciliten una intervención (provisión de servicios) a distancia sin estar en contacto directo ni personal con el paciente o profesional sanitario que atiende al paciente (Chakrabarti, 2015). Tradicionalmente esta práctica se realizaba por medio del teléfono. La disponibilidad y mejora de calidad de los sistemas de video-conferencia han enriquecido esta práctica. La calidad de la atención la telepsiquiatría es compara-

P: P4, Precision, Population, Patient-centered
E: Evidence, Efficiency, Experience, e-health
C: Care, Cost



■ FIGURA 18. Paradigmas en Medicina (Elaboración propia)

ble a la presencial en cuanto a la efectividad del tratamiento (Hubley, 2016) y aceptación en situaciones de crisis como urgencias (Reinhardt, 2019). Para más detalles, se remite al lector al protocolo PROVIDE, ensayo clínico sobre videoconferencia de psiquiatría en atención primaria: (Tönnies, 2019), así como a las recomendaciones de la American Psychiatric Association (APA) and the American Telemedicine Association (ATA) para videoasistencia (Shore, 2018).

Las bondades que puede ofrecer las distintas tecnologías de adquisición y gestión de datos (Big data) como las tecnologías de análisis masivo e inteligencia artificial son aun muy incipientes. Quizás, las expectativas generadas rayan la utopía acercándose muy peligrosamente en su realización a la distopia. No hay que olvidar como a principios del milenio, se clamaba como la genética iba a resolver muchas cuestiones de diagnóstico y tratamiento. Sabemos que hoy por hoy en Psiquiatría, hay tan solo algunas aplicaciones marginales en la guía farmacogenética de tratamientos. Aun siendo un campo muy prometedor, cabe decir que las mayorías de las app de salud disponibles para la población en Smartphone están relacionados con al conducta, aun son escasos los sistemas con eficacia demostrada.

Para poner en su sitio las expectativas que se construyen sobre de las ciencias de datos, tenemos que hacer las siguientes consideraciones:

En primer lugar, los datos no suponen un reflejo de la realidad objetivo y acrítico. Los datos los datos son solamente una representación de los que hechos, que los humanos, previamente hemos detectado, organizado, jerarquizado y operativizado. Por consiguiente, contienen una fuerte carga apriorística, y por tanto las conclusiones que los sistemas obtengan pueden tener un sesgo humano de base.

En segundo lugar, las técnicas de inteligencia artificial se basan en métodos inductivos para establecer relaciones a partir de grandes cantidades de datos, es decir no son inferenciales (deductivos). Estos sistemas prueban millones de soluciones (ecuaciones) hasta encontrar una que ajusta la relación entre los datos. Sin embargo, tienen el riesgo de que el ajuste es tan exacto que incrementa significativamente la complejidad del modelo y lo que encuentra es un modelo que se ajusta a esos datos y no resuelve el problema de forma global (sobreajuste). A partir de un cierto umbral, la capacidad de predicción está inversamente relacionada al

ajuste modelo. Nuevamente la solución a estos problemas esta fuera de las máquinas: generar nuevos estudios que permitan la replicación de los resultados y un abordaje inductivo, que la final es el que garantiza el conocimiento científico.

En tercer lugar, es una opinión general que los sistemas de predicción basado en inteligencia artificial funcionan y que son casi infalibles, e incluso mejores que los seres humanos. Si esto fuese así en los entornos donde la seguridad es critica (y la medicina lo es), se habrían reemplazado los seres humanos por máquinas. Aun los sistemas basados en inteligencia artificial distan mucho de ser infalibles, y la prueba es que las compañías de software siguen delegando la responsabilidad de las decisiones últimas a seres humanos. Por último, hay cuestiones legales y éticas que aun no están resueltas en el universo de la inteligencia artificial aplicada al día humano. Sigue siendo más coste-eficiente que la responsabilidad la no infalibilidad la asuma un ser humano que una corporación.

En resumen, la ciencia médica necesita, para avanzar, teorías y diseñar experimentos: necesitamos más teorías y menos datos. De momento ni las TICs ni la IA generan teorías.

17.3 INVESTIGACIÓN EN CONDUCTA SUICIDA

En 2014 Silverman et al. publicaron, a partir de unas reuniones de consenso, una lista de doce prioridades en la prevención del suicidio en Estados Unidos. Estos doce puntos están ligados a la idea de estratificar riesgos, determinar el tiempo de riesgo (el espacio temporal en el que hay más riesgo) e intervenir sobre las personas que están en riesgo de conducta suicida. (Tabla 22)

La investigación en estos años ha mostrado que se dispone de intervenciones psicosociales que parecen ser eficaces sobre la ideación suicida a corto plazo (Meerwijk et al., 2016). También existen intervenciones en la comunidad a través de facilitadores comunitarios que parecen prometedoras (Arensman et al., 2016). Por otro lado, se empiezan a acumular pruebas de la eficacia de fármacos para reducir de forma aguda la ideación suicida, lo que abre unas interesantes posibilidades terapéuticas y podría cambiar el modelo de intervención en crisis de la conducta suicida (Burger et al., 2016).

■ TABLA 22. **Consideraciones de la fase de continuación y mantenimiento del tratamiento antidepresivo** (Silverman et al, 2014)

Aspirational goal topic	
1	Conocer lo que a cada uno protege o conduce al comportamiento suicida, y aprender a cambiar esas cosas para prevenir el suicidio.
2	Determinar el grado de riesgo de suicidio (por ejemplo, inminente, a corto plazo, a largo plazo) entre individuos de diversas poblaciones y en diversos entornos mediante enfoques de detección y evaluación viables y eficaces.
3	Encontrar la manera de evaluar quién está en riesgo de intentar suicidarse en el futuro inmediato.
4	Asegurarse de que las personas que están pensando en el suicidio, pero que aún no han intentado, reciban intervenciones para prevenir el comportamiento suicida.
5	Encontrar nuevos tratamientos biológicos y mejores formas de usar los tratamientos existentes para prevenir el comportamiento suicida.
6	Asegurar que las personas que han intentado suicidarse puedan obtener intervenciones eficaces para evitar nuevos intentos.
7	Asegurar que los proveedores de servicios de salud y otras personas de la comunidad estén bien capacitados para encontrar y tratar a las personas en riesgo.
8	Asegurar que las personas con riesgo de conducta suicida puedan acceder a una atención asequible que funcione, sin importar dónde estén.
9	Asegurar que las personas que reciben atención por pensamientos y conductas suicidas sean seguidas a lo largo de su tratamiento para que no caigan en el olvido.
10	Aumentar la búsqueda de ayuda y las remisiones para las personas en situación de riesgo disminuyendo el estigma.
11	Prevenir el surgimiento de conductas suicidas mediante el desarrollo y la entrega de los programas de prevención más eficaces para crear resistencia y reducir el riesgo en poblaciones de base amplia.
12	Reducir el acceso a los medios letales que la gente usa para intentar suicidarse.

Recientemente se han incorporado propuestas de modelos animales para la investigación en suicidio, esto vendría a ampliar la potencia de la investigación en suicidio y acortaría los ciclos de producción científica testando hipótesis que ahora son muy difíciles de comprobar (Gould et al., 2017).

De los doce objetivos señalados por Silverman (2014), el programa actual en investigación en suicidio los desarrolla prácticamente todos. Sin embargo, si observamos la traslación que tiene esta dedicación de esfuerzos a las tasas de suicidio, el resultado es un tanto desalentador, en las áreas geográficas de Europa y Estados Unidos en las que se está desarrollando esta investigación las tasas de suicidio no solo no han disminuido, sino que han aumentado o como mucho se han estabilizado (CDC, 2017). Es más, de las principales causas de mortalidad, el suicidio es la única (junto al alzhéimer) en la que no hay disminución significativa de las tasas.

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

Las tecnologías de monitorización puede ayudar a refinar la metodología para establecer realmente épocas de riesgo concretas para pacientes concretos al tiempo que encontramos el tratamiento correcto para la persona correcta.

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

17.4 INVESTIGACIÓN EN TECNOLOGÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CONDUCTA SUICIDA

Siguiendo la estructura de atención de Kaiser permanente (figura 19) que hace hincapié tanto en la promoción de la salud como el autocuidado, hay dos campos en los que las TIC pueden dar un vuelco en la prevención de la conducta suicida:

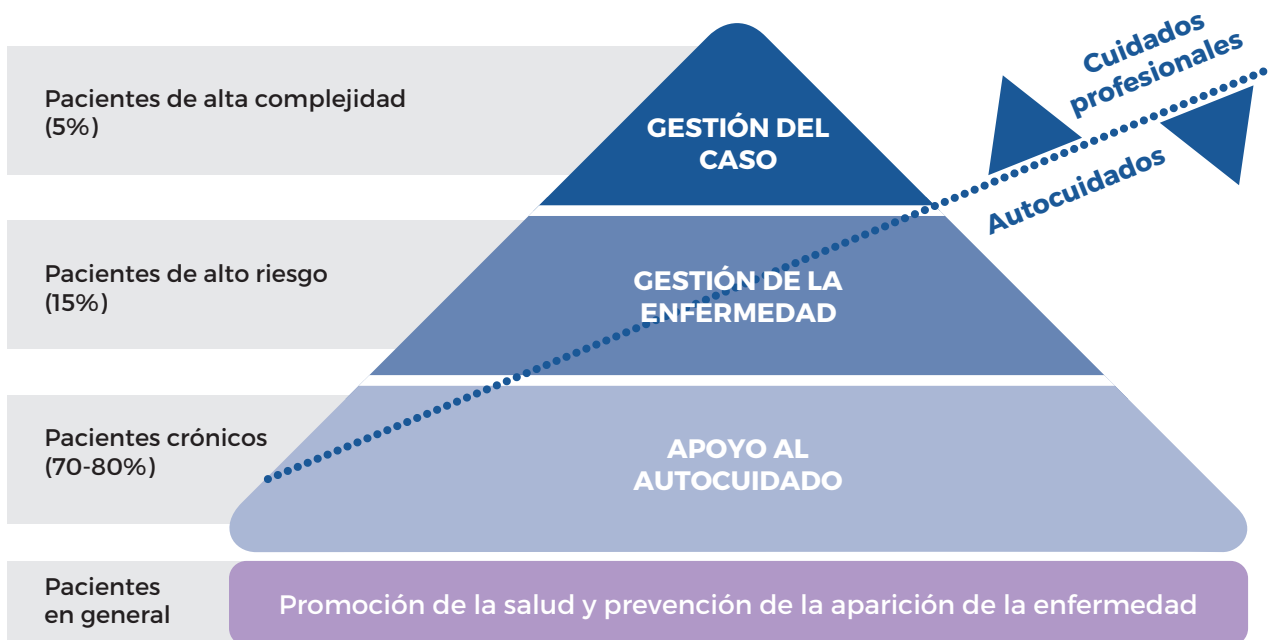
- **Prevención primaria:** identificación de las personas en riesgo antes de que desarrollen la conducta.
- **Prevención secundaria:** Monitorización de la conducta suicida en personas con antecedentes de conducta suicida, como base para el autocuidado y empoderamiento de los pacientes.

17.4.1 Screening de población general utilizando TIC

Un proceso de screening, no solo debe identificar y clasificar válidamente a los potenciales pacientes en etapas precoces de una patología que se puede tratar, también tiene que proveer su tratamiento (García Aguado, 2017). El proceso que se describe a continuación cumple con todas las condiciones que se señalan en la Tabla 23.

En el caso de salud mental la US Preventive Services Task forces, recomienda con un grado B (evidencia moderada del que el beneficio es substancial) el screening en adultos de depresión en población general y de alcohol (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>) (Siu, 2016), ambas condiciones están muy ligadas a la conducta suicida.

En un momento en el que la salud digital emerge, los teléfonos inteligentes se están utilizando como una herramienta de recopilación de datos en estudios de observación (Helbich, 2019; Sano et al., 2018) y de exámenes e intervenciones basados en la población (Faurholt-Jepsen et al., 2017). La tecnología de los teléfonos inteligentes ofrece un enorme potencial para desarrollar encuestas masivas y



■ FIGURA 19. Gestión de crónicos. Modelo Kaiser permanente

■ TABLA 23. **Requisitos para un screening** (García Aguado, 2017)

TRASTORNO	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de salud importante • Epidemiología e historia natural conocidas • Fase latente reconocible
PRUEBA	<ul style="list-style-type: none"> • Simple, segura, precisa y validada • Distribución de los valores de la prueba en la población diana conocida • Punto de corte definido • Aceptable para la población • Pruebas diagnósticas y opciones disponibles para sujetos + en el tamizaje
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento establecido, con evidencia de que se obtienen mejores resultados en fase precoz • Disponibilidad de recursos para tratar a sujetos + en el tamizaje
PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptable clínica, social y éticamente para profesionales y para la población • Beneficio es mayor que los riesgos conjuntos del tamizaje, el proceso diagnóstico y el tratamiento • Tiene definidos los estándares de calidad y el sistema de evaluación • Se han examinado las restantes prioridades sanitarias cuya realización entrañaría un coste similar • El coste del hallazgo de un caso está equilibrado en relación con el beneficio
CONSUMIDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Reciben información objetiva sobre los beneficios y los riesgos, para tomar una decisión informada sobre su participación

rápidas, con la posibilidad de recoger más información de la que se pide explícitamente, como la localización geográfica a través del GPS (Freifeld et al., 2010; Aanensen et al., 2009). Así pues, los teléfonos inteligentes podrían ser útiles en las estrategias de vigilancia de salud. Como ejemplo, se ha publicado un protocolo de encuesta epidemiológica a nivel nacional con respecto a los datos recogidos por los teléfonos inteligentes de todos los residentes de los Países Bajos sobre su exposición a factores ambientales que podrían afectar a la salud mental, incluida la depresión y el riesgo de suicidio (Helbich, 2019). En los Países Bajos, un estudio nacional de crowdsourcing investigó múltiples dimensiones de la salud mental en una muestra de la población general (n = 12.503) (Krieke et al., 2016). Con una metodología similar, en las zonas rurales de Guatemala se han utilizado teléfonos inteligentes para estimar la carga de la gastroenteritis aguda y el norovirus, lo que se ha hecho mediante el muestreo de alrededor de 400 niños que abarcaban un área de 200 km² en 6 meses (Olson et al., 2017). Cabe señalar que en ningún trabajo se ha tratado de cubrir toda una comunidad de manera sistemática y este es el gran desafío.

Siguiendo estos esquemas, un screening basado en smartphones, además de ser posiblemente el más eficiente, permitiría:

1. Llegar a toda la población y encontrar personas en riesgo para depresión, ansiedad, alcohol, drogas y suicidio con apenas 30-40 preguntas.
2. Establecer prioridades asistenciales con los resultados.
3. Proporcionar información a los tomadores de decisiones para el rediseño de procesos asistenciales.
4. Estratificación de la población según gravedad y necesidades asistenciales.
5. Feedback para los participantes que den su consentimiento sobre su estado de salud en relación con la población al finalizar el cuestionario de screening.
6. Facilitar el contacto de los grupos de mayor riesgo con el sistema sanitario.

Al preparar un screening basado en smartphone hay que considerar varias etapas en el desarrollo y ejecución, así como los efectos sobre los grupos de interés (población-participantes, líderes locales, investigadores, planificadores sanitarios, políticos y líderes locales (ver Tabla 24)

17.4.2 Monitorización de conducta suicida: proyecto smartcrisis

La salud electrónica implica la integración de las TIC en la práctica clínica rutinaria mediante el aumento de las posibilidades de conexión en red entre los pacientes y los médicos. Los ensayos recientes en que se han utilizado dispositivos electrónicos móviles han demostrado su eficacia en la vigilancia en tiempo real, y han mejorado las posibilidades de evaluación en un gran número de entornos clínicos (Dogan et al., 2017). La evaluación de las relaciones dinámicas del paciente entre los acontecimientos y el curso de la enfermedad se ve mejorada por el desarrollo de estrategias de recopilación de datos momentáneos, como los métodos de muestreo

de la experiencia (ESM) y la evaluación ecológica momentánea (EMA) (Berrouiguet et al., 2017). Estos enfoques, que se basan en la administración por vía telemática de contenidos informativos y cuestionarios autoadministrados, reducen el sesgo de la memoria ya que se realizan en tiempo real (Asselbergs et al., 2016). Los dispositivos electrónicos también son capaces de realizar una recopilación de datos pasiva (o autónoma), es decir, de extraer información sobre los usuarios sin ningún esfuerzo por su parte. En conclusión, se pueden monitorizar en tiempo real un extenso panel de variables físicas y mentales (Reinertsen & Clifford, 2018). Finalmente, el concepto de digital footprint (perfil digital), creadas con los datos recogidos automáticamente por los dispositivos tecnológicos, ofrecen una prometedora oportunidad para la investigación y la toma de decisiones clínicas (Bidargaddi et al., 2017).

Teniendo en cuenta los puntos fuertes y las dificultades de los métodos de evaluación del riesgo de suicidio existentes, hemos diseñado un sistema capaz de combinar la EMA y la monitorización continua de los pacientes utilizando los sensores de los

■ TABLA 24. **Resultados desables sobre grupos de interés de un screening poblacional con Smartphone de conducta suicida** (Elaboración propia)

PERIODO	Reclutamiento	Tras la inclusión	Final reclutamiento
AGENTE	<ul style="list-style-type: none"> Equipo investigación Planificadores 	<ul style="list-style-type: none"> Participantes 	<ul style="list-style-type: none"> Planificadores Líderes locales Políticos
TAREAS	<ul style="list-style-type: none"> Diseño Monitorización Definir key performance indicators (KPIs) Usar KPIs para aumentar reclutamiento Determinar cut-off 	<ul style="list-style-type: none"> Estimar validez respuesta Informes (feedback) Derivación a servicios sanitarios si procede Pattern analysis Clustering 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores para gestión Informes para medios Directrices para la comunidad
INDICADORES/ DOMINIO DE MEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad Tasa reclutamiento Representatividad Calidad de los datos 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad Razón de coste Tasa de derivación servicios sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Fiabilidad Validez Ranking de problemas Población inaccesible
PRODUCTOS	<ul style="list-style-type: none"> Key Performance Metrics (KPM) 	<ul style="list-style-type: none"> Informe para cada participante 	<ul style="list-style-type: none"> Informes grupo interés Recomendaciones para mejorar y extender screening
RESULTADOS		<ul style="list-style-type: none"> Detección casos y conexión con SS 	<ul style="list-style-type: none"> Elementos para planificación Sistema de vigilancia SM

smartphone para monitorizar el riesgo de suicidio. El objetivo final es desarrollar algoritmos personalizados basados en el protocolo EMA y en marcadores de actividad motora para evaluar el riesgo de intentos de suicidio (Berrouiget et al., 2019).

Los pacientes con conducta suicida tienen unas buenas tasas de aceptación, respuesta, retención y cumplimiento. Estas tasas a 30 días suelen estar por encima del 60% en estudios incentivados (Kleiman et al., 2017; Czyz et al., 2018; Asselbergs et al., 2016). En periodos más largos, como en el estudio de Hung et al. (2016) a 8 semanas, el uso de la aplicación disminuyó casi diez veces al final del seguimiento.

La fatiga de los participantes es un punto débil importante de la metodología de la EMA (Yang et al., 2019). Responder a las mismas preguntas todos los días puede ser una carga para los participantes y llevarlos a abandonar el estudio. En cuanto a los sistemas de vigilancia pasiva, los participantes podrían desinstalar fácilmente las aplicaciones que no les ofrecen ningún beneficio. Esto probablemente contribuye a los cortos períodos de seguimiento que se encuentran en la mayoría de los estudios de la EMA, junto con la práctica común de utilizar incentivos. Esos incentivos suelen adoptar la forma de una compensación financiera, que a veces es proporcional a las tasas de finalización (Asselbergs et al., 2016; Kleiman et al., 2017; Czyz et al., 2018). El uso de incentivos limita las conclusiones sobre cómo funcionarían estas aplicaciones en entornos del mundo real.

En smartcrisis comparamos a los pacientes no incentivados con los controles de estudiantes incentivados (que podían validar su participación en el estudio como una actividad académica -no se dio ninguna compensación económica-). La tasa de respuesta fue mayor en los pacientes que en los controles, y ligeramente mayor en los pacientes con un historial de conducta suicida en comparación con los que no tenían dicho historial. Aunque la retención disminuyó gradualmente en los tres grupos, volvió a ser más alta en los pacientes que en los controles, y también más alta en los pacientes suicidas. Para disminuir la carga de EMA, aplicamos un sistema de rotación aleatoria de las preguntas de la aplicación MEmind, reduciendo así la repetición. Además, añadimos funcionalidades en la aplicación eB2 para que, además de servir como un sistema de monitorización pasivo, la aplicación

también pudiera ser directamente útil para los participantes. La combinación de monitorización activa y pasiva no disminuyó la retención, ya que los pacientes suicidas -que tenían ambas aplicaciones instaladas- mostraron mayores tasas de retención que los pacientes no suicidas -que sólo tenían el sistema de monitorización pasiva.

17.5 CONCLUSIONES

- La investigación en suicidio cubre aspectos muy variados de esta conducta y ha generado modelos explicativos con escaso valor predictivos.
- Recientemente se ha incorporado investigación tanto en medidas preventivas como tratamientos destinados a reducir los riesgos de nuevas conductas suicidas.
- A pesar del esfuerzo realizado, aun hay una escasa traslación de estos conocimientos a la clínica y a los programas de prevención nacionales (con excepción de algunos países del norte de Europa y Australia).
- La irrupción de las tecnologías de información y comunicación puede generar nuevas herramientas y procedimientos para el diagnóstico, monitorización y tratamiento de la conducta suicida.
- Los hallazgos y herramientas basados en TIOC deben ser replicados y contrastados antes de generalizarlos.

17.6 BIBLIOGRAFÍA

- Aanensen DM, Huntley DM, Feil EJ, et al. EpiCollect: Linking Smartphones to Web Applications for Epidemiology, Ecology and Community Data Collection. *PLoS One* 2009;4:e6968. doi:10.1371/journal.pone.0006968
- Asselbergs J, Ruwaard J, Ejds M, Schrader N, Sijbrandij M, Riper H. Mobile phone-based unobtrusive ecological momentary assessment of day-to-day mood: an explorative study. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):e72.
- Berrouiguet S, Barrigón ML, Brandt SA, Nitzburg GC, Ovejero S, Alvarez- García R, et al. Ecological assessment of Clinicians' antipsychotic prescription habits in psychiatric inpatients: a novel web- and Mobile phone-based prototype for a dynamic clinical decision support system. *J Med Internet Res*. 2017 Jan;19(1):e25.
- Berrouiguet S, Barrigón ML, Castroman JL, Courtet P, Artés-Rodríguez A, Baca-García E. Combining mobile-health (mHealth) and artificial intelligence (AI) methods to avoid suicide attempts: the Smartcrises study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):277. Published 2019 Sep 7. doi:10.1186/s12888-019-2260-y
- Bidargaddi N, Musiat P, Makinen V-P, Ermes M, Schrader G, Licinio J. Digital footprints: facilitating large-scale environmental psychiatric research in naturalistic settings through data from everyday technologies. *Mol Psychiatry*. 2017 Feb;22(2):164-9.
- Burger J, Capobianco M, Lovern R, Boche B, Ross E, Darracq MA, et al. A Double-Blinded, Randomized, Placebo-Controlled Sub-Dissociative Dose Ketamine Pilot Study in the Treatment of Acute Depression and Suicidality in a Military Emergency Department Setting. *Mil Med*. 2016;181(10):1195-9.
- Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry*. 2015;5(3):286-304. doi:10.5498/wjp.v5.i3.286
- Czyz, E. K., King, C. A., & Nahum-Shani, I. (2018). Ecological assessment of daily suicidal thoughts and attempts among suicidal teens after psychiatric hospitalization: Lessons about feasibility and acceptability. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.031>
- Dogan E, Sander C, Wagner X, Hegerl U, Kohls E. Smartphone-based monitoring of objective and subjective data in affective disorders: where are we and where are we going? Systematic review. *J Med Internet Res*. 2017 Jul;19(7):e262.
- Ella Arensman, Claire Coffey, Eve Griffin, Chantal Van Audenhove, Gert Scheerder, Ricardo Gusmao, et al. Effectiveness of Depression-Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(7):651-60.
- Faurholt-Jepsen M, Frost M, Martiny K, et al. Reducing the rate and duration of Re-ADMISSions among patients with unipolar disorder and bipolar disorder using smartphone-based monitoring and treatment – the RADMISS trials: study protocol for two randomized controlled trials. *Trials* 2017;18:277. doi:10.1186/s13063-017-2015-3
- Freifeld CC, Chunara R, Mekar SR, et al. Participatory Epidemiology: Use of Mobile Phones for Community-Based Health Reporting. *PLoS Med* 2010;7:e1000376. doi:10.1371/journal.pmed.1000376
- García Aguado J. Cribar o no cribar: ¿esa es la cuestión? En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría* 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 211-21.
- Gould TD, Georgiou P, Brenner LA, Brundin L, Can A, Courtet P, et al. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. *Transl Psychiatry*. 2017;7(4):e1092.
- Helbich M. Dynamic Urban Environmental Exposures on Depression and Suicide (NEEDS) in the Netherlands: a protocol for a cross-sectional smartphone tracking study and a longitudinal population register study. *BMJ Open* 2019;9:e030075. doi:10.1136/bmjopen-2019-030075
- Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry*. 2016;6(2):269-282. Published 2016 Jun 22. doi:10.5498/wjp.v6.i2.269
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Krieke L Van Der, Jeronimus BF, Blaauw FJ, et al. HowNutsAreTheDutch (HoeGekIsNL): A crowdsourcing study of mental symptoms and strengths. *Int J Methods Psychiatr Res* 2016;25:123-44. doi:10.1002/mpr.1495

Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):544-54.

Olson D, Lamb MM, Lopez MR, et al. A Rapid Epidemiological Tool to Measure the Burden of Norovirus Infection and Disease in Resource-Limited Settings. *Open Forum Infect Dis* 2017;4. doi:10.1093/OFID/OFX049

Reinhardt I, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J. Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):63. Published 2019 Jul 1. doi:10.1007/s11920-019-1054-8

Reinertsen E, Clifford GD. A review of physiological and behavioral monitoring with digital sensors for neuropsychiatric illnesses. *Physiol Meas*. 2018 May;39(5):05TR01.

Sano A, Taylor S, McHill AW, et al. Identifying Objective Physiological Markers and Modifiable Behaviors for Self-Reported Stress and Mental Health Status Using Wearable Sensors and Mobile Phones: Observational Study. *J Med Internet Res* 2018;20:e210. doi:10.2196/jmir.9410

Shore JH, Yellowlees P, Caudill R, et al. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018. *Telemed J E Health*. 2018;24(11):827-832. doi:10.1089/tmj.2018.023

Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-387. doi:10.1001/jama.2015.18392

Silverman MM, Pirkis JE, Pearson JL, Sherrill JT. Reflections on expert recommendations for US research priorities in suicide prevention. *Am J Prev Med*. 2014;47(3):S97-S101.

Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, et al. Mental health specialist video consultations for patients with depression or anxiety disorders in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2019;9(9):e030003. Published 2019 Sep 4. doi:10.1136/bmjopen-2019-030003

Yang, Y. S., Ryu, G. W., & Choi, M. (2019). Methodological strategies for ecological momentary assessment to evaluate mood and stress in adult patients using mobile phones: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/11215>

Atención a familias, entorno y supervivientes del suicidio

18.1 ¿POR QUÉ A LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA LE PREOCUPA ESTE TEMA? SITUACIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

Desde la Confederación Salud Mental España tenemos claro que la conducta suicida constituye un grave problema de salud pública en cualquier país debido al gran número de personas afectadas.

Según la OMS, cada año mueren por suicidio 800.000 personas en todo el mundo. En 2018, en España, fallecieron 3.539 personas, una media de casi 10 personas al día. Por ello, desde **Salud Mental España** creemos que es preciso sensibilizar sobre la trascendencia del suicidio y orientar a aquellas personas que puedan encontrarse en situaciones de riesgo, así como a sus familiares y entorno, para que les sepan prestar un apoyo efectivo en esos momentos tan complicados.

Es imprescindible acabar con los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio para facilitar la desestigmatización y terminar con la culpabilización de la conducta suicida y, con ello, facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda.

18.2 INCIDENCIA DEL SUICIDIO EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Es algo más que evidente que existe un vínculo entre el suicidio y los problemas de salud mental, especialmente los que están relacionados con la depresión mayor y el consumo de alcohol.

AUTORÍA

**CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL
ESPAÑA.**

En aproximadamente el 80% de las personas que presentan un cuadro de depresión mayor se detecta, en algún momento, la ideación autolítica. Entre el 14% y el 50% de estas personas, realizan intentos de suicidio, que se relacionan principalmente con la desesperanza. Por ello, se calcula que una de cada dos personas que consuman el suicidio tiene un trastorno depresivo, por lo que se considera un factor de riesgo determinante.

Las causas del comportamiento suicida son numerosas y complejas y, en su mayoría, están relacionadas con situaciones vitales, bien constantes o bien circunstanciales.

La relación de detonantes puede ser casi tan larga como experiencias tenga una persona a lo largo de su vida, aunque hay algunos factores, no pocos, que condicionan ideaciones y conductas suicidas. La pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones, o problemas jurídicos o laborales, antecedentes familiares de suicidio, el abuso de alcohol y estupefacientes, los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 65% y el 95% de los casos de suicidio están muy relacionados con los problemas de salud mental. En su informe 'Prevención del Suicidio. Un imperativo global', la OMS señala que hasta el 90% de las personas que se suicidan en los países de ingresos altos tiene algún problema de salud mental, mientras que el 10% restante, aunque no tienen un diagnóstico de trastorno mental, presentan los mismos síntomas que quienes se suicidan.

Se calcula que el riesgo de suicidio para toda la vida es de un 4% entre las personas con trastornos del estado de ánimo, de un 7% entre las personas con dependencia del alcohol, de un 8% entre las personas con trastorno bipolar y de un 5% entre las personas con esquizofrenia.

La tasa de mortalidad por suicidio de las personas con esquizofrenia es 9 veces mayor que la de la población general, según recoge la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, elaborada en 2007. Este mismo documento, apunta que hasta el 30% de las personas con esquizofrenia ha llevado a cabo alguna tentativa de suicidio

y entre el 4% y el 10% muere tras la tentativa. De hecho, el suicidio está considerada la primera causa de muerte prematura en las personas con esquizofrenia (Gómez et al., 2007).

Por último, cabe mencionar el efecto de la violencia machista sobre la salud mental de las mujeres que la sufren y que también incrementa el riesgo de conductas suicidas. Aunque no hay cifras concretas, profesionales de la Psicología alertan de la incidencia de la violencia machista y los abusos sexuales como importantes factores de riesgo de la conducta suicida.

La OMS propone algunas prácticas que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar una conducta suicida, en especial entre las personas con algún problema de salud mental.

La organización internacional recomienda cultivar y mantener relaciones estrechas sanas, ya que constituyen una red de seguridad y protección contra el suicidio, al facilitar y aumentar la recuperación individual. El círculo social más cercano de una persona, como la pareja, familiares, amistades y otras personas allegadas, pueden tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis.

18.3 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

18.3.1 Edad

En España, según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta en forma sostenida con la edad. Es más baja entre la población menor de 15 años y más elevada entre las personas de 70 años o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo.

Aun así, en la población más joven, el suicidio es un grave problema de salud pública en España, ya que es la **primera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 39 años**, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística.

18.3.2 Causas

El suicidio es una conducta compleja que puede darse por múltiples factores. Algunos de estos factores que aumentan la vulnerabilidad a la hora de cometer suicidio, son los siguientes:

- Factores de personalidad (impulsividad, agresividad, desesperanza, etc.).
- Problemas de salud mental (trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de personalidad, etc.) y trastornos por abuso de sustancias.
- Factores biológicos (hormonales, enfermedades médicas, dolor, etc.).
- Factores familiares (la historia familiar de conducta suicida es un factor de riesgo).
- Factores psicosociales de riesgo suicida (de orden macro y microsocioal, del tipo de sexo masculino, edad avanzada, estado civil soltero/divorciado, situación económica, laboral, inmigración, crisis económica y social, etc.).

18.3.3 Perspectiva de género

Tanto en España como en el resto del mundo, **el número de hombres que fallecen por esta causa, es mayor que el de mujeres** (en 2018, fallecieron en España, 3.539 personas, de las cuales fueron 2.619 hombres y 920 mujeres). Según la OMS, en los países de mayores ingresos económicos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, sin embargo en los países de ingresos bajos y medianos esta diferencia disminuye y se sitúa en 1,5 hombres por cada mujer.

Sin embargo, si nos centramos en los **intentos de suicidio, el número de mujeres es muy superior** al de los hombres, ya que suponen **el 75% del total**.

18.3.4 Problemas de salud mental y otras enfermedades

Existe un vínculo entre el suicidio y los problemas de salud mental, especialmente relacionado en el caso de la depresión y el consumo de alcohol.

Según recoge la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la tasa de mortalidad por suicidio de las personas que presentan un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación por 33, y en las toxicomanías por 86 (Harris & Barraclough, 1998).

18.3.5 Contexto social y económico

El 75% de los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. Solo el 25% se produce en países de altos ingresos. Según la OMS, el suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad.

La OMS señala también que las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, las personas refugiadas y migrantes; las comunidades indígenas; las personas homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y las personas que se encuentran privadas de libertad en prisiones.

18.4 MITOS Y REALIDADES: CÓMO AFECTAN A LA FAMILIA Y A LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES

En muchos casos, la sociedad continúa evitando hablar de la causa del fallecimiento de una persona si ésta es el suicidio. Si en nuestra sociedad la muerte es con frecuencia un término tabú, el suicidio lo es aún más debido al estigma y a la incompreensión que acarrea. Cuanto más silencio rodea al suicidio, más se incrementan los mitos y falsas creencias que giran en torno a esta situación, lo cual dificulta en gran medida la prevención.

El hecho de que sea tabú disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben el apoyo que necesitan. La prevención del suicidio no se ha abordado de manera adecuada debido este tabú y a la falta de conciencia de que se trata de un problema de salud pública urgente del que es necesario hablar abiertamente.

Para **Salud Mental España** es imprescindible trabajar en desmontar estos mitos a partir de mostrar cuáles son las realidades que rodean al suicidio. De este modo podremos contribuir a derribar barreras sociales ante esta lacra y poder así promover la prevención.

A continuación, y a modo de resumen, ofrecemos una tabla comparativa entre mitos y realidades que puede ayudar a clarificar algunos conceptos que tenemos interiorizados pero que, por la experiencia probada, resultan ser erróneos.

MITO	REALIDAD
Los intentos de suicidio son una llamada de atención.	Un intento de suicidio es una manifestación del sufrimiento y la desesperación que siente la persona.
La persona que realmente quiere acabar con su vida, no avisa.	La mayoría de las personas avisan, de algún modo, de sus intenciones a las personas de su entorno.
Las personas que se suicidan son egoístas o valientes.	La conducta suicida no es cobarde ni valiente, sino que está vinculada a un altísimo grado de sufrimiento de la persona.
Los medios de comunicación no deben de hablar del suicidio para el evitar el llamado 'efecto llamada' o 'efecto Werther'.	La publicación de una información responsable y adecuada por parte de los medios es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio ('efecto Papageno').
El suicidio no se puede prevenir.	Sí se puede. Es fundamental la detección temprana y poder disponer de los recursos, profesionales y espacios adecuados.

18.5 SUPERVIVIENTES DE SUICIDIO: ATENCIÓN Y TESTIMONIOS

Superado el mito de que "quien quiere suicidarse no avisa", el entorno de la persona puede identificar determinados indicios que le lleven a pensar en una posible conducta suicida. Entre estas señales (tal y como explica la "Guía sobre la Prevención del Suicidio para personas con ideación suicida y familiares" del Servicio Andaluz de Salud) se encuentran manifestaciones verbales (en las que la persona expresa su deseo de quitarse la vida) y no verbales (en las que la persona resta importancia a las ideas suicidas, se iguala con una persona conocida que se ha suicidado, o regala sus posesiones más preciadas) (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Pero, además del entorno, ¿quién debe realizar la atención a la persona que tiene pensamientos o ideaciones suicidas? Tengamos en cuenta que una de cada cuatro de estas personas ha contactado con su médico de atención primaria en el año anterior al intento de suicidio, y el 45% en el mes anterior, por lo que el papel de estos profesionales en el abordaje y detección de la conducta suicida, es clave (Oto et al., 2014). En las unidades de Urgencias, Psiquiatría y Psicología, así como en otras especialidades, también pueden detectarse este tipo de conductas

Y no solo el sector de la salud debe estar implicado en esta atención, sino que debe realizarse de forma multidisciplinar, de forma que intervengan otras áreas como educación, empleo, bienestar social, justicia, emergencias, etc.

Pero más allá de los protocolos y las cifras, escuchar a las personas supervivientes de uno o varios intentos de suicidio se convierte en un asunto fundamental para comprender la problemática que nos ocupa.

"Mis experiencias en intentos de suicidio han venido derivadas de depresiones y no saber gestionar la espiral de la tristeza y el sufrimiento. Solo quería dejar de sufrir porque estaba horrorosamente mal. Eso solo lo sabe quien ha pasado por ello", explica **José Luis Herrera**, integrante de AFEM La Palma y del Comité Pro Salud Mental En Primera Persona de SALUD MENTAL ESPAÑA, en una entrevista para la Revista Encuentro de la Confederación. José Luis se refiere a esa época como "el agujero negro", pero

apostilla que en su caso “tuvo suerte”. Explica así lo que sucedió tras su ingreso más reciente: “Enseguida me puse en contacto con mi psicóloga, que me hacía escribirle todos los días y me veía dos veces por semana. Como dije anteriormente tengo una gran suerte. A día de hoy me encuentro fantásticamente bien, con mis subidas y bajadas como todo el mundo, reforzado y con ganas de hacer cosas” (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2018).

Una de las dificultades a las que se enfrentan estas personas es la incompreensión que muchas veces reciben de la sociedad y el entorno: el estigma del suicidio y los mitos antes mencionados. “Recibía mensajes de apoyo y algunas personas quedaron conmigo, pero con una mirada de no comprender... ¿Por qué había hecho esto? Lo que hice me ha costado perder a grandes amigos. Si tocas este tema con naturalidad la gente enseguida da un paso atrás. La sociedad y la humanidad no está preparada ni concienciada sobre este tema”. José Luis reconoce sin embargo que aunque se ha sentido “incomprendido, juzgado, solo, avergonzado y señalado...” también le han acompañado “sin juzgar, escuchándome, y respetando mi forma de pensar y de hacer las cosas”.

Andrés Colao, representante del Comité Pro Salud Mental AFESA Salud Mental Asturias y superviviente de suicidio, también hace hincapié “en la necesidad de asumir que, detrás de las estadísticas y fríos datos numéricos, estamos hablando de vidas humanas, de personas que un día tuvieron sueños y expectativas, ganas de vivir y de amar y ser amadas, y metas por conseguir. En algún momento del camino, la sociedad en su conjunto fallamos a estas personas”.

Colao explica que “hay momentos en los que desear no despertar por la mañana, no vivir un nuevo día, se convierte en la mejor de las soluciones. No por fácil, no por no tener gente querida alrededor que puede darnos la mano para avanzar, sino porque la vida dejó de ser una aventura que mereciese la pena ser disfrutada. Si bien la decisión es personal, en la mayoría de las ocasiones, me pregunto si una palabra de aliento, un abrazo en un momento inesperado, un café tranquilo y sin prisas, una llamada de teléfono para hablar y no un mensaje escrito rápido, no hubiesen servido para conectar con una persona que se siente desconectada, sola, rendida. Me hace pensar en cómo muchas veces, este ritmo de vida vertiginoso que llena nuestros días de ocu-

paciones para llenarnos de cosas que tienen fecha de caducidad nos hace inmunes a otros tiempos, a otros ritmos, a otras necesidades. Nos impide reaprender a parar, a mirar, a escuchar, a sentir” (Colao, 2019).

En el acto conmemorativo del Día Mundial de la Salud Mental de 2018, el actor **Damián Alcolea** explicó ante las personas asistentes su experiencia propia y opinión sobre los problemas de salud mental y el suicidio: “Pasé por un periodo largo depresivo en el que no podía pensar con claridad y todo era como un gran agujero negro que me engullía. Pasé, como dicen los poetas, por mi noche oscura del alma. Y en esa noche oscura, llegué a tener pensamientos suicidas. Pero paradójicamente, también llegué a descubrir que dentro de mí poseía una fuerza de voluntad que antes no había sido capaz de ver”. Durante el acto, Alcolea afirmó además lo siguiente: “Temía tirarme literalmente por una ventana. Pues bien, la primera cita que conseguí con mi psicóloga fue para casi tres meses después. No es aceptable que una persona que está viviendo una necesidad de primer grado en términos de salud mental se le niegue la asistencia que sabemos que necesita. Porque eso es lo que ocurre. Tenemos que dejar de cuestionar a las personas que viven con malestar psíquico. Tenemos que dejar de culpabilizarlas, tenemos que dejar de minimizar su sufrimiento solo porque no lo entendemos”.

Desde **Salud Mental España** se reivindica que la voz de las personas con problemas de salud mental debe y tiene que estar presente en cualquier tipo de iniciativa o plan que se lleve a cabo para prevenir el suicidio.

18.6 FAMILIAS: DUELO TRAS UN SUICIDIO

Las familias son, después de la propia persona, las grandes perjudicadas en esta situación. En los casos en los que una persona fallece por suicidio, al dolor de la pérdida de un ser querido se suman las emociones que están vinculadas al estigma que rodea este hecho.

¿Por qué mi familiar ha tomado esta decisión? ¿Podría haber evitado el fallecimiento de mi amiga o amigo? Preguntas de este tipo son comunes cuando ocurre una muerte por causa de suicidio. Es muy frecuente que las personas allegadas bus-

quen la causa de la ausencia de su familiar, intentando buscar una explicación al fallecimiento de la persona (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). También es frecuente que aparezcan sentimientos vinculados a la culpa, lo cual hace que este proceso de duelo sea uno de los más dolorosos que existen.

Otro de los sentimientos que pueden surgir dentro del entorno de la persona que ha fallecido por suicidio es la vergüenza. Esto es debido al estigma que existe en torno a la conducta suicida. El resultado, es que las familias, lejos de sentirse acompañadas por la dificultad de la situación, se sienten solas y no saben cómo explicar a las demás la muerte de su ser querido. De forma pasajera, la rabia o el enfado hacia la persona que ha tomado la decisión también puede aparecer.

En estos procesos de duelo, el soporte social de la familia y amistades es fundamental. La Associació Després del Suïcidi, formada por familiares que han perdido a un ser querido por esta causa, aconseja lo siguiente a quienes quieran acompañar y dar:

- Lo que la persona superviviente necesita es una presencia a su lado y escucha incondicional.
- Ofrece tu apoyo sin emitir juicios ni opiniones.
- Acepta su conducta y permite que exprese sus sentimientos de culpa, enfado, rabia y pena.

No hay que tener miedo o reparo a pedir ayuda profesional si se necesita para aceptar la pérdida de la persona querida y gestionar las emociones que puedan surgir. Existen además grupos formados por otras personas en la misma situación cuyas reuniones pueden ser de ayuda.

18.7 REIVINDICACIONES DE SALUD MENTAL ESPAÑA

El objetivo de **Salud Mental España** en el ámbito del suicidio es, principalmente, **reivindicar un abordaje transversal del suicidio para mitigar los efectos del mismo**: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los trastornos mentales.

Desde la Confederación defendemos que la conducta suicida se puede predecir, y por tanto también prevenir, mediante intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y apoyo. Por eso, proponemos la creación de un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**, ya que sería la forma de abordar de forma transversal este problema.

Como medida urgente, creemos que es necesario implantar un **servicio telefónico de atención al riesgo suicida**, que sea de carácter público, gratuito, accesible y que se pueda recordar fácilmente (como ocurre con el 016, el teléfono de atención a las víctimas de violencia machista), asegurando así la atención, el seguimiento y control profesional que esta situación necesita. Este sería un primer paso para atender a las personas que viven una situación de emergencia, y que actualmente no reciben el cuidado que necesitan. Tratamos muy bien los dolores físicos intensos, pero no hacemos lo mismo con el dolor mental. Un dolor que, además, puede llevar a la persona a querer quitarse la vida. El sistema sanitario tiene que acoger a las personas como se merecen cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Es necesario además impulsar **campañas de sensibilización** para acabar con el tabú y estigma del suicidio que facilite a las personas con ideaciones suicidas a pedir ayuda.

Y en este sentido, los **medios de comunicación** juegan un papel clave a la hora de informar sobre suicidio de forma responsable y adecuada, siguiendo siempre las directrices de la OMS.

18.8 CONCLUSIONES

- En resumen, podemos decir que, aunque el suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa y provocó la muerte de 3.539 personas en el año 2018 en España, existen grandes carencias en la atención a las personas que intentan suicidarse y a su entorno.
- Al contrario de lo que suele pensarse, la conducta suicida se puede predecir, y por tanto también prevenir.
- Por ello, es urgente crear un Plan Nacional de Prevención del Suicidio para abordar de forma transversal este problema. Desde **Salud Mental España** reclamamos además la puesta en marcha de un teléfono público, accesible y gratuito de tres cifras de atención a la conducta suicida.
- No olvidemos que es fundamental acabar con el estigma y los mitos que rodean el suicidio. Para ello, es preciso llevar a cabo campañas de sensibilización y concienciar a los medios de comunicación de la importancia de informar adecuadamente sobre esta problemática.
- Como sociedad, tenemos una responsabilidad con el dolor y el sufrimiento de las personas, porque es uno de los grandes males del mundo actual. El bienestar del resto de las personas es algo que nos incumbe, siempre. Por suerte, los tiempos en los que el suicidio era un tabú y un estigma están llegando a su fin. Mirar hacia otro lado no ha servido jamás para resolver un problema y por eso, aunque el camino es largo, debemos empezar a recorrerlo.

18.9 BIBLIOGRAFÍA

- Colao, A. (2019). Vivir sin miedo. Revista Encuentro, 3, 16.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2018). El suicidio: cuando hablar salva vidas. Revista Encuentro, 2, 4-6.
- Gómez, M., Arbesu, J.A., Baca, E., Belloch, A., Espino, A. Fernández, A., Hernández, M., López, A., Ruiz, R., Sánchez, J. M. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Harris, EC, Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. British Journal of Psychiatry, 173, 11-53.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. El día después del suicidio de un familiar o allegado. En Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Oto Vínúes, M., Gutiérrez, M. D., Pérez de San Román, B., Goñi, A., Satrústegui, C., Vega, A., Lacasa, M. T., Sainz de Murieta, E., Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES), Echávarri, A., Villanueva, P. (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional: prevención y actuación ante conductas suicidas. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). Guía sobre la Prevención del Suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias.

Prevención del suicidio en los medios de comunicación

La relación entre el suicidio y los medios de comunicación, desde un punto de vista preventivo ha sido ambivalente desde mediados del siglo pasado. El silencio imperante en el siglo XX para evitar un posible efecto contagio ha dado paso a una postura cada vez más extendida de que hablar sobre esta realidad de una forma rigurosa y responsable puede favorecer su prevención. Pero si bien la primera dirección ha sido secundada de una manera mayoritaria por los medios en cuanto a los casos de suicidios concretos, el carácter proactivo que se les reclama en la actualidad para la divulgación de contenidos preventivos es algo que apenas se ha explorado en la práctica. Al menos en España.

En Hong Kong, la preocupación por el paulatino aumento de suicidios entre la población estudiantil desde 2016 y la oleada de 2016 llevó al Centro para la Investigación y Prevención del Suicidio de la Universidad a contactar con medios de comunicación locales para intentar minimizar los tratamientos sensacionalistas y potenciar las informaciones preventivas (Cheng et al, 2017). Fruto de ese trabajo conjunto de agentes de prevención con profesionales de la comunicación, las noticias descriptivas descendieron de una manera sostenida, mientras que las informaciones preventivas se mantuvieron activas solo durante los dos meses que duró el llamamiento. A lo largo de este periodo, cuando se dieron ambos comportamientos por parte de los medios, los suicidios estudiantiles descendieron.

Era la primera vez que en Asia se estudiaba los posibles el efecto Papageno, y aunque los investigadores no pudieron establecer una relación directa causa-efecto, sus conclusiones ahondaron en la consideración de que un tratamiento adecuado del suicidio en los medios de comunicación puede redundar en una disminución de la intensidad de los suicidios (o al menos no incrementarlos), tal y

AUTORÍA

GABRIEL GONZÁLEZ ORTIZ. Periodista del Diario Navarra

MIQUEL ROCA BENNASAR. Catedrático de Psiquiatría Universitat de les Illes Balears.

como mantiene la Organización Mundial de la Salud desde el año 2000.

En la práctica, sin embargo, en el día a día de la agenda de los mass media españoles, el miedo a provocar un efecto contagio, el llamado efecto Werther (Phillips, 1974), y el temor a equivocarse en el tratamiento de un asunto tan complejo como delicado (Azurmendi, 2018) han llevado a los medios a silenciar durante décadas esta problemática. Se ha producido un apagón informativo de tal intensidad que ha dejado al suicidio huérfano de una narrativa pública -contribuyendo así a afianzar el estigma y el tabú-, y se le ha privado de la proyección social que merecería una realidad que en el año 2017 se cobró la vida de 3.679 (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Cuando los medios han roto ese silencio, ese pacto tácito para no informar sobre suicidios para evitar un posible efecto contagio, lo han hecho mayoritariamente con tratamientos descriptivos que vulneraban con demasiada frecuencia las pautas que la OMS recomienda para evitar, precisamente, el mismo efecto contagio con el que los medios han justificado su silencio.

En el año 2014, tres profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital San Agustín de Avilés, Asturias, (Herrera-Ramírez et al, 2015) analizaron todas las informaciones sobre suicidios publicadas durante 14 meses (septiembre de 2011 a octubre de 2012) en cinco periódicos españoles, tres de tirada nacional y dos de ámbito regional. Entre sus conclusiones, destacaron que en ese periodo y en los cinco medios habían aparecido un total de 148 noticias, una cifra "escasa" si se tenía en cuenta que en esos meses habían fallecido 3.180 personas por suicidio en España. De su análisis, concluyeron que el 40% de las noticias podían incluirse en la categoría de "sensacionalismo", el 48,7% ofrecía explicaciones simplistas, el 82% divulgaba una nota de suicidio, el 65,7% hablaba del método utilizado... Varias de las líneas rojas que se recomiendan no traspasar para sortear el efecto contagio (Organización Mundial de la Salud, 2000).

¿Cuáles han sido las consecuencias de esta dicotomía, la del silencio general y el ruido puntual, la de la discreción y el espectáculo? Si la narrativa de los medios de comunicación influye en cómo se ve la sociedad a sí misma y condiciona en ocasiones sus comportamientos (Casares, 2019), la población ha

percibido de los medios de comunicación que el suicidio es una realidad que no existe, que es tabú, de la que no hay que hablar, y que si surge en el espacio público lo hace envuelta en connotaciones muy peyorativas y en la sección de sucesos, bajo el estigma, o con el foco puesto en los detalles más dramáticos. Los enfoques preventivos, los dirigidos a informar, concienciar y sensibilizar a la población sobre esta realidad, a formarla en la detección de señales de alarma, ocupan un espacio muy residual en los medios. Solo un 9,5% de las informaciones recogidas en el estudio de Avilés de 2014.

Algo así ocurría hace dos décadas en España con la violencia sobre la mujer. En 1997, el caso de Ana Orantes, asesinada por su marido tras denunciar malos tratos en un programa de televisión (El País, 2019), sacó a la luz pública una realidad que hasta ese momento "estaba enquistada en el ámbito de lo estrictamente privado" (Instituto RTVE, 2002), el mismo espacio en el que los medios mantienen relegado el suicidio.

A partir de entonces, los medios de comunicación comenzaron a incorporar este fenómeno en la agenda diaria y a darle proyección pública; aprendieron a tratarlo como un agente de prevención, se elaboraron y divulgaron guías para periodistas desde los ámbitos público y privado, y hoy en día, 23 años después, los medios españoles son "un referente mundial" en la visibilización de este grave problema, según destaca Pilar López Díez, asesora en Comunicación y Género de la Fiscalía General del Estado en 2014.

Actualmente, la población española es la más concienciada de Europa sobre esta problemática, de acuerdo al Eurobarómetro de 2017 (El País, 2017), y su mayor atención mediática no ha provocado un efecto contagio que se temió a principios de esta década. Entre 2003 y 2010 hubo 545 víctimas mortales por violencia de género (68,1 de media anual) y entre 2011 y 2018 427 (53,3 de media anual), según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2019.

El camino recorrido en violencia sobre la mujer a través de los medios de comunicación podría replicarse en la prevención del suicidio. Hay que trabajar para lograr una reducción de los tratamientos descriptivos de casos concretos anudada a una mayor presencia de contenidos preventivos que se mantengan estables en el tiempo, tal y como ha

ocurrido con la violencia de género en España y al igual que sugiere el estudio de Hong Kong. Hay que hablar del suicidio en los medios, pero hacerlo con rigor, respecto y responsabilidad, la regla de las 3Rs que debería aplicarse a cada caso concreto para sortear el efecto contagio. Y para ello se requiere concienciación, conocimiento y colaboración ente informadores y agentes de prevención, la regla de las 3Cs, básica para el abordaje de esta realidad con fines preventivos. Solo así los periodistas y los medios de comunicación podrán convertirse en un actor más en la prevención del suicidio, tal y como destacó la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) hace veinte años: "Los medios de comunicación pueden jugar un rol activo en la prevención del suicidio".

Ahí radica el principal reto, cómo insertar el suicidio, los casos concretos y el fenómeno global, en la agenda los medios, en los tiempos del periodismo inmediato, el periodismo de datos y el periodismo lento; cómo explorar esa amplia amalgama de grises, de términos medios que existen entre el silencio y el ruido, la discreción y el espectáculo, y que es donde radica cualquier línea de actuación en materia preventiva.

19.1 RIGOR, RESPETO, RESPONSABILIDAD

Una de las preguntas más frecuentes en talleres y coloquios con periodistas acerca del suicidio es cuándo una muerte autoinfligida debe ser noticia. Los libros de estilo de los principales medios de comunicación españoles no prohíben las informaciones de suicidio, pero sí exigen "una especial cautela" (Consejo de Informativos de RNE, 2013). Cada uno puede tener su interpretación sobre estas pautas genéricas, pero los tribunales ya han delimitado cuándo es legítimo que un suicidio sea proyectado a la opinión pública. Una sentencia de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Córdoba de 2007 relativa a una información sobre un suicidio que fue publicado con todo lujo de detalles, y que condenaba al medio a pagar 30.000 euros a una familia, citaba una clarificadora doctrina del Tribunal Constitucional: "Cuando la actividad informativa se quiere ejercer sobre ámbitos que puedan afectar a otros bienes constitucionales, como es la intimidad personal y familiar, es preciso, para que su proyección sea legítima, que lo informado resulte de interés público, pues sólo entonces puede exigirse de

aquellos a quienes afecta o perturbe el contenido de la información que la soporten, en aras, precisamente, del conocimiento general y difusión de hechos y situaciones que interesan a la comunidad. Es por lo tanto la relevancia comunitaria o social, y no la simple satisfacción de la curiosidad ajena, lo único que puede justificar la exigencia de que los particulares asuman aquellas perturbaciones o molestias ocasionadas por la difusión de una determinada noticia". Es decir, para que el derecho a la información prevalezca sobre bienes constitucionales como la intimidad personal y familiar, "es preciso que lo informado resulte de interés público". Con estas pautas, solo un grupo muy limitado de suicidios deberían ser noticia: los suicidios de personalidades públicas, los ligados a alguna problemática de interés social (desahucios, acoso, bullying, violencia sobre la mujer...) y los que alteran de algún modo el espacio u orden públicos. Su mayor o menor cobertura irá en función de su componente público, no del suicidio en sí (Gonzalez, 2018).

Con estas consideraciones, a la hora de valorar el enfoque de cualquier suicidio susceptible de ser noticia, sería conveniente aplicar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud bajo el prisma de regla de las 3Rs. De inicio, el rigor. La Real Academia de la Lengua define el término con dos acepciones: "Rigidez o firmeza en el trato o en el cumplimiento de ciertas normas, y propiedad y exactitud o precisión en la realización de algo, especialmente en el análisis, el estudio o el trabajo científicos". Ambas son válidas para el abordaje de los casos concretos de suicidio. Hay que ser firme en el cumplimiento de las normas de la OMS (trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos, referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso, presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores, resaltar las alternativas al suicidio, proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios, publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia, no publicar fotografías o notas suicidas, no informar detalles específicos del método usado, no dar razones simplistas, no glorificar ni sensacionalizar el suicidio, no usar estereotipos religiosos o culturales, no aportar culpas, divulgar una lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con sus números telefónicos y direcciones actualizados, publicitar las señales de advertencia del comportamiento suicida, transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, siendo

la depresión una condición tratable, y ofrecer un mensaje de solidaridad a los supervivientes proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo para supervivientes, si los hay).

La segunda acepción de rigor, la de "exactitud y precisión" es especialmente importante con una de las recomendaciones de la OMS más vulnerada y que puede provocar mayor efecto contagio: simplificar las causas. Hay unanimidad al considerar al suicidio como un fenómeno multicausal, por lo que, si los medios simplifican las causas y lo atribuyen única y exclusivamente a una sola, el mensaje que se puede transmitir es que el suicidio es una salida para afrontar los problemas.

Algo así ocurrió entre 2012 y 2013 con una oleada de informaciones que vinculaban directamente suicidios con desahucios. La respuesta de los profesionales de la psiquiatría llegó en marco de 2013 en Vitoria, dentro del 21 Curso de Actualización de la Psiquiatría. "No hay una relación directa entre desahucios y suicidios" (Espejo Público, Antena 3, 2013) y "Los psiquiatras advierten del peligro de inducción al suicidio con las noticias" (El Mundo, 2013), titularon algunos medios. Algunas redacciones hicieron autocritica y crearon espacios para reflexionar. En Radio Nacional de España, por ejemplo, su consejo de informativos elaboró un informe "Tratamiento del suicidio en las informaciones periodísticas" para afrontar este tipo de noticias en el futuro: "Los libros de estilo también insisten en que, al informar de un suicidio, hay que ser muy prudentes al tratar de establecer sus posibles causas, no inventarlas, ni aceptar, sin más, que sean las que el suicida haya podido reseñar por escrito. Serán los investigadores los que determinen la causa del fallecimiento". "En resumen -concluye Nemesio Rodríguez, vicepresidente de la Federación de Asociaciones de Periodistas de España y vicesecretario de la Asociación de la Prensa de Madrid- los periodistas debemos ser prudentes y rigurosos a la hora de enfocar este tipo de informaciones. Unos datos erróneos pueden desacreditar a la víctima y causar dolor a sus familiares y allegados", afirmaba el informe.

El efecto de las causas divulgadas por los medios en casos de suicidio ha sido estudiado recientemente en Corea del Sur. (*Do effects of copycat suicides vary with the reasons for celebrity suicides reported by the media?* Lee S.P., 2019). El autor examinó los suicidios de entre 2007 y 2015 para ver si la canti-

dad suicidios posteriores a la cobertura mediática del suicidio de celebridades varió según la razón atribuida al suicidio. "Encontramos que cuando la razón informada del suicidio de una celebridad era "depresión", "problemas financieros" o "desesperación de la vida", había más suicidios en el país. El público y más personas buscaron métodos de suicidio en la web durante las semanas posteriores a la cobertura de los medios que cuando se informaron otras razones". Otras razones eran fracaso comercial o ser sospechoso de un delito, por ejemplo.

Con todos estos argumentos, titulares tan frecuentes del tipo "se suicida por..." deberían evitarse, por su falta de rigor (no hay una sola causa que explique única y directamente un suicidio) y por su posible efecto contagio en poblaciones vulnerables o en una situación a la descrita por los medios de forma simplista.

Responsabilidad. El artículo 20.1 D de la Constitución Española recoge y protege el derecho "a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión", prohíbe cualquier tipo de censura previa (20.3) y establece como límites "el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia" (20.4). Cinco líneas sobre las que se han escrito ríos de tinta dentro del sempiterno debate de la regulación o la autorregulación, "entre lo que se puede decir y lo que no, ya sea por razones éticas, deontológicas o jurídicas" (Massana, 2019). Lo que se puede decir y lo que no en las coberturas del suicidio es un debate incipiente en el que se trabaja por introducir las limitaciones que marca la OMS para no provocar un efecto contagio, sin menoscabo del derecho a la información. Para ello es imprescindible un trabajo conjunto de los agentes en prevención del suicidio dirigido a la formación y concienciación de los profesionales de la comunicación de cara a ejercer con responsabilidad su función social cuando abordan un suicidio de la misma manera con la que, motu proprio, han silenciado durante décadas esta problemática para no provocar un efecto contagio.

Un tratamiento responsable de las informaciones de suicidio requiere que el periodista no difunda todos los datos de los que puede disponer. También que no lo aborde como un suceso más, como ocurre con la violencia sobre la mujer. "Hay que extremar la precaución en el uso de fuentes y datos.

Los malos tratos domésticos no son un suceso, sino que se enmarcan en un problema más amplio, el de la violencia contra las mujeres”, dice el manual de estilo de Radio Televisión Española (RTVE, 2013). Con los casos de suicidio se debería tener la misma consideración, y para ello hay que doblegar algunas reticencias. “Las principales dificultades para introducir las directrices (de la OMS) son que las noticias de suicidios ‘venden’ periódicos, y los periodistas a menudo ven las pautas como censura o una invasión de su derecho a informar”, resaltaba la Organización Mundial de la Salud en su informe “Suicidio y prevención del suicidio en Asia” de 2018. El mismo documento subrayaba que Australia, India, Malasia, Nueva Zelanda, Singapur y Vietnam habían desarrollado varias estrategias para que las medidas sean aceptadas por los medios y sus profesionales: involucrar a periodistas y editores en el desarrollo de esas pautas, una educación y capacitación constante y continua a través de talleres, sesiones, webs..., dar prioridad a subgrupos de periodistas (de salud, reporteros y editores), recompensar las buenas prácticas con premios públicos, y obtener el apoyo de organismos públicos y no públicos para que promuevan las pautas y monitoricen las noticias y la adherencia de los profesionales a las pautas de la OMS.

De cómo lograr la implicación de los periodistas a través de la concienciación, formación y colaboración con otros agentes de la prevención se hablará con mayor desarrollo en el siguiente epígrafe de este capítulo. Pero dentro de los casos concretos, merece una atención especial la recomendación de la OMS de no difundir el método empleado en un suicidio noticioso.

La elección del método influye de una manera muy determinante en el resultado de un suicidio. En 2011, cinco expertos en salud mental y prevención del suicidio del Reino Unido llevaron a cabo el estudio “Fuentes de Información Utilizadas por los suicidas en la elección del método” (Biddle, et al, 2012) en el cual entrevistaban a 22 pacientes que habían sobrevivido a una tentativa. De ellos, 12 reconocían que había recibido información (sobre cómo se habían suicidado otros) a través de periódicos, revistas e internet. Los autores del estudio alertaban de que este tipo de noticias podían contribuir a difundir y popularizar ciertos métodos. Y recogían algunos de los testimonios de esos pacientes. “Había escuchado en las noticias de personas que lo habían hecho

(saltar del puente local) y pensé que tal vez podría hacer lo mismo”, decía uno. “Leí que unas bayas en cierta época del año son letales si tragas las semillas”, relataba otra. Los autores del estudio concluían con una sugerencia: “Los medios podrían usarse para lograr una manipulación cognitiva a través de representaciones estratégicas diseñadas para despopularizar métodos comunes generando percepciones negativas”.

El método –y esto es algo que los periodistas deberían conocer, porque así sería más fácil conseguir tratamientos responsables- es una de las variables que se han empleado para medir el efecto Werther en el más de medio centenar de estudios que lo han abordado. Uno de ellos, *Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US* (Fink et al, 2018) analizó las consecuencias de la cobertura del suicidio del actor Robin Williams y concluyó que los suicidios por asfixia, el empleado por la celebridad aumentó un 32% en los cuatro meses siguientes en Estados Unidos. “Aunque no podemos determinar con certeza que estas muertes son atribuibles a la muerte de Robin Williams, encontramos un rápido aumento en los suicidios en agosto de 2014, y específicamente suicidios por asfixia, que coincidieron con el tiempo y el método de la muerte de Williams, y un aumento dramático en los informes de los medios de comunicación sobre suicidios y Robin Williams durante este mismo período, lo que sugiere una conexión entre la muerte de Williams y el posterior aumento de las muertes por suicidio de agosto a diciembre de 2014”, concluían los autores.

Respeto. La Constitución Española y las sentencias descritas en párrafos anteriores marcan los límites a la hora de informar cuando el derecho a la información entra en colisión con otros derechos fundamentales. Es el respeto a esos derechos, tanto de las personas fallecidas como de su entorno, lo que debe marcar también los límites en la cobertura de un suicidio. “Los informes deberán tener en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico”, dice la OMS en su programa SUPRE dentro del capítulo “Un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación”.

La OMS también recomienda dar cuenta del sufrimiento de los familiares. Mostrar las consecuencias de un suicidio puede ser un factor de prevención muy potente, ya que un pensamiento recurrente

en personas que tienen ideaciones suicidas es que si mueren su entorno va a descansar, cuando es todo lo contrario. “Divulgar las secuelas puede ser una buena herramienta de pedagogía social, pero, en todo caso, debe prevalecer el respeto a la integridad moral de las víctimas”, subraya el manual de estilo de RTVE acerca del tratamiento sobre violencia sobre la mujer.

Las informaciones sobre suicidios también deberán ser muy cautelosas con las imágenes escogidas. Nunca se publicarán imágenes del suicidio, tal y como recomienda la OMS; tampoco “robados” en un momento de alta tensión emocional y también deberán evitarse imágenes que ilustren distintos métodos: vías del tren, pastillas, una soga, un precipicio... Son un tipo de imágenes muy recurrentes y además de poder inspirar a personas vulnerables también generan dolor en familiares que han perdido a un ser querido por suicidio.

En torno a un suicidio hay muchísimo dolor. La premisa básica de un periodista debe ser tenerlo en cuenta a la hora de elaborar las noticias y procurar no agrandar ese dolor con sus informaciones, o al menos intentarlo, puesto que muchas veces los intereses periodísticos y de los de un familiar no van a converger.

Solo así, aplicando estas normas generales a la casuística de cada caso concreto y ponderando el derecho a la información con el derecho a la intimidad y la responsabilidad como agentes de transformación social, los profesionales de la comunicación podrán cumplir con la función que la OMS lleva reclamando durante dos décadas.

19.2 CONCIENCIACIÓN, CONOCIMIENTO, COLABORACIÓN

Los medios de comunicación y los profesionales de la salud tienen objetivos diferentes, están sometidos a distintos tipos de limitaciones en su trabajo y deben ajustarlo a reglas que no siempre coinciden. **No obstante, el bien común de la información por un lado y el bienestar físico y psicológico por otro —objetivos claros, entre otros, de cada una de estas profesiones— convergen y obligan, como hemos tratado de hacer en este texto, a trabajar de manera conjunta, intentando que esta convergencia sea lo más útil posible.** Todo ello sin desviar demasiado

de su marco de trabajo y de sus obligaciones profesionales a quienes trabajan en la comunicación o en la asistencia sanitaria. A esta situación se han añadido en los últimos tiempos las redes sociales, en dónde cualquiera puede expresar una opinión.

En puridad metodológica, todas las variables que tienen alguna influencia en conductas individuales son susceptibles de ser analizadas como “neutrales”, “nocivas” o “protectoras” sobre dichos comportamientos. En la conducta suicida los dos polos opuestos de influencia de los medios de comunicación se han llamado efecto Werther y efecto Papageno, siguiendo los personajes de Goethe y Mozart y su decisión final sobre poner o no fin a su vida.

Cualquier estrategia de prevención debe plantear primero rigurosos estudios para tratar de aislar cada variable, evaluarla y extraer conclusiones. A nadie escapa que este “aislamiento” no resulta posible en múltiples ocasiones y conlleva a trabajar con aproximaciones y generalizaciones más que discutibles. La mejor y más actualizada revisión de la literatura sobre prevención del suicidio (Zalsman et al, 2016) identifica 1797 trabajos, con 23 revisiones sistemáticas, 12 metaanálisis y 40 ensayos clínicos controlados. Solo 4 hacen referencia a los medios de información. Nos referiremos a ellos más tarde con detalle. La conclusión de la revisión citada respecto a la información publicada es la siguiente: “aunque no se han realizado estudios controlados en la última década sobre los efectos de los media en la conducta suicida, un efecto bidireccional claro puede establecerse” (Zalsman et al, 2016). Existe un consenso implícito acerca de la influencia, positiva o negativa, de las informaciones públicas sobre el suicidio, las conductas suicidas y las tentativas a pesar de la ausencia de datos fiables que nos permitan asegurar de manera específica el papel de las múltiples variables implicadas. Faltaría también diseñar estudios diferenciados informaciones aparecidas en medios de comunicación escritos, en radio, en televisión, en Internet o las redes sociales, en medios de comunicación de ficción como el cine o las series... Cada una de estas informaciones deberían ser ajustadas a conductas suicidas o a tentativas de suicidio. Y por otro sería necesario diferenciar eventuales grupos de riesgo (personas con enfermedades mentales o no mentales, jóvenes, ancianos, género) o aquellas informaciones referentes a personajes famosos o con impacto popular sobre alguno de estos eventuales grupos de mayor riesgo.

19.3 GUÍAS Y PROTOCOLOS

De hecho, en puridad, solos dos trabajos publicados hasta ahora (Etzersdofer y Sonneck, 1998; Niederkrotenthaler et al, 2009), ambos realizados en Austria, han estudiado la reducción de las tasas de suicidio como medida primaria de resultado. En el estudio ecológico de Niederkrotenthaler tratan de identificar asociaciones entre el contenido de informaciones publicadas y cambios a corto plazo en las tasas de suicidio en aquel país, en diferentes áreas y analizando las características de cada información aparecidas entre enero y junio de 2005. Las informaciones sobre ideación suicida mostraron asociación negativa con el número de suicidios. Por el contrario, informaciones repetidas sobre el mismo suicidio o que contenían "mitos" sobre la conducta suicida se asociaron con un aumento a corto plazo en las cifras. Los estudios ecológicos permiten establecer asociaciones, pero no causalidades. El estudio está limitado a seis meses de informaciones publicadas en la prensa escrita.

A pesar de estas limitaciones, y de la falta de estudios precisos por metodológicamente imposibles con las herramientas actuales, existe un consenso en que los medios de comunicación, escritos y audiovisuales, (y ahora Internet o las redes sociales) o los relatos de ficción juegan un papel en influenciando estas conductas suicidas, en ocasiones de forma positiva, en otras de forma claramente nociva. Hace ya años que organismos internacionales y nacionales, sociedades científicas, medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales

iniciaron grupos de trabajo, algunas veces de manera conjunta entre periodistas y profesionales de la salud, en otras de manera separada, que han producido recomendaciones específicas para la comunicación al hablar de suicidios (OMS, 2017; Generalitat de Catalunya, 2016, por poner dos ejemplos). La práctica totalidad de ellas han sido publicadas y pueden encontrarse y consultarse de forma abierta en algunas páginas web y más de 15 han sido comparadas (Pirkis, 2006) encontrando pocas diferencias entre ellas, quizás solo en función de ámbitos culturales (las diferencias que van, por ejemplo, de Japón a Francia).

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2001, actualizada en 2017), los Samaritans, la American Foundation for Suicide Prevention o la European Alliance Against Depression fueron los primeros en confeccionar y tratar de diseminar estas guías y protocolos, extendidas con posterioridad a países de Europa y Australia (Beautrais et al, 2008) y algo más tarde a países asiáticos. En las siguientes tablas recogemos a título informativo los aspectos relevantes de las recomendaciones actualizadas de la OMS y del trabajo conjunto entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el Consell de l'Audiovisual de Catalunya, ejemplo cercano de trabajo interdisciplinar entre periodistas y profesionales que atienden a personas con salud mental (tabla 25 y tabla 26)

■ TABLA 25. **Informe responsable sobre suicidio: guía de referencia rápida** (Organización Mundial de la Salud, 2017)

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none">• Ofrecer una información precisa sobre dónde buscar ayuda.• Educar al público sobre el suicidio y su prevención sin difundir mitos.• Informar sobre historias de cómo afrontar los estresores de la vida o los pensamientos suicidas y cómo conseguir ayuda.• Tener especial cautela cuando se informa sobre el suicidio de algún personaje famoso.• Tener cuidado al entrevistar a los familiares o amigos que han perdido a un ser querido.• Reconocer que los profesionales de los medios también pueden verse afectados por las historias de suicidio.	<ul style="list-style-type: none">• No situar las historias sobre suicidio de manera destacada ni repetirlas excesivamente.• No usar un lenguaje sensacionalista o que normalice el suicidio, ni presentarlo como una solución a los problemas.• No describir de manera explícita el método utilizado.• No ofrecer detalles sobre el lugar o la localización.• No usar titulares sensacionalistas.• No utilizar fotografías, videos o enlaces a redes sociales.

■ TABLA 26. **Recomendaciones a los medios audiovisuales sobre el tratamiento de la muerte por suicidio.**
(Generalitat de Catalunya, 2016)

1. Las informaciones sobre suicidios o sobre intentos de suicidio requieren una aproximación respetuosa y prudente.
2. Escoger las expresiones adecuadas para describir a las personas que han presentado conducta suicida es importante. El uso de términos inexactos puede reforzar los estereotipos y la estigmatización. En este sentido, hay que evitar expresiones como “se ha suicidado” y sería preferible decir “ha muerto por suicidio”, dado que la normalización de las informaciones requiere, también, la concepción de la muerte por suicidio como una causa más como puede ser por un accidente o por una enfermedad.
3. Conviene evitar la descripción detallada del método utilizado. Se debe extremar la cautela cuando se trate de un método inusual o nuevo. Igualmente, hay que evitar afirmar de un suicidio que ha sido “rápido”, “sencillo” o “indoloro”.
4. Hay que evitar asociar valores socialmente positivos a la muerte por suicidio ni relacionarlo con ideas de heroicidad, romanticismo o valentía.
5. Resulta conveniente presentar la muerte por suicidio como producto de una compleja interacción de muchos factores y no atribuirle ni a una causa explicativa simplista ni, por el contrario, inexplicable. Se tiene que rehuir de identificarla con una “enfermedad mental” como causa única directa del comportamiento de la persona para evitar una doble estigmatización.
6. En las informaciones sobre suicidios hay que extremar el respeto a la intimidad de las familias y otros supervivientes con el fin de no acentuar el estigma y el sufrimiento psicológico.
7. Es necesario evitar el tratamiento sensacionalista de la noticia de un suicidio o de un intento de suicidio y extremar la cautela a la hora de ilustrar las informaciones con imágenes. En los titulares de las informaciones se deben extremar las precauciones y hay que evitar recurrir a la morbosidad o al alarmismo como recurso para captar la atención.
8. Hay que prestar especial atención a la información sobre el suicidio o la tentativa de suicidio de personas famosas, visto el posible efecto de imitación que comporta.
9. Es conveniente diversificar las fuentes de información periodística con el fin de conseguir una información más plural y contrastada, y aprovechables, puede derivar en un enfoque sensacionalista.
10. Los medios de comunicación pueden contribuir a la tarea de prevención del suicidio dando a conocer los indicadores de riesgo de conducta suicida y aportando información sobre recursos preventivos (servicios de salud mental, teléfonos de ayuda, etc.).
11. Los documentales y reportajes, en los que se trata la información en profundidad, son formatos informativos que pueden ofrecer un análisis más amplio y libre de las urgencias propias de un espacio informativo diario o de la reseña de un caso concreto.
12. Se debe tener mucho cuidado con las informaciones relativas a webs o blogs en Internet y no mencionar ni identificar webs ni redes que promuevan o contengan un discurso favorable al suicidio (foros prosuicidio, pactos de suicidio realizados en chats de Internet, por ejemplo). En cambio, sí que es conveniente mencionar los recursos de prevención que se pueden encontrar en la red.

Dadas estas dificultades metodológicas, no es de extrañar que la mayoría de trabajos publicados, cuantitativos y cualitativos, se limiten a tratar de ver cómo los medios de información, en sus publicaciones de noticias sobre la conducta suicida, siguen o no sus recomendaciones. Para esta evaluación se abren dos perspectivas:

- a)** Analizar los cambios en las informaciones aparecidas tras la publicación, en un determinado país o un área de población, de una guía o protocolo de recomendaciones sobre la publicación de noticias sobre conductas suicidas.
- b)** Analizar, más directamente, la reducción en las tasas de suicidio o en la reducción de las conductas suicidas en un país o en un área de población tras la aparición de estas guías o protocolos.

En esta línea han aparecido y siguen apareciendo diferentes estudios, en Estados Unidos y Canadá, Australia y también en Europa y Asia. La mayoría de trabajos, aunque no todos, apuntan hacia una asociación entre las informaciones en los medios y la conducta suicida. Hay más datos (Sisask & Varnik, 2012) a favor de que las informaciones no ajustadas a las guías y protocolos pueden inducir al suicidio ("efecto Werther") y menos trabajos indicando que su influencia puede ser positiva ("efecto Papageno"). Es decir, las evidencias apoyan la consideración de que las informaciones en medios de comunicación pueden ser "nocivas" en mayor medida que "protectoras" de la conducta suicida. Limitaciones de estos trabajos es el corto tiempo en que se mide el impacto; su efectividad a largo plazo aun no tiene evidencias publicadas. Es cierto, además, que a diferencia de los diarios en papel, las páginas web de estos medios tienen ahora un carácter global, están disponibles durante periodos de tiempo indeterminados y no se ciñen a determinadas áreas de influencia local o nacional.

En general se considera "pobre" el ajuste de las informaciones a estas normas, con mejores resultados en Europa, Estados Unidos y Australia y peores en países asiáticos (Utterson et al, 2017, Bohanna & Wang, 2013). Las investigaciones cualitativas recogen opiniones y actitudes de periodistas ante este tipo de iniciativas: se detecta un bajo conocimiento de las mismas, cierta actitud escéptica hacia su efectividad y un seguimiento mejor en países eu-

ropeos (Collins & Kemp, 2010; Tully & Elsaka, 2004; Tatum et al, 2010).

Hay dos estudios de diseño experimental que aportan nuevas controversias. El primero de ellos (Anestis et al, 2015) evaluó los efectos de leer un artículo que describía con detalles un suicidio, sin seguir ninguna de las recomendaciones clásicas, comparándolo con la lectura de un artículo ajustado a estas recomendaciones y otro que describía una muerte por cáncer, midiendo el estrés percibido a través de la Positive and Negative Affect Schedule. Los resultados mostraron que leer el artículo de la muerte por cáncer causaba mayor estrés emocional que cualquiera de las dos versiones del artículo refiriendo una conducta suicida. Fue el primer trabajo experimental que cuestionaba el impacto que ejerce una información sobre suicidio. Más recientemente, (Williams & Witte, 2015) 426 estudiantes universitarios fueron asignados a tres grupos de lectura de artículos publicados: uno "neutral", sin información relevante sobre conducta suicida; otro artículo que incluía un suicidio y detalles sobre búsqueda de ayuda y psicoeducación; y finalmente una tercera noticia hablando de un suicidio sin estos detalles adicionales de apoyo. Numerosas variables sobre estado de ánimo, conocimientos sobre suicidio, identificación de signos de alarma, actitudes y percepciones fueron analizadas antes y después de las lecturas. No se observaron cambios en los afectos ni en el estado de ánimo y ninguno de los grupos fue capaz de identificar mejor los signos de conducta suicida. No se encontró relación entre la exposición a la noticia y las variables incluidas en este diseño experimental.

La mayor limitación de los trabajos publicados radica en que muchos de ellos se limitan a informaciones en medios escritos, cada vez con menos lectores. Un menor número de trabajos (Utterson et al, 2017, Bohanna et al, 2013) incluyen informaciones en radio o televisión o de no ficción (Till et al, 2015): el ejemplo de la serie "Por 13 razones" que provocó hace apenas un par de años una masiva polémica en Estados Unidos resulta paradigmático. La serie de Netflix se estrenó en marzo de 2017, mostraba la vida y trágica muerte por suicidio de una estudiante de secundaria. Fue trending topic en Twitter en 2017 y generó más de 600.000 informaciones en aquel año. Las búsquedas en Internet relativas al suicidio desde el estreno de la serie aumentaron casi en un 30%, en especial en poblaciones jóve-

nes, quienes tienen mayores índices de conductas por imitación, un grupo en el que el impacto de los medios es muy poderoso como fue en este caso ante la representación gráfica del suicidio de un personaje identificable, retratado de una manera realista, con detalles que precedían e incluían el suicidio, la contemplación y adquisición de los medios, la oportunidad del intento y el suicidio mismo. El fenómeno de contagio es raro a partir de los 40, pero alto entre adolescentes (Facus et al, 2017, Mc-Carthy et al, 2017)

La ausencia de estudios sobre las redes sociales e Internet frente al aluvión de informaciones que aparecen y comentan en este ámbito hace necesario actualizar y revisar todas estas guías y tratar, en la medida de lo posible, de implementarlas y evaluarlas en un espacio tan abierto con la red y tan poco susceptible de adherencia a unas mínimas recomendaciones de uso (Robinson et al, 2016; Daine et al, 2013).

Una variable diferencial de diferentes estudios es el que hace referencia a informaciones publicadas sobre conductas suicidas en personajes conocidos, famosos o de gran impacto social. De acuerdo con la muy reciente revisión de Lee (2019) se trata de un aspecto crucial dado que podrían inducir a una conducta mimética, a incrementar la búsqueda de la información sobre el suicidio o, en algunos casos, auspiciar o despejar temores y miedos y aumentar o disminuir el estigma asociado. Análisis tras el suicidio de personajes conocidos ofrecen datos preocupantes a corto plazo (Fink et al, 2018; Cheng et al, 2007; Choi y Oh, 2016). Después del suicidio por asfixia del conocido actor Robin Williams, en agosto de 2014, comparado con períodos anteriores se produjo un aumento significativo de la tasa de muertes por autolisis en el mes posterior, un mayor número de ellos por este método y menos por armas, especialmente en el grupo de edad de varones entre 30 y 45 años (Fink et al, 2018).

19.4 SALUD MENTAL Y SUICIDIO

Todas estas consideraciones parten de una evidencia con amplio consenso y estudios previos: las enfermedades mentales están detrás de las conductas suicidas en un altísimo porcentaje. La influencia de las informaciones sobre el suicidio también puede analizarse en función de su reducción del

estigma de la enfermedad, de su influencia en reconocer síntomas de una enfermedad mental que pueda llevar a la conducta suicida y, en último término, pero quizás el más relevante, en fomentar la búsqueda de ayuda y tratamiento para esta enfermedad. La European Alliance Against Depression (con presencia española) es un ejemplo de trabajo en esta línea, a partir de la mejor detección, identificación y fomento de la búsqueda de ayuda en personas con depresión, la enfermedad que constituye la gran puerta de entrada a la conducta suicida.

Diversos planos interaccionan en la búsqueda de ayuda de personas con problemas psicopatológicos: el reconocimiento de estos problemas, la decisión de búsqueda de ayuda y la elección del servicio o del profesional que pueda proveerla. Entre otras variables influyen estigmas, actitudes, creencias, percepciones o el reconocimiento de la necesidad de tratamiento entre otras (Richwood & Thomas, 2012; Corrigan et al, 2012) de manera particular en poblaciones jóvenes (Gould et al, 2006). El papel de los medios de comunicación y las informaciones públicas necesitan ser analizadas para tratar de responder (Niederkrötenhaler et al, 2012) a preguntas cuyas respuestas están aún por encontrar: ¿Cuál es el impacto de las informaciones sobre enfermedades mentales o ideación suicida en la búsqueda de ayuda?; ¿qué características (género, edad, rasgos de personalidad...) intermedian en este impacto?; ¿qué ocurre en personas o grupos de alta vulnerabilidad (jóvenes, trastornos mentales específicos como depresión o esquizofrenia o patologías duales?; ¿cuáles son las diferencias entre campañas de prevención que se focalizan sobre el suicidio o que lo hacen solo sobre las enfermedades mentales que mas frecuentemente se asocian con conducta suicida?....

19.5 CONCLUSIONES

- Insuficiencias y limitaciones de los estudios sobre la influencia de las informaciones públicas y publicadas sobre el suicidio no ha impedido que la mayor parte de grupos profesionales implicados consideren útil la existencia de guías y recomendaciones para la prevención de la conducta autolítica.

- Estos protocolos permitirían aumentar el conocimiento y la concienciación. Contrastar estos protocolos en función de áreas geográficas, diferencias culturales y poblaciones específicas de riesgo deben avanzar en la elaboración de medidas de prevención protectoras o que eviten impactos nocivos.
- Las informaciones en medios escritos copan la mayor parte de estudios. Se hace necesario, en épocas de claro descenso de lecturas de diarios en papel, extender el análisis a radio, televisión, series de ficción y, de manera particular, adaptarlas a la difusión global y de larga duración de las informaciones aparecidas en Internet.
- Las redes sociales juegan en estos momentos un rol central, cuyo impacto en la prevención del suicidio debe estudiarse prioritariamente, en especial en poblaciones jóvenes y constituyen un espacio al que las recomendaciones de guías o protocolos apenas pueden acceder.
- La colaboración entre profesionales de la salud y de la información puede contribuir a aumentar la adherencia a estas guías o protocolos, su difusión e implementación en colectivos cada vez más amplios.
- Investigaciones futuras perfilarán mejor el contenido de estas recomendaciones y su implementación en los medios de comunicación convencionales y de más reciente utilización.

19.6 BIBLIOGRAFÍA

- Anestis, M. D., Bryan, C. J., May, A. M., Law, K. C., Hagan, C. R., Bryan, A. O., Chu, C., Michaels, M. S., Selby, E. S., Klonsky, D. E., Joiner, T. E. (2015). Dangerous Words? An Experimental Investigation of the Impact of Detailed Reporting About Suicide on Subsequent Risk. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 1031-1041. doi: 10.1002/jclp.22199
- Arendt, F., Scherr, S., Niederkrotenthaler, T., Till, B. (2018). The role of language in suicide reporting: Investigating the influence of problematic suicide referents. *Social Science & Medicine*, 208, 165-171. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.02.008
- Atresmedia Corporación de medios de la comunicación. (2013). No hay relación directa entre desahuciados y suicidios, según los psiquiatras. *Espejo Público*. Recuperado de https://www.antena3.com/programas/espejo-publico/noticias/hay-relacion-directa-desahucios-suicidios-segun-psiquiatras_20130312571ca90a4beb287a2918ed6e.html.
- Azurmendi, A. (2018). <https://elcorreoweb.es/movil/temas-de-portada/el-tabu-del-suicidio-GG4448091>
- Beautrais, A., Hendin, H., Yip, P., Takahashi, Y., Chia, B. H., Schmidtke, A., & Pirkis, J. (2008). Improving portrayal of suicide in the media in Asia. *Suicide and suicide prevention in Asia*, 39-50. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/resources/suicide_prevention_asia_chapter4.pdf
- Biddle, L., Gunnell D., Owen-Smith A., Potokar J., Longson D. (2012). Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *Journal of Affective Disorders*, 136 (3) 702-709. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.004.
- Bohanna, I., Wang, X. (2012). Media guidelines for the responsible reporting of suicide. *Crisis*, 33(4), 190-198. doi: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000137>
- Casares-Corrales, A. (2019). Por qué necesitamos un periodismo optimista (y algunas propuestas para intentarlo). *Ethic*. Recuperado de <https://ethic.es/2019/07/por-que-necesitamos-un-periodismo-optimista-y-algunas-propuestas-para-intentarlo/>
- Cheng, A. T., Hawton, K., Lee, C. T., & Chen, T. H. (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International journal of epidemiology*, 36(6), 1229-1234. doi: 10.1093/ije/dym196.
- Cheng, Q., Chen I, Lee,E. and Yip,PSF. (2017). The role of media in prevention student suicides: a Hong Kong experience. *Journal of Affective Disorders*, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.007>
- Choi, Y. J., & Oh, H. (2016). Does media coverage of a celebrity suicide trigger copycat suicides?: Evidence from Korean cases. *Journal of Media Economics*, 29(2), 92-105. doi:10.1080/08997764.2016.1170020
- Collings, S. C., Kemp, C. G. (2010). Death knocks, professional practice, and the public good: The media experience of suicide reporting in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 71(2), 244-248. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.017
- Consejo de Informativos de RNE (2013). Tratamiento del suicidio en las informaciones periodísticas. Manual de estilo de la corporación RTVE. Recuperado de <http://manualdeestilo.rtve.es/cuestiones-sensibles/5-12-tratamiento-del-suicidio/>

- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P.W. (2012). Where is the evidence supporting public service announcements to eliminate mental illness stigma?. *Psychiatric Services*, 63(1), 79-82. doi: 10.1176/appi.ps.201100460.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS one*, 8(10). doi: 10.1371/journal.pone.0077555. doi: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052761>
- Efe (7 de marzo del 2013). Los psiquiatras advierten del peligro de inducción al suicidio con las noticias. *El mundo*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/elmundo/2013/03/07/paisvasco/1362663260.html>
- Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*, 4(1), 64-74. doi: 10.1080/1381119808258290
- Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLoS One*, 13(2). doi: 10.1371/journal.pone.0191405
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2019). Suicidios España 2017. [Informe] Recuperado de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>
- Generalitat de Catalunya. (2016). Recomendaciones a los medios audiovisuales sobre el tratamiento informativo de la muerte por suicidio. [Informe]. Barcelona. Recuperado de <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/suicidio-y-mmcc/catalu%C3%B1a/>
- González, G. (2018). Hablemos del Suicidio. Navarra, España: Editorial EUNSA.
- Gould, M.S., Greenberg, T., Munfakh, J.L.H., Klienman, M., Lubell, K. (2006). Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services hotlines. *Suicide Life Threatening Behavior*, 36(6), 601-613. doi: 10.1521/suli.2006.36.6.601
- Herrera-Ramírez, R., Ures-Villar, M.B., Martínez-Jambrina, J.J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista Española de Neuropsiquiatría*. 35 (125), 123-134.
- Hoffner, C.A., Cohen, E.L. (2018). Mental Health-Related Outcomes of Robin Williams' Death: The Role of Parasocial Relations and Media Exposure in Stigma, Help-Seeking, and Outreach. *Health communication*, 33(12), 1573-1582. doi: 10.1080/10410236.2017.1384348
- Instituto Radio Televisión Española (2002). *Mujer, violencia y medios de comunicación*. [Informe] Recuperado de <http://www.mujaresenred.net/spip.php?article156>
- Lapiente, V. (17 de Marzo de 2017). Tragedia y Esperanza. *El país*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/03/13/opinion/1489410703_064105.html
- Lee, S. Y. (2019). Media Coverage of Adolescent and Celebrity Suicides and Imitation Suicides among Adolescents. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 63(1), 130-143. doi: 10.1080/08838151.2019.1570200
- Lee, S.P. (2019) Do effects of copycat suicides vary with the reasons for celebrity suicides reported by the media? *Social Science Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2019.03.003>
- López Díez P. (2014). Los medios de comunicación y la violencia de género. Informe de la Fiscalía General del Estado.
- Marzano, L., Fraser, L., Scally, M., Farley, S., & Hawton, K. (2018). News coverage of suicidal behavior in the United Kingdom and the Republic of Ireland. *Crisis*, 39(5). doi: 10.1027/0227-5910/a000533
- Massana-Argüelles, M.D. (2019). Reflexiones sobre el debate entre regulación y autorregulación. *Cuadernos de Periodistas, Asociación de la Prensa de Madrid*. Recuperado de <http://www.cuadernosdeperiodistas.com/reflexiones-sobre-el-debate-entre-regulacion-y-autorregulacion/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2019). *Violencia de género, en cifras, víctimas mortales*. [Informe]. Recuperado de <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
- Mora, A.J. (17 de enero de 2019). Ana Orantes conquista el espacio público. *El país*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2019/01/16/actualidad/1547636168_983838.html
- Niederkrötenhaler, T., Fu, K-W., Yip, P.S., Fong, D.Y.T., Stack, S., Cheng, Q., Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 1037-1042.

- Niederkröthaler, T., Reidenberg, D.J., Till, B., Gould, M.S. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 235-243. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.010
- Niederkröthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K., & Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: A population-based ecologic study. *Social Science & Medicine*, 69, 1085-1090. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.041
- Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. [Informe] Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicide and suicide prevention in Asia*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention_asia/en/
- Pérez, M. (22 de agosto de 2018). El Tabú del suicidio. *El Correo*. Recuperado de <https://elcorreoweb.es/temas-de-portada/el-tabu-del-suicidio-GG4448091>
- Phillips, D.P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Association*, 39, 340-354.
- Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., Skehans, J. (2006). Media guidelines on reporting suicide. *Crisis*, 27, 82-87. doi: 10.1027/0227-5910.27.2.82
- Rickwood, D., Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychological Res Behavior Management*, 5, 173-183. doi: 10.2147/PRBM.S38707
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early intervention in psychiatry*, 10(2), 103-121. doi: 10.1111/eip.12229
- Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Córdoba (2007). N° 59/07, Id Cendoj: 14021370022. Recurso: 22/2007. Resolución: 59/2007
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 123-138. doi: 10.3390/ijerph9010123
- Tatum, P. T., Canetto, S. S., & Slater, M. D. (2010). Suicide Coverage in U.S. Newspapers Following the Publication of the Media Guidelines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 524-534. doi: 10.1521/suli.2010.40.5.524
- Till, B., Strauss, M., Sonneck, G., Niederkröthaler, T. (2015). Determining the effects of films with suicidal content: A laboratory experiment. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 72-78. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152827
- Tully, J., Elsaka, N. (2004). *Suicide and the media: A study of the media response to "Suicide and the media: The reporting and portrayal of suicide in the media - A resource"*. Christchurch: School of Political Science and Communication, University of Canterbury. Recuperado de <https://www.suicideinfo.ca/resource/siecn0-20050745/>
- Utterson, M., Daoud, J., Dutta, R. (2017). Online media reporting of suicides: Analysis of adherence to existing guidelines. *British Journal of Psychiatry*, 41(2), 83-86.
- Williams, C. L., & Witte, T. K. (2018). Media Reporting on Suicide: Evaluating the Effects of Including Preventative Resources and Psychoeducational Information on Suicide Risk, Attitudes, Knowledge, and Help-Seeking Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 253-270. doi: 10.1111/sltb.12355
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf;-jsessionid=21F64B30A225A7EF8E15534AB915CAF9?sequence=1>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Depresión y COVID-19

AUTORÍA

EL CONFINAMIENTO COMO PRUEBA DE MADUREZ DE UNA SOCIEDAD

VÍCTOR PÉREZ SOLA. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA: REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

ANA GONZÁLEZ-PINTO. Jefa de Servicio del Hospital Universitario de Álava y Vicedecana de Medicina. UPV/EHU. CIBERSAM. Presidenta de la SEPB.

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS ENFERMOS DE COVID-19 Y EN SU ENTORNO

CELSO ARANGO. Director del Instituto de Psiquiatria y Salud Mental y Jefe Servicio Psiquiatria del Niño y el Adolescente Hospital Gral. Univ. Gregorio Marañón. CIBERSAM. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatria.

LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PANDEMIA

MERCEDES NAVÍO ACOSTA. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Hospital 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria (+12).CIBERSAM. Madrid.

1. EL CONFINAMIENTO COMO PRUEBA DE MADUREZ DE UNA SOCIEDAD

El impacto en nuestra salud mental de la crisis que estamos viviendo por la pandemia de la Covid-19 puede manifestarse de diversas maneras y se ha podido agravar durante esta crisis por factores como la soledad o la situación socioeconómica personal (Vieta et al., 2020).

El miedo o la tristeza son reacciones normales frente a situaciones inusuales que suponen afrontar niveles elevados de incertidumbre y estrés (Xiang et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado que la pandemia desencadenará un "incremento masivo" de los problemas de salud mental a nivel mundial en los próximos meses, por lo que aconseja reforzar los servicios de Salud Mental por el impacto del confinamiento y el aislamiento sobre la población (WHO 2012). La soledad, el aislamiento y el confinamiento están relacionados con problemas de salud mental en la población general y una revisión reciente (Brooks et al., 2020) sobre su efecto psicológico señala efectos negativos que incluyen síntomas de estrés post-traumático, confusión e ira. Los factores estresantes identificados incluyeron; una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Las personas con enfermedades mentales graves como la depresión o la ideación suicida pueden pagar las consecuencias de dos maneras:

- 1) El confinamiento puede actuar como un evento vital estresante inespecífico, favoreciendo una recaída aguda.
- 2) El confinamiento puede implicar un retraso o discontinuidad en la capacidad del sistema de atención médica para abordar la continui-

dad necesaria de la atención en esta población (IASC guidelines).

Por otra parte, la Covid-19 ha causado una altísima mortalidad, ya que la población mundial no estaba inmunizada contra el virus; han sido particularmente vulnerables los ancianos y las personas con patologías previas o inmunodeficiencias, pero también el personal sanitario, expuesto a una mayor carga viral. La muerte por Covid-19 comporta una crueldad añadida, que es el aislamiento. La muerte en soledad no sólo causa sufrimiento al que fallece, sino que puede dejar secuelas en forma de duelo patológico en los allegados y también en el personal sanitario, que en ocasiones es el único que puede acompañar al paciente terminal. Para prevenir las secuelas de estas muertes en soledad, los profesionales sanitarios encargados de gestionar la comunicación con el paciente y la familia pueden estar asesorados por expertos en final de vida y cuidados paliativos. Cuando termine la emergencia sanitaria seremos conscientes de la importancia de que los hospitales cuenten con equipos y profesionales expertos en el acompañamiento de pacientes terminales, de sus familias y de los profesionales más expuestos (Vieta et al., 2020).

Una de las posibles consecuencias del distanciamiento social es el aumento el riesgo de suicidio (Reger et al 2020). Es importante tener en cuenta los cambios en factores de riesgo económicos, psicosociales y relacionados con la salud, entre los que hay que destacar:

- 1)** La recesión económica, que generalmente se asocia con mayores tasas de suicidio, se estima que las tasas de paro se relacionan directamente con el incremento de la conducta suicida, por cada punto de aumento porcentual aumenta un punto la tasas de suicidio.
- 2)** El aislamiento social que ya las principales teorías del suicidio enfatizan como clave en la prevención del suicidio.
- 3)** La disminución del acceso al apoyo comunitario.
- 4)** Las posibles barreras para el tratamiento de la salud mental y de los problemas médicos..

De todas formas no todo son malas noticias, así, está descrito que cuando la sociedad se enfrenta a una catástrofe natural generalizada como la actual se produce el llamado EFECTO UNIÓN, por el cual los individuos que experimentan una experiencia compartida pueden apoyarse mutuamente, fortaleciendo así la conexión social. Por otra parte, los avances recientes en tecnología (p.e. videoconferencia) podrían facilitar la integración y evitar el aislamiento social. Está también bien descrito como las epidemias y las pandemias pueden alterar los puntos de vista sobre la salud y la mortalidad, haciendo que la vida sea más preciosa, la muerte más temible y el suicidio menos probable.

Afortunadamente el ser humano dispone de mecanismos que se activan para adaptarnos a las nuevas circunstancias y superarlas. Y, ante esta situación, también pueden proteger nuestra salud mental y permitirnos salir fortalecidos de esta experiencia vital.

1.1 Bibliografía

Eduard Vieta, Víctor Pérez, Celso Arango. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020 Apr 23

Xiang, Y.-T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet. Psychiatry 7, 228-229 (2020)

Implementation, W. guidelines for E. Outbreak surveillance and response in humanitarian emergencies. Available at: https://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/who_hse_epr_dce_2012.1/en/.

Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020 Mar 14;395(10227):912-920

Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.

Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease. 2019-A Perfect Storm? JAMA Psychiatry. 2020 Apr 10.

2. **ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA: REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL**

La pandemia de COVID ha golpeado a nuestro sistema sanitario, y todos los recursos de salud mental se han puesto en acción para llevar a cabo una transformación de la atención sanitaria que ha permitido atender a la población con enfermedad mental. Esta insólita situación produjo una reacción extraordinaria en nuestro país, y los trabajadores de salud mental han mostrado a la sociedad y al mundo que el sistema sanitario español tiene la suficiente flexibilidad para dar respuesta en las peores circunstancias.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) la psiquiatría es una especialidad comunitaria e integrada dentro del sistema sanitario general. Su filosofía es la misma que la del resto de la Medicina: atención primaria cercana a los domicilios, y centros especializados con servicios bien preparados para tratar las patologías más graves. La atención especializada comprende desde los centros de salud mental y las consultas externas de los centros hospitalarios, y a los hospitales de Día, atención domiciliaria y unidades de hospitalización parcial. Los ingresos se realizan en servicios de psiquiatría de los hospitales generales. Algunos pacientes requieren atención sociosanitaria o ingresos en centros de subagudos, por lo que se derivan desde los hospitales generales hasta esos centros. Como norma general, igual que ocurre en el resto de la Medicina, se debe procurar la ambulatorización de los procesos, sin dejar de atender con todos los recursos disponibles, incluidos los hospitalarios si fuera necesario. En todo este engranaje no podemos olvidar a los Servicios de Urgencias, que están al Servicio de la comunidad 24 horas al día, 365 días al año.

Aunque el estado de alarma a nivel nacional se decretó el 15 de marzo, en algunos centros tuvimos que reducir las camas de Psiquiatría en un 25% antes de esa fecha, debido a que ya para entonces se requerían más camas de hospitalización para pacientes COVID. Posteriormente, al cabo de una semana, la mayoría de unidades de hospitalización del país debieron salir de los hospitales generales, como un estado excepcional ya que esta situación no encaja con la normativa de la OMS. Sin embar-

go, a partir de esa situación de excepción o alarma, se han desarrollado nuevas formas de atención psiquiátrica (Vieta y cols, 2020) habiendo algunas llegado para quedarse:

- 1. Consejo Sanitario.** Es un teléfono que está a disposición de la ciudadanía para resolver problemas de salud, de implantación desigual por el territorio nacional. Algunos sistemas sanitarios ya contaban con este servicio previo a la pandemia de COVID. Este dispositivo se encuentra incluido también en la estrategia de prevención de suicidio del Gobierno Vasco y de otras comunidades autónomas.
- 2. Atención primaria.** Durante la pandemia se han evitado las consultas presenciales. La depresión es atendida en un 50% de los casos en atención primaria, al menos en una primera etapa del tratamiento. En la postpandemia inmediata la recomendación es atender telemáticamente el mayor número de visitas posibles, aunque no se excluye la atención presencial. Algunos sistemas de salud habían desarrollado psicoterapias online a partir de proyectos europeos, para su aplicación en atención primaria. Entre ellas contamos con psicoterapias como Mastermind, una terapia cognitivo-conductual desarrollada en 8 sesiones para su aplicación en atención primaria, con o sin el apoyo de salud mental.
- 3. Centros de Salud Mental:** La situación es muy similar a la de la primaria, con un fuerte desarrollo de la telepsiquiatría. En los CSM se atienden otro 50% de episodios depresivos, y aproximadamente un 20% de aquellos tratados en primaria que no respondieron al tratamiento. El desarrollo de sistemas telemáticos que incluyan videollamada son fundamentales para una profesión que utiliza la palabra como herramienta diagnóstica y terapéutica, pero también se basa para el diagnóstico y la evolución en la valoración gestual y de la motricidad y mímica del paciente, entre otros elementos.
- 4. Consultas externas de los hospitales.** En estas consultas se ven múltiples pacientes depresivos que acuden a otros con complicaciones depresivas de patologías somáticas. Estas consultas de enlace fueron suspendi-

das durante la pandemia, utilizándose la telepsiquiatría, al igual que en los centros de salud mental.

5. Hospitales de día comunitarios: estos centros tienen muy diferente desarrollo según la zona geográfica que evaluemos. Normalmente atienden a pacientes graves con patologías de índole psicótico. No suelen atender a pacientes con patología depresiva. La atención presencial se ha visto notablemente disminuida durante la pandemia, volviendo a la normalidad tras el desconfinamiento.

6. Hospitales de día de hospital general, atención a domicilio, unidades de hospitalización parcial y comedores terapéuticos: estos centros y sistemas de atención se han desarrollado notablemente durante la pandemia, en la que la psiquiatría ha visto mermado el número de camas disponibles (Gemelli Study Group, 2020). La elección de uno u otro tipo de atención (atención a domicilio, unidades de hospitalización parcial, hospitales de día) han sido de enorme utilidad para pacientes con episodios depresivos cuando el riesgo suicida no era importante. En algunos de los recursos, especialmente hospitales de día y unidades de hospitalización parcial, se han podido mantener, en menor medida que previamente la aplicación de técnicas de tratamiento de depresión complicada como la TEC y algunos usos compasivos como las infusiones de ketamina. Los tratamientos farmacológicos combinados con una monitorización estrecha también se han potenciado con la finalidad de disminuir las hospitalizaciones.

7. Servicios de Urgencias. En estos Servicios se atienden la mayoría de intentos de suicidio, y las patologías más agudas que no pueden posponer la atención. Durante la pandemia se produjo una reorganización encaminada a evitar contagios de pacientes y sanitarios. En la mayoría de Servicios de Urgencias se han potenciado las unidades de observación o evolución, donde se hospitalizaba a los pacientes a la espera de los resultados de sus PCR. Se ha aumentado también la presencia de enfermería especialistas en salud mental, y la colaboración entre las diferentes especialidades.

8. Unidades de Hospitalización: Los hospitales generales redujeron notablemente sus recursos para la atención a los pacientes, del orden de un 25%. Aunque tras un mes de evolución se recuperaron las camas previas, la necesidad de aislamiento de los pacientes al ingreso para evitar contagios hace que se siga teniendo que contar con algunas camas menos. Por otro lado al estar los especialistas de medicina interna saturados con el trabajo de atención a la COVID-19, los psiquiatras hemos reforzado nuestros conocimientos médicos, apoyándonos entre nosotros y con el resto del equipo que conforma la atención a la salud mental y al resto de especialidades médicas.

En definitiva, durante la pandemia la mayor fortaleza de la psiquiatría ha sido la flexibilidad, y la capacidad de adaptación. En este contexto algunos cambios como la atención telemática y la potenciación de las alternativas a la hospitalización han venido para quedarse.

2.1 Bibliografía

World Health Organization, 2007: Integrating mental health services into primary health care. Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet3). Ginebra.

Eduard Vieta, Víctor Pérez, Celso Arango. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020 Apr 23

Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. Aging Clin Exp Res. 2020 Jun 11 : 1-8.

3. IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS ENFERMOS DE COVID-19 Y EN SU ENTORNO

3.1 Personas infectadas con COVID-19

Se conoce la neurotroficidad del SARS-CoV-2 (véase por ejemplo el típico síntoma de la anosmia) por lo que la infección puede cursar con múltiples síntomas neuropsiquiátricos, incluidos episodios afectivos, trastornos neurocognitivos y psicóticos de nueva aparición (Aravinthan 2020). Por ejemplo, se ha descrito un cuadro pseudodepresivo en personas infectadas que cursa con apatía, anhedonia y falta de motivación (Troyer et al 2020, Lyons et al., 2020) . También se ha descrito un cuadro similar al trastorno por estrés postraumático, especialmente en personas infectadas que han precisado ingreso hospitalario una vez dados de alta (Bo et al., 2020). En una revisión sistemática de personas con infección grave por coronavirus un 32.2% (95% CI 23.7-42.0) tuvieron trastorno por estrés postraumático, un 14.9% (12.1-18.2) depresión y un 14.8% (11.1-19.4) trastorno de ansiedad (Rogers et al, 2020). En nuestra experiencia los cuadros confusionales, nada infrecuentes, que se ven con infección de SARS-CoV-2 son por lo general bastante agitados y precisan medicación con antagonistas dopaminérgicos.

Las estancias en unidades de críticos de los pacientes infectados por COVID son mucho más altas de lo habitual. Aquellos que son dados de alta requieren un enorme trabajo para conseguir minimizar el daño a todos los niveles que se ha producido en estas personas.

Se ha descrito que hasta un tercio de los pacientes ingresados en unidades de críticos desarrollan un síndrome disejecutivo (Helms et al., 2020) En el Hospital Gregorio Marañón se ha puesto en marcha un equipo multidisciplinar, que incluye a psiquiatría y psicología clínica, que trabaja con todas las personas que son dadas de alta de la UCI.

3.2 Personas con trastornos mentales

Por un lado, las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de contagiarse y en caso de

hacerlo de tener más complicaciones (incluido el acceso a camas de críticos en situaciones de triaje) (Arango 2020^a, Arango 2020b, Moreno, 2020).

Personas con trastorno mental grave, consumo de sustancias, trastornos neurodegenerativos, y personas con trastorno mental sin techo al igual que los que viven en centros residenciales para personas con trastorno mental están en una situación de mayor riesgo de contagio (Moreno et al 2020). De hecho, se ha reportado una mayor mortalidad e nivel mundial en residencias de personas con trastornos mentales (Connolly, 2020). SARS-CoV-2 puede también causar desregulación del sistema regulador del estrés, lo que puede generar o exacerbar trastornos mentales (Steenblock et al., 2020)

Durante la pandemia, las personas con trastorno mental de base no solo han tenido un acceso a servicios de salud mental más complicado o imposible sino que se ha evidenciado un incremento en la sintomatología existente (Moreno et al., 2020). La imposibilidad en muchas ocasiones para ingreso en unidades de psiquiatría así como el cierre de centros y hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros terapéuticos, atención temprana etc. ha dejado a la inmensa mayoría de personas con trastorno mental o en situación de alto riesgo de desarrollarlo sin la atención sanitaria (Arango 2020a, Chevance et al., 2020). Las personas con discapacidad intelectual y trastornos del espectro autista son población de riesgo por lo que supone el confinamiento, cambio de rutinas y dificultades para mantener distanciamiento físico así como incapacidad en algunos caso de comprender los motivos de los cambios establecidos (Arango, 2020a).

3.3 Duelo complicado

En esta pandemia se han dado todos los ingredientes para que se produzcan una gran número de duelos complicados: fallecimientos repentinos e inesperados, imposibilidad o dificultad para despedida, falta de funerales y entierros, dificultad para compartir la transición de la pérdida con familiares y amigos, etc (Vieta et al., 2020).

En el Hospital Gregorio Marañón hemos puesto en marcha un Programa de Atención al prevención de Duelo complicado. Durante los peores días, todos los profesionales de salud mental hicimos ese acompañamiento de exitus que a nuestros com-

pañeros le suponía tiempo y desgaste emocional, que podíamos asumir porque estábamos acostumbrados. Nos ocupamos del acompañamiento a las familias en este difícil trance.

Asimismo, hemos implantado un programa de prevención de duelo complicado, con los familiares de 710 personas que han fallecido por Covid en el hospital, contactando con las familias de todos ellos. Aproximadamente un 25 por ciento de las personas a las que llamamos las estamos derivando a consultas de salud mental.

Tenemos también un estudio de investigación que nos permitirá discernir los factores principales de riesgo para el desarrollo de esta patología. Estamos también viendo secuelas de estos fallecimientos en profesionales sanitarios que se sienten culpables por no haber podido salvar a estas personas, cuando en condiciones normales y con los recursos necesarios sí se hubieran podido salvar o por sentir la soledad del fallecido cuando en muchas ocasiones solo tenía al sanitario para despedirse.

Tenemos que ser capaces de poner en marcha programas clínicos para que desde la prevención primaria o secundaria se puedan evitar las consecuencias a medio y largo plazo y lograr que esto no suceda.

Es fundamental que las sociedades científicas se anticipen a los cambios que van a venir. En la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) hemos publicado recomendaciones para personas con trastorno grave, profesionales sanitarios, población general (<http://www.sepsiq.org>). Hemos creado también un grupo de trabajo sobre telepsiquiatría para ayudar a nuestros socios a utilizar herramientas que no habían usado hasta este momento o hacerlo de manera más eficiente.

Es básico ahondar en el papel fundamental que tiene la prevención para evitar secuelas mentales derivadas de la pandemia. Sabemos cuáles son los factores de riesgo que aumentan trastornos mentales, sabemos que algunos de ellos han estado ahí en esta pandemia y sin psicologizar ni psiquiatrizar las respuestas normales y esperadas a lo que nos está sucediendo tenemos que ser capaces de poner en marcha programas de prevención.

Esta pandemia puede tener oportunidades y hacernos reconceptualizar los servicios de salud mental (Moreno et al., 2020), lo que indefectiblemente debe venir de la mano de los usuarios.

3.4 Bibliografía

Arango C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: how COVID-19 has changed our lives in the last

2 weeks. *Biol Psychiatry* 2020a Apr 8;S0006-3223(20)31493-1.

Arango C. Reply to: Another Vision From the Coronavirus Health Crisis in Spain: The Perspective From the Plena inclusión Developmental Disabilities Associative Movement. *Biol Psychiatry* 2020b Jun 1;S0006-3223(20)31636-X. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.05.030.

Aravinthan Varatharaj, Naomi Thomas, Mark A Ellul, Nicholas W S Davies, Thomas A Pollak, Elizabeth L Tenorio, Mustafa Sultan, Ava Easton, Gerome Breen, Michael Zandi, Jonathan P Coles, Hadi Manji, Rustam Al-Shahi Salman, David K Menon, Timothy R Nicholson, Laura A Benjamin, Alan Carson, Craig Smith, Martin R Turner, Tom Solomon, Rachel Kneen, Sarah L Pett, Ian Galea, Rhys H Thomas, Benedict D Michael, on behalf of the CoroNerve Study Group. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study Published On line June 25, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)

Bo HX, Li W, Yang Y, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med* 2020; published online March 29. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>.

Connolly K. Care homes across globe in spotlight over Covid-19 death rates. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/09/care-homes-across-globe-in-spotlight-over-covid-19-death-rates> (accedido el 16 de junio 2020).

Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review. *Encephale* 2020; 46: 193-2013.

Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med* 2020; 382: 2268-70.

Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun* 2020; 87: 34–39.

Lyons D, Frampton M, Naqvi S, Donohoe D, Adams G, Glynn K. Fallout from the Covid-19 pandemic—should we prepare for a tsunami of post viral depression? *Ir J Psychol Med* 2020; published online May 15. <https://doi.org/10.1017/jipm.2020.40>.

Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 611–27.

Steenblock C, Todorov V, Kanczkowski W, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the neuroendocrine stress axis. *Mol Psychiatry* 2020; published online May 7. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0758-9>.

Vieta E, Perez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2020; 13: 105–10.

4. **LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PANDEMIA**

Esta pandemia, además del impacto en la salud física de los profesionales sanitarios, puede suponer para ellos un riesgo de afectación de su salud mental. (Gold, 2020)

Profesionales sanitarios con alta exposición al virus y a situaciones críticas con elevado impacto emocional tienen mayor probabilidad de presentar problemas mentales, especialmente en los primeros meses de la postcrisis y en situaciones de estrés mantenido. Entre los problemas mentales pueden verse incrementados las reacciones de estrés agudo, síndrome de estrés protraumático, trastornos adaptativos y otros trastornos afectivos y, a medio plazo, burn out o síndrome de desgaste profesional.

En el caso de profesionales sanitarios, se consideran profesionales de más riesgo el personal de UCIs, Urgencias y Emergencias, plantas de hospitalización médica con pacientes COVID19, y de Atención Primaria y residencias. Se dan como factor de riesgo principal el trabajo en triaje, en unidades con elevada mortalidad, con recursos humanos muy condicionados por la alta demanda en la crisis pandémica, y con sistemas de protección de personal limitados. Entre los profesionales de primera línea, los estudios recientes revelan un aumento de más del 50% de la sintomatología de depresión, de ansiedad y el insomnio. (Lai 2020).

La intensidad de afectación tiene diferente gradación. Concretamente en función del grado de exposición a COVID ya mencionado, en un estudio realizado en Wuhan, un 34% presentaba síntomas leves, un 22,4 % moderados y un 6% severos. (Kang et al, 2020).

Entre los factores asociados que pueden aumentar este riesgo de padecer enfermedad se encuentran factores organizativos con cambios rápidos de directrices, procedimientos y equipos, factores humanos con capacidad de afrontamiento y gestión de las incertidumbres de distinta naturaleza puestas al límite, toma de decisiones de priorización y triaje con elevado componente de conflicto ético en profesionales muy implicados vocacionalmente y alta exigencia en la gestión directiva de demandas de crecimiento exponencial y disruptivo. (Mira JJ 2020, Chen et al, 2020, Greenberg et al 2020).

Según estudios realizados en China en la actual pandemia hasta en el 20% de las personas en plantilla desarrollarán en los siguientes 3 meses a la crisis un trastorno mental de los mencionados, especialmente personal de enfermería. (Park 2017).

Aunque en el conjunto de España se han desarrollado múltiples actuaciones de prevención primaria en los hospitales, sin embargo tanto en la literatura como en las experiencias compartidas se ha constatado con carácter general moderada participación en las mismas de los profesionales aunque con diferencias inter-categoría en el escenario crítico, más preocupados por afrontar los desafíos personales y profesionales que el mismo entrañaba.

No obstante, los servicios de psiquiatría en esta crisis reportan significativa actividad que puede anticipar un mayor impacto potencial de la misma en los profesionales conforme avanza el periodo post-crítico. El volumen de actividad general se ha incrementado en los hospitales, dado el aumento de la demanda de atención a profesionales, pacientes y familiares, con necesidad además de seguimiento tras primera consulta en elevado porcentaje de los casos.

Las publicaciones internacionales insisten en el papel de las instituciones sanitarias en el cuidado del que cuida. Los profesionales sanitarios son el recurso más valioso de todos los países. (The Lancet Editorial.2020). El impacto del estresor y su potencial traumático no tienen la última palabra. Es posible y deseable promover y facilitar la capacidad de resiliencia en un colectivo cuya idiosincrasia vocacional es en muchos casos con carácter inherente proveedora de sentido. Así, algunas comunidades autónomas como la Comunidad de Madrid, Galicia y la Comunidad Valenciana han impulsado planes específicos para cubrir esta necesidad con carácter terapéutico y preventivo. Como escribe Boris Cyrulnic "Una adversidad es una herida que se escribe en nuestra historia, pero no es el destino". Está en nuestras manos y es nuestra responsabilidad crearlo.

4.1 Bibliografía

- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J, Zhang Z. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X. Epub 2020 Feb 19. PubMed PMID: 32085839
- Gold, J. Covid-19: Adverse Mental Health Outcomes For Healthcare Workers. Editorial. *The BMJ*. 2020 May 5. :369:m1815. doi: 10.1136/bmj.m1815
- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020 Mar 26;368:m1211.
- IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings . Interim Briefing Note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak Version 1.5. February 2020.
- Kang, L., Ma S., Chen M, Yang J, Wang Y, Li , Yao L, Bai H, Cai Z, Xiang B, Hu S, Zhang K, Wang G, Ma C, Liu. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020 Mar 30. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
- COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet*. 2020. Editorial. Mar 21;395(10228):922. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30644-9
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Lee J et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Mira JJ y grupo de trabajo segundas víctimas. Asociación de Calidad Asistencial. Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19. Marzo 2020.
- Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Feb;32(1):2-6. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.006. Epub 2017 Sep 5.

5. CONCLUSIONES

- Afortunadamente el ser humano dispone de mecanismos que se activan para adaptarnos a las nuevas circunstancias y superarlas. Y, ante esta situación, también pueden proteger nuestra salud mental y permitirnos salir fortalecidos de esta experiencia vital.
- Durante la pandemia la mayor fortaleza de la psiquiatría ha sido la flexibilidad, y la capacidad de adaptación. En este contexto algunos cambios como la atención telemática y la potenciación de las alternativas a la hospitalización han venido para quedarse.
- Es básico ahondar en el papel fundamental que tiene la prevención para evitar secuelas mentales derivadas de la pandemia. Sabemos cuáles son los factores de riesgo que aumentan trastornos mentales, sabemos que algunos de ellos han estado ahí en esta pandemia y sin psicologizar ni psiquiatrizar las respuestas normales y esperadas a lo que nos está sucediendo tenemos que ser capaces de poner en marcha programas de prevención.
- Esta pandemia puede tener oportunidades y hacernos reconceptualizar los servicios de salud mental (Moreno et al., 2020), lo que indefectiblemente debe venir de la mano de los usuarios.
- Las publicaciones internacionales insisten en el papel de las instituciones sanitarias en el cuidado del que cuida. Los profesionales sanitarios son el recurso más valioso de todos los países. (The Lancet Editorial.2020).

DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020

Con la colaboración de

