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

La GPC ha sido revisada en Septiembre de 2020. La revisión ha concluido que las recomendaciones y otros contenidos clínicos relevantes continúan siendo vigentes. El procedimiento para la revisión de la GPC puede consultarse en: https://bit.ly/2ZEyBJx

Está previsto valorar la necesidad de actualización de la GPC transcurridos 5 años desde la última revisión.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
avalia-t Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

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

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Edición: 2012
Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
NIPO MICINN: 477-11-053-8
NIPO MSPSI: 860-11-161-2
Depósito legal: C. 1.650-2012

Maquetación: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

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

Esta guía debe citarse:
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Índice

Índice de tablas, gráficos y figuras 11

Presentación 15

Autoría y colaboraciones 17

Preguntas para responder 23

Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN 27

Recomendaciones de la GPC 29

I. Evaluación y tratamiento 29

II. Aspectos preventivos de la conducta suicida 36

1. Introducción 43

1.1. La conducta suicida 43

1.2. Conceptualización 43

1.3. Epidemiología del suicidio 46

2. Alcance y objetivos 51

3. Metodología 53

I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO 55

4. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida 57

4.1. Factores de riesgo 57

4.1.1. Factores de riesgo individuales 58

4.1.2. Factores de riesgo familiares y contextuales 63

4.1.3. Otros factores de riesgo 64

4.1.4. Factores precipitantes 65

4.1.5. Factores protectores 66

4.2. Evaluación del riesgo suicida 66

4.2.1. Entrevista clínica 67

4.2.2. Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas 69

5. Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en atención primaria 81

5.1. Abordaje de la ideación suicida en atención primaria 81

5.2. Evaluación de la conducta suicida en atención primaria 84

5.3. Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria 85

6. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias 91

6.1. La clasificación de pacientes (triaje) en los servicios de urgencias 92

6.2. Evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias 95

6.3. Formación del médico de los servicios de urgencias 102
6.4. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida 103

7. Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud Mental) 111
7.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida 111
7.1.1. Terapias de corte cognitivo-conductual 112
7.1.2. Terapia interpersonal 121
7.1.3. Terapia familiar 122
7.1.4. Terapia psicodinámica 123
7.2. Tratamiento farmacológico de la conducta suicida 124
7.2.1. Antidepresivos 124
7.2.2. Litio 129
7.2.3. Anticonvulsivantes 131
7.2.4. Antipsicóticos 134
7.3. Terapia electroconvulsiva 137

II. ASPECTOS PREVENTIVOS 149

8. Medidas generales de prevención de la conducta suicida 151
8.1. Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional 151
8.2. Potenciación de factores protectores y resiliencia 157
8.3. Restricción del acceso a medios letales 159
8.4. Medios de comunicación y suicidio 160
8.4.1. Medios de comuniación 160
8.4.2. Internet 163
8.5. Programas formativos de prevención de la conducta suicida 166
8.5.1. Profesionales sanitarios 166
8.5.2. Profesionales no sanitarios 175

9. El cribado del riesgo de suicidio 187
9.1. Fundamentos del cribado 187
9.2. Cribado de riesgo de suicidio en adultos 188
9.3. Cribado de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia 189
9.4. Cribado de riesgo de suicidio en personas mayores 194
9.5. Cribado de riesgo de suicidio en centros penitenciarios 197
9.6. Posibles efectos adversos del cribado 199

10. La conducta suicida en grupos de riesgo 203
10.1 La conducta suicida en la infancia y la adolescencia 204
10.1.1. Factores de riesgo y protectores 204
10.1.2. Detección y valoración del riesgo suicida 210
10.1.3. Instrumentos psicométricos 211
10.1.4. Intervenciones preventivas 212

10.2. La conducta suicida en personas mayores 217
10.2.1. Factores de riesgo y protectores 218
10.2.2. Detección y valoración del riesgo suicida 221
10.2.3. Instrumentos psicométricos 222
10.2.4. Intervenciones preventivas 224
10.3. Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo 231
10.3.1. Pacientes con gran dependencia o enfermedad somática grave 231
10.3.2. Cuidadores no profesionales de enfermos 234
10.3.3. En diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo 235
10.3.4. Personas que sufren violencia doméstica 239
10.3.5. Población penitenciaria 240

11. Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio 255
11.1. Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio 255
11.2. Intervenciones preventivas en familiares y allegados 256
11.3. Intervenciones comunitarias 261
11.4. Intervenciones en profesionales de la salud tras el suicidio de un paciente 262

12. Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España 267

13. Aspectos legales del suicidio en España 279
13.1. Código Penal y suicidio 279
13.2. Tratamiento de la conducta suicida en régimen de internamiento 280
13.3. Responsabilidades sanitarias derivadas del suicidio 281
13.4. La confidencialidad y el secreto profesional en relación al suicidio 283

14. Indicadores de calidad 287

15. Estrategias diagnósticas y terapéuticas 299

16. Difusión e implementación 303

17. Recomendaciones de investigación futura 305

Anexos 309
Anexo 1. Información para pacientes y familiares sobre la ideación y conducta suicidas 311
Anexo 2. Información para familiares y allegados sobre el duelo tras un suicidio 331
Anexo 3. Abreviaturas 351
Anexo 4. Glosario 353
Anexo 5. Declaración de intereses 359

Bibliografía 361

Índice de tablas, gráficos y figuras

Tablas

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O´Carroll et al., propuesta por Silverman et al. 44
Tabla 2. Clasificación de fact ores de riesgo suicida en modificables e inmodificables 57
Tabla 3. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición 67
Tabla 4. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida 68
Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica 69
Tabla 6. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas 70
Tabla 7. Ítem sobre conducta suicida del BDI 72
Tabla 8. Escala SAD PERSONS 73
Tabla 9. Escala IS PATH WARM 73
Tabla 10. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD 75
Tabla 11. Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados 75
Tabla 12. Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados 76
Tabla 13. Recomendaciones de actuación ante una situación de ideación suicida 82
Tabla 14. Recomendaciones de actuación en atención primaria según el nivel de riesgo de suicidio 84
Tabla 15. Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida 99
Tabla 16. Preguntas del test Manchester Self-Harm para la conducta suicida 100
Tabla 17. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester 101
Tabla 18. Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association 105
Tabla 19. Variables asociadas con el ingreso hospitalario 106
Tabla 20. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.) 114
Tabla 21. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrier et al.) 115
Tabla 22. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.) 115
Tabla 23. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et al.) 116
Tabla 24. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.) 116
Tabla 25. Estudios incluidos de terapias de corte cognitivo-conductual 118
Tabla 26. Estudios incluidos de terapia interpersonal 122
Tabla 27. Estudios incluidos de terapia psicodinámica 123
Tabla 28. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida 125

Tabla 29. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en la infancia y la adolescencia 128
Tabla 30. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas 131
Tabla 31. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida 133
Tabla 32. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación 134
Tabla 33. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC 139
Tabla 34. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria 141
Tabla 35. Factores protectores relacionados con la conducta suicida 157
Tabla 36. Recomendaciones de la OMS sobre la información del suicidio en los medios de comunicación 161
Tabla 37. Estudios incluidos en la revisión sistemática de la OMS sobre el efecto de la publicación de suicidios en los medios y el impacto de las guías 162
Tabla 38. Programas de formación en atención primaria 169
Tabla 39. Programas de formación en salud mental 170
Tabla 40. Programas de formación en los servicios de urgencias 173
Tabla 41. Programas de formación en centros educativos 176
Tabla 42. Programas de formación sobre prevención de conducta suicida en otros profesionales 178
Tabla 43. Estudios de cribado de riesgo de suicidio en centros educativos 191
Tabla 44. Herramientas de cribado para la prevención de suicidio en adolescentes 195
Tabla 45. Herramientas de cribado para la prevención de suicidio en centros penitenciarios 199
Tabla 46. Número de suicidios por edad y sexo en España en la infancia y la adolescencia (2006-2009) 204
Tabla 47. Factores asociados a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia según el modelo de Mann y su nivel de evidencia 209
Tabla 48. Instrumentos de valoración del riesgo suicida y aspectos relacionados en la infancia y la adolescencia 211
Tabla 49. Características de los estudios de programas de prevención del suicidio basados en el currículo para adolescentes 213
Tabla 50. Factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en personas mayores 221
Tabla 51. Cuestiones a considerar en la evaluación de personas mayores con posible riesgo de suicidio 222
Tabla 52. Instrumentos de valoración del riesgo suicida en personas mayores 224
Tabla 53. Niveles de intervenciones preventivas, objetivos y ejemplos para la prevención del suicidio en personas mayores 225
Tabla 54. Estudios de prevención selectiva de la conducta suicida en mayores 227
Tabla 55. Estudios de prevención indicada de la conducta suicida en mayores 230
Tabla 56. Características de los estudios incluidos sobre discapacidad física y suicidio 233

Tabla 57. Características de los estudios incluidos sobre violencia doméstica y suicidio 240
Tabla 58. Principales aspectos en los programas de prevención del suicidio en población penitenciaria 242
Tabla 59. Características de los estudios incluidos realizados en familias 258
Tabla 60. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito escolar 260
Tabla 61. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito comunitario 261

Gráficos

Gráfico 1. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100 000 habitantes) 48
Gráfico 2. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y rango de edad 48
Gráfico 3. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y comunidad autónoma en el año 2010 49
Gráfico 4. Factores asociados a la conducta suicida 58
Gráfico 5. Tasas de fallecimientos (x 100 000 habitantes) por suicidio según grupo de edad y sexo 218

Figuras

Figura 1. Niveles de gravedad en los sistemas de triaje 93
Figura 2. Preguntas a formular en el triaje ante una conducta suicida 95
Figura 3. Modelo de intervenciones preventivas basado en los factores de riesgo 155

Presentación

Documentar la variabilidad de la práctica clínica, analizar sus causas y adoptar estrategias orientadas a eliminarla han demostrado ser iniciativas que inducen mejoras sustanciales en la práctica profesional y que fomentan la calidad. Entre dichas estrategias destaca la elaboración de guías de práctica clínica (GPC), conjunto de recomendaciones claves basadas en una profunda revisión sistemática de estudios científicos relevantes con el propósito de dar respuesta a las incertidumbres existentes en la práctica clínica diaria.

El Plan de Calidad 2010 para el Sistema Nacional de Salud (SNS) pretende responder a los retos que tiene planteados el SNS, incrementando la cohesión del sistema, garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. Entre sus objetivos figura el impulso a la elaboración y uso de GPC vinculadas a las Estrategias de salud, consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud.

El Consejo Interterritorial del SNS aprobó en el año 2003 el Proyecto Guía-Salud con el objeto final de mejorar la calidad en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, a través de la articulación de un sistema de actividades formativas y la configuración de un registro de GPC en el SNS accesibles de forma gratuita vía Internet. En este contexto se enmarca la presente GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, siendo la décima causa de muerte en Europa. En España se suicidan nueve personas al día, hecho de gran repercusión emocional, social y económica en el entorno de las personas fallecidas.

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida como se recoge en la Estrategia de Salud Mental del SNS que contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasa de suicidio en grupos de riesgo.

El propósito de esta GPC es contribuir a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, ayudando a la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios implicados y favoreciendo la mejora en la salud y la calidad de vida de la población.

Pretende además mejorar la información de pacientes y familiares favoreciendo su participación en la toma de decisiones y mejorar la información de toda la ciudadanía de manera que se logre reducir el estigma asociado a este problema de salud.

Esta guía es el resultado del gran esfuerzo realizado por profesionales expertos en metodología y profesionales sanitarios de los distintos ámbitos clínicos relacionados con el manejo de la conducta suicida, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Desde la Agencia de Calidad agradecemos a todos ellos el trabajo realizado y les felicitamos por esta GPC que esperamos permita mejorar el trato y la atención sanitaria que reciben estos pacientes.

CARMEN MOYA GARCÍA
DG. de la Agencia de Calidad del SNS

Autoría y colaboraciones

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

María Álvarez Ariza[1,2]. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Gerardo Atienza Merino[1,2]. Doctor en Medicina. Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidad.

María José Ávila González[2]. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Celia Canedo Magariños[1]. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Hospital Lucus Augusti de Lugo.

Manuel Castro Bouzas[1]. Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña).

Jesús Combarro Mato[1]. Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Culleredo (A Coruña).

Elena de las Heras Liñero[1,2]. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Rafael Fernández Martínez[2]. Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Ernesto Ferrer Gómez del Valle[1,2]. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

Alejandro García Caballero[1]. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

Amparo González García[1,2]. Enfermera Especialista en Salud Mental. Complejo Hospitalario de Ourense.

Delia Guitián Rodríguez[1,2]. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Hospital Lucus Augusti de Lugo.

Ekaterina Kokoulina Cherevach[2]. Licenciada en Psicología. Psicóloga interna residente. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Cristina Losada Pérez[2]. Licenciada en Medicina. Médica interna residente (Psiquiatría). Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

María del Carmen Maceira Rozas[1,2]. Licenciada en Farmacia. Técnica de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidad.

* Los autores han participado en la primera parte de la guía (evaluación y tratamiento, capítulos 4 a 7)[1], en la segunda (aspectos preventivos, capítulos 8 a 13)[2], o en ambas[1,2].

Belén Martínez Alonso[1]. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM. Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

José Mazaira Castro[1]. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Mª Luisa Mosteiro Álvarez[1]. Licenciada en Medicina. Médico de Urgencias. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Laura Pérez Méndez[1]. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Teresa Reijas Ruiz[1]. Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario de Ourense.

Águeda Rojo Pantoja[2]. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Henar Sancho Díaz[2]. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Margarita Tovar Bobo[2]. Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Culleredo (A Coruña).

Yolanda Triñanes Pego[1,2]. Licenciada en Psicología. Técnica de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidad.

Coordinación

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

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

Gerardo Atienza Merino. Coordinador metodológico. Doctor en Medicina. Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidad.

Colaboración

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidad.

Colaboración experta*

Jose Teo Andrés González[2]. Licenciado en Derecho. Subdirector del Diario Atlántico. Vigo (Pontevedra).

Enrique Baca-García[1]. Psiquiatra. Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

---

* Los colaboradores expertos han participado en la primera parte de la guía (capítulos 4 a 7)[1], en la segunda (capítulos 8 a 13)[2], o en ambas[1,2].

Jose Antonio Couceiro Gianzo[2]. Especialista en Pediatría. Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Manuel A. Franco Martín[2]. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora.

Susana García-Baquero Borrell[1]. Fiscal de la Fiscalía de Área de Vigo (Pontevedra).

José Ramón García Palacios[1]. Fiscal delegado de protección de menores e incapaces de la Fiscalía de Área de Vigo (Pontevedra).

Ana Goicoechea Castaño[2]. Especialista en Pediatría. Centro de Salud de Tui (Pontevedra).

Belén Martínez Alonso[2]. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM. Infanto-Juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

José Mazaira Castro[2]. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. USM Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña).

Marta Medrano Varela[1]. Médico Forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Jefa de Sección Clínica. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

María Teresa Olcoz Chiva[2]. Licenciada en Medicina. Servicio de Geriatría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Daniel Portela Orjales[2]. Médico. Subdirección Médica de Atención Especializada. Complejo Hopsitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Carmen Senra Rivera[1,2]. Doctora en Psicología. Profesora titular de Universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

Revisión externa*

Enric Aragonés Benaiges[1,2,3]. Médico de Familia. Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Catalá de la Salut. En representación de SEMFYC.

Tiburcio Angosto Saura[2]. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Manuel Arrojo Romero[1,2,3]. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Germán E. Berrios[1,2,3]. Profesor de Epistemología de la Psiquiatría (emérito). Life Fellow Robinson College. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

Julio Bobes García[1,3]. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

* Los revisores externos han participado en la primera parte de la guía (capítulos 4 a 7)[1], en la segunda (capítulos 8 a 13)[2], en la parte de información a pacientes y familiares[3], o en todas ellas[1,2,3].

Mercedes Borda Más[1,2,3]**.** Psicóloga clínica. Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Sevilla. En representación de AEPCP.

Rosendo Bugarín González[1,2,3]**.** Médico de Familia. Centro de Salud de Folgueiras-Calo (A Coruña). En representación de SEMES.

Alfredo Calcedo Barba[1,3]**.** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón (Madrid). En representación de SEPL.

María Consuelo Carballal Balsa[1,2,3]**.** Coordinadora de Enfermería. Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. En representación de ANESM.

Ana Díaz Pérez[1,2,3]**.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Juan L. Fernández Hierro[1,3]**.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica "Nicolás Peña". Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Mª Dolores Franco Fernández[1,2,3]**.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Sevilla. En representación de SEP.

Lucas Giner Jiménez[1,2,3]**.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. En representación de SEP.

Mariano Hernández Monsalve[1,2,3]**.** Psiquiatra. Jefe de los servicios de Salud Mental del distrito de Tetuán (Madrid). En representación de AEN.

Javier Jiménez Pietropaolo[1,2,3]**.** Psicólogo. Servicio Regional de Atención Jurídica y Psicosocial de la Comunidad de Madrid. En representación de AIPIS y FEMASAM.

Raquel León Lamela[3]**.** Licenciada en Psicología Clínica. Servicio de Información y Atención Socio-Familiar. FEAFES Galicia (A Coruña).

Germán López Cortacáns[1,2,3]**.** Enfermero de Salud Mental. Centro de Salud de Salou, Tarragona. En representación de FAECAP.

Raimundo Mateos Álvarez[1,2,3]**.** Psiquiatra. Unidad de Psicogeriatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), (A Coruña). En representación de SEPG.

Berta Moreno Küstner[1,3]**.** Psicóloga clínica. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. En representación de SEEP.

Teresa Pacheco Tabuenca[2]**.** Licenciada en Psicología. SAMUR-Protección Civil. Madrid.

Mario Páramo Fernández[1,2,3]**.** Psiquiatra. Servicio Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), (A Coruña).

Pablo Pascual Pascual[1,2,3]**.** Médico de Familia. Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona (Navarra). En representación de SEMFYC.

Víctor Pérez Solá[1,2,3]**.** Psiquiatra. Director de la Unidad de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Manuel Portela Romero[1,3]**.** Médico de Familia. Centro de Salud de Padrón (A Coruña). En representación de SEMERGEN.

Francisco Rodríguez Pulido[1,2,3]**.** Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de La Laguna (Tenerife). En representación de AEN.

Pilar Alejandra Saiz Martínez[1,3]**.** Psiquiatra. Profesora Titular del Área de Psiquiatría. Universidad Oviedo. En representación de SEPB.

Carmen Senra Rivera[1,2,3]**.** Psicóloga. Profesora titular de Universidad. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela.

Gustavo Turecki[1,3]**.** Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría del Douglas Mental Health University Institute y profesor de la McGill University. Montreal (Canadá).

Agradecimientos

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

A **Noemí Raña Villar,** de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, por su labor administrativa y de gestión.

A **todos los pacientes y familiares** que han participado en la revisión externa del apartado de información para pacientes y familiares.

Sociedades colaboradoras

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

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

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

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

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

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

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES Galicia).

Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL).

Declaración de interés: Todos los miembros del grupo de trabajo, así como las personas que han participado como colaboradores expertos o en la revisión externa, han realizado la declaración de interés que se presenta en el anexo 5.

Preguntas para responder

I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

12. En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
13. ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?

14. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

II. ASPECTOS PREVENTIVOS

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional

15. ¿Qué programas sobre prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional?

Potenciación de factores protectores y resiliencia

16. ¿Qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores protectores y la resiliencia?

Restricción del acceso a medios letales

17. ¿Qué medidas se pueden tomar para la restricción de medios letales?

Medios de comunicación y suicidio

18. ¿Qué medidas pueden adoptar los medios de comunicación para prevenir la conducta suicida?

19. ¿Cuál es el papel de Internet en la conducta suicida?

Programas formativos de prevención de la conducta suicida

20. Los programas formativos de sensibilización, detección y abordaje de la ideación y la conducta suicida llevados a cabo en profesionales sanitarios ¿se han mostrado efectivos a la hora de reducir las tasas de suicidio consumado?

21. ¿Desde el punto de vista formativo, qué medidas de prevención de la conducta suicida podrían realizarse en profesionales no sanitarios?

EL CRIBADO DEL RIESGO DE SUICIDIO

22. ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa?¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?

23. ¿Preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada?

LA CONDUCTA SUICIDA EN GRUPOS DE RIESGO

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

24. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en la infancia y la adolescencia?

25. ¿Cómo se realiza la detección y la valoración del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia?
26. ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?
27. ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?

La conducta suicida en pacientes mayores

28. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en personas mayores?
29. ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en mayores?
30. ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en personas mayores?
31. ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en personas mayores?

Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo

32. ¿Qué medidas de prevención se han mostrado efectivas para evitar la conducta suicida en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
33. ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían llevarse a cabo en cuidadores no profesionales de enfermos con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
34. ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían adoptarse en diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo?
35. ¿Qué medidas de prevención podrían recomendarse para evitar la conducta suicida en personas que sufren violencia doméstica?
36. ¿Qué medidas de prevención de la conducta suicida se pueden recomendar en la población penitenciaria?

INTERVENCIONES EN FAMILIARES, ALLEGADOS Y PROFESIONALES DESPUÉS DE UN SUICIDIO

37. ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de los allegados tras un suicidio?
38. Tras el suicidio de una persona, ¿existe alguna intervención preventiva que reduzca el impacto en sus familiares y allegados?
39. ¿Existe alguna intervención comunitaria para la prevención tras un suicidio?
40. ¿Existe alguna intervención tras el suicidio de un paciente que reduzca el impacto en los profesionales implicados en su manejo?

PROGRAMAS CLÍNICOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA

41. ¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en España en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?

ASPECTOS LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

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

Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

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

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

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

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

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

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

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developeers' handbook: Edinburgh: SIGN; 2001 ([3]).

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

Recomendaciones de la GPC

I. Evaluación y tratamiento

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

D^{GPC}	Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.
✓	Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente.
D^{GPC}	Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica.
Q	Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico.
✓	Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones.
D^{GPC}	Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
D	Se recomienda orientar la entrevista clínica a la recogida de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador.
D^{GPC}	La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.
A **B** **C**	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente: – Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias – Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos – Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.

D	Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
C	Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
D	Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o la IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.
C	Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente.
✓	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en atención primaria

D	Se recomienda la capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.
✓	Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.
D	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
✓	Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación…).
✓	En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda: – Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis. – Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible. – Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia. – Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales. – Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.
D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: – Características del intento – Intentos autolíticos previos – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Antecedentes familiares.
D	En caso de **ideación suicida** se recomienda la **derivación urgente** al **servicio de salud mental**, si: – Presencia de trastorno mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista – Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo – Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
D	En caso de **intento de suicidio** se recomienda la **derivación urgente** a un **servicio de urgencias hospitalario**, si: – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de **intento de suicidio**, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la **derivación urgente** al **servicio de salud mental**, si: – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

✓	En caso de **ideación o conducta suicida** se podría considerar la **derivación preferente** al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes: – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo.
✓	Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓	Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria.

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

✓	Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
✓	Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.
✓	La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓	Durante su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓	El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.
D	En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.
✓	Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de urgencias hospitalarias.
✓	La derivación al psiquiatra por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

✓	En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter preferente a una consulta de salud mental.
✓	Se recomienda la mejora de las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: – Comunicación entre pacientes y profesionales – Actitud empática de los profesionales – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y familiares.
D	Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.
✓	La formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: – Evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo – Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato – Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia
D^{GPC}	La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores: – Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida – Riesgo suicida inmediato del paciente – Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base – Falta de apoyo social y familiar efectivo.

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (salud mental)

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).
B	En adultos con ideación o conducta suicida se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.
B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico	
A	En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.

C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.
B	En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
✔	En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio a tratamiento antiepiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida.
A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electrocovulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.
D^{GPC}	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

II. Aspectos preventivos de la conducta suicida

Medidas generales de prevención de la conducta suicida

Programas generales de prevención de la conducta suicida	
C	Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante: – Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo – Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores – Educación a la población general y medios de comunicación – Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio – Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida – Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general – Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.
Potenciación de factores protectores y resiliencia	
✓	Se recomienda el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención del suicidio basados en la potenciación de factores protectores y factores asociados a la resiliencia.
Restricción del acceso a medios letales	
B	Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados en cada país: – Restricción de la venta de psicotrópicos – Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general. – Uso de antidepresivos de menor toxicidad – Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos – Menor toxicidad del gas de uso doméstico – Instalación de barreras en lugares elevados – Restricción sobre posesión y control de armas de fuego – Control de plaguicidas.

Medios de comunicación y suicidio	
D	Se recomienda que los medios de comunicación sigan las directrices de la OMS para la publicación de noticias sobre suicidios, entre las que destacan: – No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista – Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias – Aportar información precisa, responsable y ética – Aprovechar la oportunidad para educar a la población – Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles – Tras un suicidio, tener siempre en cuenta el impacto que la información pueda producir en los familiares y allegados.
✓	Se recomiendan acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.
D	Se recomienda la implantación de medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Entre estas medidas estarían: – Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave – Regularizar el control de los contenidos de Internet mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores – Uso de programas de filtrado para impedir el acceso a determinados foros o blogs.
Programas formativos de prevención de la conducta suicida	
C	Se recomienda que todo profesional, tanto sanitario como no sanitario, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo.
C	De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal sanitario sobre conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis. El formato podrá ser presencial, *online* o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o *role-playing*.
C	Se recomienda que los programas de formación incluyan sesiones de refuerzo de forma periódica (al menos cada dos años).
✓	Se recomienda la evaluación de los programas de formación tras su implementación, sobre todo de su influencia sobre la práctica asistencial.

C	Se recomienda que los programas de formación en atención primaria incluyan, además de contenidos específicos sobre el suicidio, otros referidos a la detección y tratamiento de la depresión.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de urgencias aborden aspectos generales de suicidio y potencien el desarrollo de competencias en la entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores y grupos de riesgo de suicidio.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de salud mental aborden, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida.
C	Se recomienda que los programas destinados a la formación de personal no sanitario (profesorado, educadores, bomberos, policías…) aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

El cribado de riesgo de suicidio

Cribado de riesgo de suicidio	
D	En población general, no existen pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en adultos.
C	En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado.
C	En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de cribado puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el la único validado en castellano.
C	En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo un cribado del riesgo de suicidio en aquellos adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc…), que acudan incluso por otros motivos.
C	En personas mayores se recomienda la implementación del cribado de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. Como instrumentos de cribado podrían utilizarse la *15-item Geriatric Depression Scale* (GDS) y la *5-item GDS subscale* (GDS-SI).
D	En centros penitenciarios se recomienda el cribado de riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de cribado en esta población.

La conducta suicida en grupos de riesgo

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	
D[GPC]	En niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo de conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social.
C	En la evaluación del riesgo de suicidio en el niño o adolescente se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres o profesores).
✓	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de: – Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS). – Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). – Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). – Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R).
C	Dentro de la formación escolar se recomienda la implementación de programas de prevención universal del suicidio, como por ejemplo el programa *Signs of Suicide*, una vez adaptado y contextualizado al entorno sociocultural.
C	Se recomienda la implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio, como el *Personal Growth Class* o el *Counselors Care*, una vez adaptados y contextualizados.
C	No existen datos suficientes que nos permitan recomendar el uso de herramientas o programas de cribado de suicidio en el ámbito escolar.
D	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave *(gatekeeper)* para el personal de los centros educativos, orientados a la identificación de alumnos con riesgo de suicidio.
D	De cara a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con trastornos mentales se recomienda: – Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso. – Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos. – Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes. – Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.

✓	Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva.
✓	Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.
C	En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.
D	Se recomienda ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares.
La conducta suicida en personas mayores	
D	En la evaluación del riesgo de suicidio en mayores se recomienda valorar especialmente la presencia de depresión, otras enfermedades, abuso de alcohol o de alguna medicación.
D	Se recomienda también valorar el entorno, la calidad de vida y las expectativas de la persona: – Con quién vive, presencia de apoyo y relaciones sociofamiliares – Capacidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria – Presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte.
C	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en la persona mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas, como la Escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale*, GDS).
D	Se recomienda orientar la educación sobre el suicidio a los propios mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación, con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma.
D	En pacientes con factores de riesgo de suicidio se recomienda la prescripción de fármacos en el envase de menor cantidad y hacer un seguimiento de su uso por parte del médico.
Prevención selectiva:	
C	En mayores con riesgo de suicidio se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación.
D^{GPC}	Para el manejo y tratamiento de la conducta suicida en mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos.
Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo	
✓	En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio.

✓	Se recomienda realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado.
✓	Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico se deben llevar a cabo en tres niveles diferentes: – Universal: • Evaluar la desesperanza y la ideación suicida • Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida… • Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión • Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo. – Selectivo: • Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas. – Indicado (presencia de ideación y/o conducta suicida): • Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método • Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio • Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.
D	Se recomienda una valoración del riesgo de suicidio en cuidadores con síntomas de depresión.
C	En cuidadores con ansiedad, depresión y sobrecarga se recomienda la realización de intervenciones de corte cognitivo-conductual con el fin de disminuir el riesgo de suicidio.
C	En el ámbito laboral se recomienda realizar programas de promoción de la salud que ofrezcan apoyo y asesoramiento a los trabajadores, así como aumentar el grado de integración y la accesibilidad a los servicios de prevención.
D	Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio.
C	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia doméstica.
D	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos.

Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

D	A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda: – Contextualizar la estrategia de intervención – Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados – Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.
✔	Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona.
D	Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan apoyo a los allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.
B	Tras un suicidio se recomienda la terapia cognitivo-conductual en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación suicida, ya que reduce el riesgo de duelo patológico en estas personas.
D	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (gatekeeper) en el ámbito escolar, de cara a aumentar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la conducta suicida y el impacto del suicidio en las personas allegadas.
C	Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias.
D	Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes.

Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

C	Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación sanitaria y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado.

1. Introducción

1.1. La conducta suicida

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

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention* (5), donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada para el periodo 2009-2013 (6), contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo.

1.2. Conceptualización

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico" (7).

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

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (8, 9). Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra (10) diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O´Carroll et al. (11) plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyén-

dose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al (12, 13) propusieron una revisión de la nomenclatura de O`Carroll et al. en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (14). En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (tabla 1).

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

<table>
<tr><td rowspan="3">Ideación suicida</td><td>a. Sin intencionalidad suicida</td><td rowspan="3">1. Casual
2. Transitoria
3. Pasiva
4. Activa
5. Persistente</td></tr>
<tr><td>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</td></tr>
<tr><td>c. Con alguna intencionalidad suicida</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Comunicación suicida*</td><td colspan="2">a. Sin intencionalidad suicida:
1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)
2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)</td></tr>
<tr><td colspan="2">b. Con grado indeterminado de intencionalidad
1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)
2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)</td></tr>
<tr><td colspan="2">c. Con alguna intencionalidad suicida
1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)
2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Conducta suicida*</td><td colspan="2">a. Sin intencionalidad suicida
1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I)
2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II)
3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)</td></tr>
<tr><td colspan="2">b. Con grado indeterminado de intencionalidad
1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I)
2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II)
3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)</td></tr>
<tr><td colspan="2">c. Con alguna intencionalidad suicida
1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I)
2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II)
3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)</td></tr>
<tr><td colspan="3">*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:
– Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
– Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)
– Foco mixto</td></tr>
</table>

Fuente: elaboración propia a partir de Silverman et al. (12, 13).

Silverman et al. (12, 13) añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

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

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

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

En esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se adoptará la nomenclatura propuesta por Silverman et al. (12, 13).

1.3. Epidemiología del suicidio

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

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

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

Factores sociodemográficos

- Región o país: las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas (16). También se observan altas tasas en los países nórdicos (2).
- Género: la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales (3) y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo (18). Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China) (18). Aunque las tasas son menores en las mujeres que en los hombres, existe un mismo patrón dentro de cada país, de manera que aquellos con altas tasas de suicidio masculino, presentan también altas tasas de suicidio femenino (16).
- Edad: aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está relacionado con los niveles de industrialización o riqueza

(15). Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad (25). En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa (16).

- Raza: parecen existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. (2, 3).
- Religión: podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes (26).

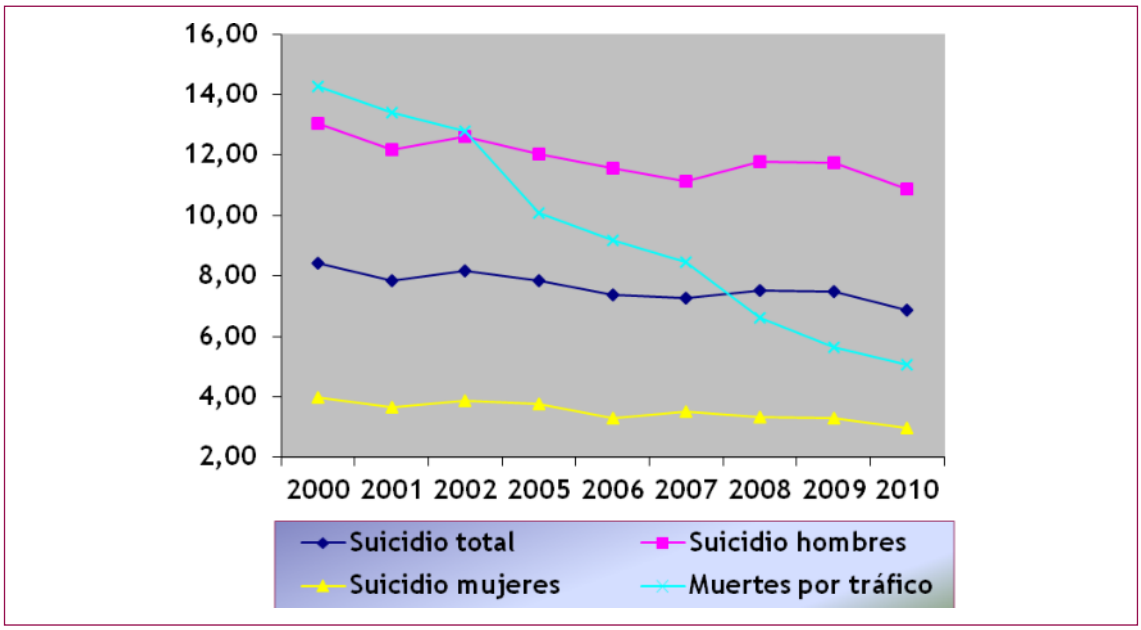
Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos (3). Respecto a la edad y al sexo existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes (15, 27).

El suicidio en España

Según datos del 2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE) (28), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa (3), hasta el año 2003 parecía existir en nuestro país una evolución ascendente. Sin embargo, a partir de 2004 la tendencia es estable o descendente, al igual que en Europa (16, 29) (gráfico 1).

En Europa mueren cada año 58 000 personas por suicidio, 7000 más que por accidentes de tráfico (30). Si en España comparamos ambas causas de muerte a lo largo de los últimos años, podemos comprobar una disminución importante de los fallecimientos por accidentes de tráfico mientras que las tasas de suicidio se mantuvieron similares (gráfico 1), llegando a ser desde el año 2008 la primera causa de muerte no natural.

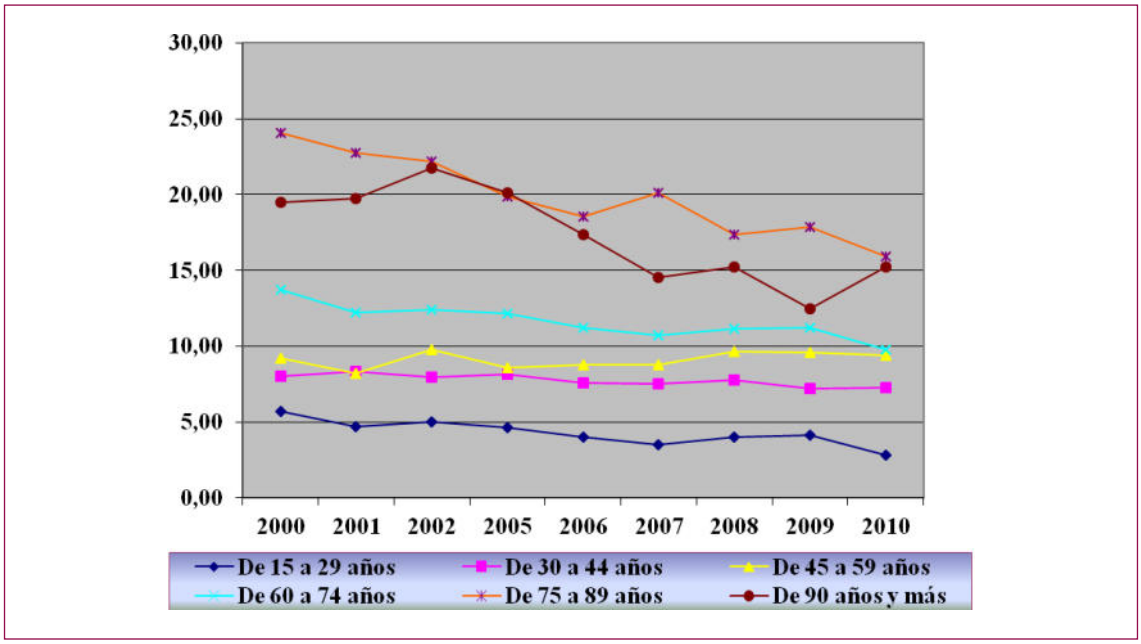
Gráfico 1. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100 000 habitantes)



Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (31). Elaboración propia.

Los datos recogidos por el INE muestran que el comportamiento suicida en España sigue las pautas del resto del mundo (3), produciéndose la mayoría de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa conforme aumenta la edad (gráfico 2).

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

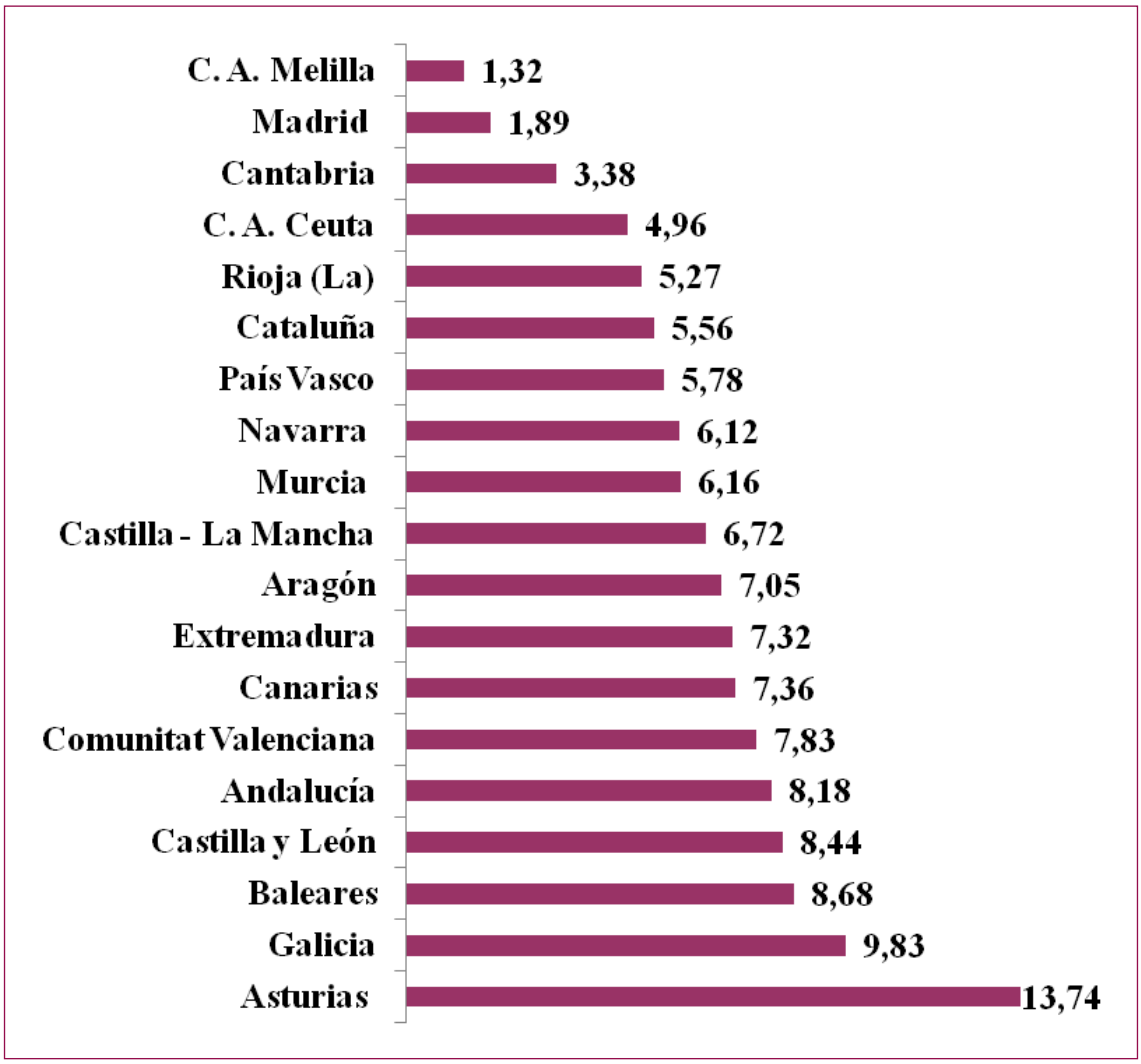


Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (31). Elaboración propia.

Analizando los datos por comunidades autónomas, las que presentan mayores tasas por 100 000 habitantes son Asturias y Galicia (13,74 y 9,83), mientras que Madrid y Melilla presentan las tasas más bajas (1,89 y 1,32) (gráfico 3) (32).

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100 000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos (30). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100 000 habitantes (33) y de 170/100 000 habitantes en medio hospitalario (34).

Gráfico 3. Tasas globales de suicidios en España (por 100 000 habitantes) y comunidad autónoma en el año 2010



Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (32). Las cifras están calculadas con el padrón del año 2010. Elaboración propia.

2. Alcance y objetivos

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

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

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

Objetivos de la guía:

- Mejorar la atención sanitaria prestada a los pacientes con conducta suicida.
- Ofrecer recomendaciones al profesional sanitario sobre aspectos de evaluación, tratamiento y de prevención.
- Ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos y mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes con conducta suicida y sus familiares.
- Desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la calidad asistencial.
- Identificar áreas prioritarias de investigación futura.

Alcance de la guía:

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

Estructura de la guía:

Debido a su extensión, la guía se ha estructurado en dos partes. La primera parte aborda fundamentalmente aspectos relacionados con la **evaluación y el tratamiento** de la conducta suicida:

- Factores de riesgo y protección de la conducta suicida
- Evaluación del riesgo de suicidio

- Evaluación y manejo de la ideación y la conducta suicidas en atención primaria
- Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias
- Opciones de tratamiento de la conducta suicida:
    - Intervenciones psicoterapéuticas
    - Tratamiento farmacológico
    - Terapia electroconvulsiva
- Herramientas de decisión clínica:
    - Conducta suicida en atención primaria
    - Conducta suicida en el servicio de urgencias hospitalarias
- Aspectos legales de la conducta suicida.
- Información para pacientes y familiares sobre la ideación y conducta suicidas

La segunda parte aborda los **aspectos preventivos** de la conducta suicida:

- Medidas generales de prevención de la conducta suicida:
    - Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional
    - Potenciación de factores y resiliencia
    - Restricción del acceso a medios letales
    - Medios de comunicación y suicidio
    - Programas formativos
- Cribado del riesgo de suicidio
- La conducta suicida en grupos de riesgo:
    - En la infancia y la adolescencia
    - En personas mayores
    - En otros grupos de riesgo
- Intervención en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio
- Programas clínicos de intervención en España
- Indicadores de calidad
- Recomendaciones de investigación futura
- Información para familiares y allegados sobre el duelo tras un suicidio.

3. Metodología

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

Los pasos seguidos fueron los siguientes:

- Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por tres técnicos de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) expertos en metodología y por un grupo de profesionales sanitarios (grupo clínico). El grupo clínico de la primera parte de la guía (evaluación y tratamiento), estuvo integrado por: siete psiquiatras, cuatro psicólogos, un médico de familia, un médico de urgencias hospitalarias y un profesional de enfermería de salud mental. En la segunda parte de la guía (aspectos preventivos) participaron: seis psiquiatras y un médico interno residente de Psiquiatría, dos psicólogos clínicos y un psicólogo interno residente, un médico de familia y un profesional de enfermería en salud mental.
- Formulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato PICO: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o resultado.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: 1) especializadas en revisiones sistemáticas, como la *Cochrane Library Plus* y la base de datos del NHS *Centre for Reviews and Dissemination* (HTA, DARE y NHSEED); 2) especializadas en Guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como TRIP (*Turning Research into Practice*), *National Guideline Clearinghouse* o GuiaSalud; 3) generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Ovid), ISI WEB, IBECS (Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice médico español), o especializadas como PsycINFO. Idiomas: inglés, francés, español, italiano y portugués. Se realizó una primera búsqueda bibliográfica sin límite temporal de todas las GPCs existentes en las principales bases de datos bibliográficas, evaluándose su calidad metodológica. En una segunda fase, se realizó una búsqueda sistemática de estudios originales (ECA, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas, etc.) en las bases de datos seleccionadas, mediante una estrategia de búsqueda y unos criterios de inclusión y exclusión y una posterior búsqueda manual de la bibliografía incluida en los artículos seleccionados.
- Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*).
- Formulación de recomendaciones basada en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se realizó mediante el sistema de SIGN. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se resolvieron por consenso informal del grupo elaborador.
- Los colaboradores expertos participaron en la delimitación de las preguntas clínicas y en la revisión de diferentes apartados de la guía y sus recomendaciones. Los revisores externos participaron en la revisión del borrador de la guía, siendo representantes propuestos por las diferentes sociedades científicas y asociaciones relacionadas con

la conducta suicida (ver la relación en el apartado de autoría) y por profesionales de reconocido prestigio a propuesta del grupo elaborador. También se ha contado con un grupo de pacientes y familiares que han contribuído a la elaboración del apartado de información para familiares y a su revisión externa.

- Tanto los miembros del grupo elaborador, como los colaboradores expertos y los revisores externos de la guía declararon los posibles conflictos de interés (anexo 5).
- En http://portal.guiasalud.es está disponible de forma detallada toda la información con el proceso metodológico de la GPC (estrategias de búsquedas bibliográficas, fichas de lectura crítica de los estudios seleccionados, tablas de síntesis de la evidencia, etc.).
- Está prevista una actualización de la guía cada tres años, o en un plazo de tiempo inferior si aparece nueva evidencia científica que pueda modificar algunas de las recomendaciones ofrecidas en esta guía. Las actualizaciones se realizarán sobre la versión electrónica de la guía, disponible en la web de GuiaSalud (http://portal.guiasalud.es) y en la página de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (http://avalia-t.sergas.es).

I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

4. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

Preguntas para responder:

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

4.1. Factores de riesgo

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

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

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

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

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

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

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental (3, 39), de la misma manera que el esquema planteado en la Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, aunque modificado (25) (gráfico 4).

4.1.1. Factores de riesgo individuales

Trastornos mentales

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

Depresión mayor

Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (40). Aparece en todos los rangos de edad (2, 18, 19, 25, 41), aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años (3). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (3).

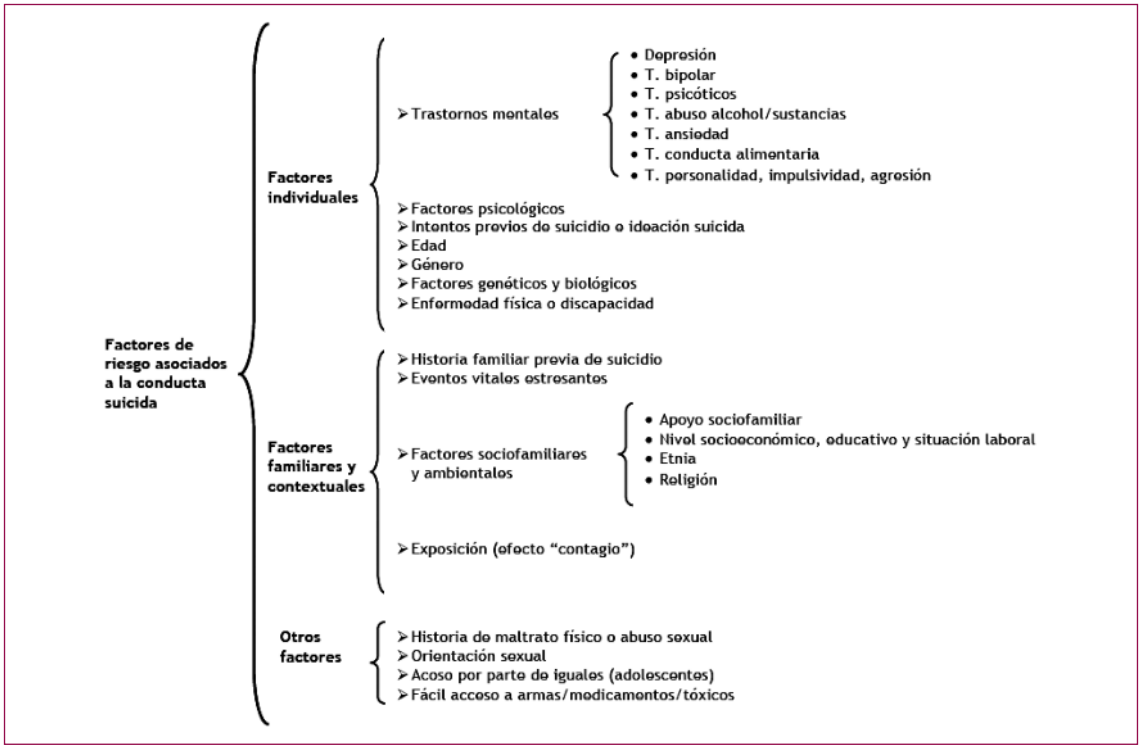
RS de distintos tipos de estudios 2++

Opinión de expertos 4

Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres, aunque para este último análisis el número de estudios fue pequeño (42).

Metanálisis de estudios 1+

Gráfico 4. Factores asociados a la conducta suicida



Fuente: elaboración propia

Trastorno bipolar

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

Trastornos psicóticos

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

Opinión de expertos 4

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

RS de distintos tipos de estudios 2+

Trastornos de ansiedad

Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado (3, 36). Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (40).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Opinión de expertos 4

Trastornos de la conducta alimentaria

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general (40). Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio (2, 36, 43), sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía (40, 43).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Abuso de alcohol y de otras sustancias

Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (42). Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general (40) y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos (2, 18, 25, 40-42) y en general, después de años de enfermedad (3).

Metanálisis de estudios 1+

RS de distintos tipos de estudios 2++

Trastornos de personalidad

Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad (40), fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos (18, 36, 40, 44). El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

RS de distintos tipos de estudios 2++

Factores psicológicos

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida (2, 18, 19, 40), ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck (3).

RS de distintos tipos de estudios 2++

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

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

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida (2, 18, 25, 40). Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (3). La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos (2, 44), debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento (40).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Datos de un metanálisis (42) muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (18).

Metanálisis de estudios 1+

Edad

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (2, 18, 25, 40, 48), teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona (25). Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales (3).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (18, 25, 40, 43). Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (43).

RS de distintos tipos de estudios 2++

También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (40, 43), y como en el caso anterior, China e India presentan excepciones: China con la ingestión de plaguicidas e India con el suicidio a lo bonzo (18, 43).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Factores genéticos y biológicos

En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninergica, como:

RS de distintos tipos de estudios 2+

1) factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH (2, 18, 25, 43, 49) o del gen del receptor 5-HT2A36; 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína trasportadora de serotonina (50), bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre (49), altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos (49), bajos niveles de colesterol en sangre (2) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (25, 43). Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato (25, 51).

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

Estudio de cohortes 2+

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

Enfermedad física o discapacidad

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio (2, 18, 53). La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales (3).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio (54).

Estudio de cohortes 2++

En el caso del SIDA, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica (55). Sin embargo dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (56).

RS de estudios 2++

Estudio de cohortes 2+

4.1.2. Factores de riesgo familiares y contextuales

Historia familiar de suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida (2, 40, 43), especialmente en el género femenino (2, 18) y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado (43). La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos (3, 36, 40).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho (3). Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción (36).

RS de distintos tipos de estudios 2+

Eventos vitales estresantes

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (2, 18, 25, 40).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Factores sociofamiliares y ambientales

Apoyo sociofamiliar

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol (42).

Metanálisis de estudios 1+

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social (3, 36, 40, 41, 53) y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (3).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad (3).

Opinión de expertos 4

Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio (18, 25, 40, 53), pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio (42).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio (3). — Opinión de expertos 4

Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio (25, 40, 41). — Estudio de cohortes 2++

Etnia

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio (53). Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborigen (40, 43). Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al "contagio" entre grupos aislados, más que a culturas diferentes (43). — RS de distintos tipos de estudios 2++

Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia (36). Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios (3). — RS de distintos tipos de estudios 2++

Religión

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas (40). Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes (3). — RS de distintos tipos de estudios 2++

Exposición (efecto "contagio")

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

4.1.3. Otros factores de riesgo

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida (2, 25, 40, 43). Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida (3, 43). — RS de distintos tipos de estudios 2++

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios (57-59). Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato (58).

Metanálisis 2++

Opinión de expertos 4

También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 nos muestran que, en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales (60).

Orientación sexual

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes (2, 18, 25, 43), debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida (3, 36).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil (61, 62).

Metanálisis de estudios 1+

RS de distintos tipos de estudios 2++

Acoso por parte de iguales

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (25).

Serie de casos 3

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo (2, 18), al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida (2). Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento (2, 3).

RS de distintos tipos de estudios 2++

4.1.4. Factores precipitantes

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes (2, 18, 25), factores psicológicos individuales (25) o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio (2), pueden servir como factores facilitadores del suicidio.

RS de distintos tipos de estudios 2++

Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes) (3).

Opinión de expertos 4

4.1.5. Factores protectores

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

Personales (40, 63, 64):

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

Sociales o medioambientales (18, 19, 40, 43, 63)

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

RS de distintos tipos de estudios 2++

4.2. Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (65), tanto en atención primaria como en atención especializada.

Serie de casos 3

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (66) y el 95% (67). Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa (68).

Serie de casos 3

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

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

4.2.1. Entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida (69). Opinión de expertos 4

Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio (69). La aproximación más adecuada sería utilizar ambas perspectivas en la medida de lo posible, teniendo en cuenta que la mejor opción viene determinada por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios (70). Opinión de expertos 4

Teniendo en cuenta lo anterior, deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya (tabla 3) (36, 53, 71-73): Opinión de expertos 4

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

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

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

Fuente: elaboración propia a partir de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (53)

El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas (tabla 4) (15). Estas recomendaciones, aunque propuestas para atención primaria, pueden orientar en general sobre cómo obtener información. Opinión de expertos 4

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

CÓMO PREGUNTAR:
– ¿Se siente infeliz?
– ¿Se siente desesperado?
– ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
– ¿Siente la vida como una carga?
– ¿Siente que la vida no merece vivirse?
– ¿Siente deseos de suicidarse?
CUÁNDO PREGUNTAR:
– Tras el establecimiento de una comunicación empática
– Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
QUÉ PREGUNTAR:
– ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
– ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
– ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
– ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: Modificado de OMS (15, 74)

En el inicio de la entrevista clínica es importante explicar con claridad los objetivos de la evaluación y también tener en cuenta el interés de que el paciente se implique en la toma de decisiones sobre el tratamiento (75).

RS de distintos tipos de estudios 3, Q

Así mismo, son importantes la destreza y la actitud del clínico durante la entrevista a la hora de recabar información relevante sobre el riesgo de suicidio (53, 73). En la tabla 5 se indican algunas habilidades y errores propios de este ámbito (76), junto con las habilidades de comunicación verbal y no verbal, necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica: escucha activa (mirada. postura corporal, movimientos de manos, gestos de asentimiento), empatía, calidez, comprensión, asertividad, autocontrol emocional, etc. El análisis de las microexpresiones faciales (expresiones emocionales breves y sutiles que suelen pasar inadvertidas), también pueden ayudar al profesional a detectar estados emocionales (77).

Opinión de expertos 4

En la tabla 6 se detallan aquellos aspectos clave que deberían tenerse en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio, incluyéndose los datos personales y los factores de riesgo y de protección asociados con la conducta suicida (2, 36, 40, 44, 48). También se recogen las características de la ideación/conducta suicidas, así como los aspectos más importantes de la evaluación clínica (2, 48, 53, 78). Al final de la tabla figura el tipo de conducta suicida según la nomenclatura de Silverman et al. (12, 13).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica

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

Fuente: Froján (2006) (76)

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

Reseñar que la información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (36, 44).

Opinión de expertos 4

4.2.2. Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas

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

Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (9).

Opinión de expertos 4

Su uso no está generalizado en la práctica clínica y además existe el inconveniente de que algunos no han sido validados en muestras representativas ni en el ámbito clínico. Además, algunos carecen de la adaptación y validación al castellano.

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

	DATOS PERSONALES	
– Sexo – Edad	– País de origen – Grupo étnico	– Estado civil – Ocupación

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

Fuente: elaboración propia.

Se ha propuesto que un buen instrumento de evaluación debiera (79):

RS de distintos tipos de estudios 2++, 3

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

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

Escalas autoaplicadas

Escala de desesperanza de Beck

La escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelesness Scale,* BHS) (80), fue diseñada para medir el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La desesperanza es uno de los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida y la APA (36) propone que la desesperanza medida con la BHS debería ser considerada un factor de riesgo de suicidio y, en consecuencia, uno de los objetivos del tratamiento.

RS de distintos tipos de estudios 2++

La BHS consta de 20 preguntas de verdadero o falso. Cada respuesta se puntúa 0 o 1, por lo que el rango de puntuación oscila de 0 a 20. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio. Existe una traducción al castellano no validada en España, ya que el único estudio donde se evalúan sus propiedades psicométricas fue realizado en Perú (81).

Metanálisis de estudios de cohortes 2++

Se ha encontrado que, a diferencia de los niveles obtenidos en la validación original de la escala (82), el punto de corte de 9 indicaría menor riesgo, tanto de suicidio como de intento de suicidio. Por lo que se refiere a los parámetros de sensibilidad y especificidad, para el suicidio consumado el primero fue de 0,80, y el segundo de 0,42. Para el intento de suicidio, la sensibilidad fue de 0,78 y la especificidad de 0,42 (83). Con estos resultados se considera que este punto de corte podría emplearse para identificar pacientes con riesgo de conducta suicida, pero la baja especificidad encontrada indica que no es un instrumento útil para seleccionar pacientes que podrían beneficiarse de una intervención (83).

El estudio SUPRE-MISS de la OMS (15) utiliza un sólo ítem de esta escala ("el futuro me parece oscuro"), porque considera que podría ser suficiente para medir la desesperanza (84).

Opinión de expertos 4

Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida)

El Inventario de depresión de Beck, (*Beck Depression Inventory*, BDI) en sus dos versiones, BDI (85) y BDI-II (86), incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta (tabla 7). En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck (r = 0,56 a 0,58) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores (87).

RS de estudios de cohortes 2++

Tabla 7. Ítem sobre conducta suicida del BDI

No tengo pensamientos de hacerme daño	0
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	1
Me gustaría quitarme la vida	2
Me mataría si pudiera	3

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI) (88).

Se ha propuesto que este ítem podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones en la ideación suicida o como instrumento de cribado para valorar la necesidad de una evaluación más profunda a lo largo del tratamiento (87).

Escalas heteroaplicadas

SAD PERSONS

Diseñada por Patterson et al. (89), su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran (tabla 8). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

A pesar de la popularidad que goza esta escala, no se ha localizado ningún estudio donde se evalúen sus propiedades psicométricas en España, de forma que los puntos de corte provienen del estudio original. No obstante, la SAD PERSONS ha sido recomendada en nuestro país por su contenido didáctico y facilidad de aplicación (90) y también para su uso en atención primaria (91).

Opinión de expertos 4

IS PATH WARM

El acrónimo IS PATH WARM (tabla 9) (92) se forma también con la inicial de los factores de riesgo que analiza y la *American Association of Suicidology* la propuso como un instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida.

Tabla 8. Escala SAD PERSONS

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

Fuente: Patterson et al.,1983 (89)

Tabla 9. Escala IS PATH WARM

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

Fuente: Berman, 2006 (92)

Aunque sin puntuaciones orientativas asociadas, podría ser útil para guiar la valoración del riesgo inmediato, puesto que cada uno de los factores de riesgo que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento (93).

Opinión de expertos 4

Escala de ideación suicida

La Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation*, SSI) fue diseñada por Beck para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente (94). Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados.

Ha mostrado una alta consistencia interna y una elevada fiabilidad interevaluadores. También ha demostrado adecuada validez concurrente (con el ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck) y discriminante (diferencia entre pacientes deprimidos potencialmente suicidas de los que no lo son). En cuanto a la validez predictiva, los pacientes en la categoría de alto riesgo (puntuación total mayor de 2) presentan siete veces más riesgo de suicidio que los que obtienen puntuaciones inferiores (87).

RS de estudios de cohortes 2++

Existe una traducción al castellano, pero no ha sido validada. Esta escala cuenta también con una versión de 19 ítems para medir el impacto de la ideación suicida en la vida del paciente (*Scale for Suicide Ideation- Worst*, SSI-W). Aunque ambas versiones han demostrado propiedades psicométricas adecuadas, la SSI-W presentó una correlación positiva más elevada con la historia de intentos previos (87).

Escala de intencionalidad suicida

La Escala de intencionalidad suicida (*Suicide Intent Scale*, SIS) de Beck cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio (95). Cada uno de sus 15 ítems se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento/intervención etc.); la segunda es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc. (ítems 9-15).

La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo alta consistencia interna y elevada fiabilidad interevaluadores. En cuanto a la validez predictiva, los resultados de diferentes estudios son inconsistentes; no obstante, el ítem sobre las precauciones tomadas para evitar el descubrimiento /intervención se ha asociado a un incremento del riesgo de suicidio (87). Existe una versión de la SIS adaptada y validada en una muestra española (96).

RS de estudios de cohortes 2++

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

La Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HRSD) es una escala heteroaplicada diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva (97) y se incluye en este apartado ya que incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación/conducta suicidas (tabla 10).

Este ítem presentó una alta correlación con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. También ha demostrado ser un predictor adecuado de la conducta suicida, ya que se observó un incremento del riesgo de suicidio de 4,9 veces en aquellos pacientes cuya puntuación en este ítem era 2 o superior (87). Existe validación de la escala al castellano (98).

RS de estudios de cohortes 2++

Tabla 10. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD

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

Fuente: Escala de valoración de la depresión de Hamilton (97).

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

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

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Cuestionario de conducta suicida *(Suicidal Behaviors Questionnaire,* SBQ) (99)	Valorar la ideación y conducta suicida	4
Inventario de razones para vivir (*Reasons for Living Inventory*, RFL) (100)	Valorar las creencias y expectativas en contra de la conducta suicida. Validada al castellano (101)	48
Escala de riesgo suicida de Plutchick (*Plutchik Suicide Risk Scale*) (102)	Evaluar el riesgo de suicidio. Validada al castellano (103)	15
Escala de impulsividad de Plutchick (*Plutchik Impulsivity Scale*, IS) (104)	Evaluar la tendencia a la impulsividad. Validada al castellano (105)	15
Escala de impulsividad de Barrat (*Barratt Impulsiveness Scale*, BIS) (106)	Impulsividad. Validada al castellano (107)	30
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (*Buss-Durkee Hostility Inventory*, BDHI) (108)	Agresividad. Validada al castellano (109)	75

Ref: referencia, N: número.

Fuente: elaboración propia.

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

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Escala de riesgo de repetición (*Risk Repetition Scale*, RRS) (110)	Medir el riesgo de repetición durante el año posterior al intento	6
Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (*Edinburgh Risk of Repetition Scale*, ERRS) (111)	Estimar el riesgo de repetición de conducta suicida	11
Checklist de evaluación del suicidio (*Suicide Assessment Checklist*, SAC) (112)	Evaluar factores relacionados con el riesgo de suicidio	21
Escala de evaluación del suicidio (*Suicide Assesment Scale*, SAS) (113)	Medir el riesgo de suicidio	20
Escala de intencionalidad modificada (*Modified Intent Score*, MIS) (114)	Medir el propósito suicida tras un intento de suicidio	12
Escala de riesgo-rescate (*Risk Rescue Rating Scale*, RRRS) (115)	Medir la letalidad y la intencionalidad del intento de suicidio	10
Escala de riesgo de suicidio (*Risk of Suicide Scale*, ROSS) (116)	Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio	35
Estimador del riesgo de suicidio (*Risk Estimator for Suicide*) (117)	Estimación del riesgo de suicidio	15
Índice de suicidio potencial (*Index of Potential Suicide*, IPS) (118, 119)	Evaluar el riesgo de suicidio mediante variables sociales y demográficas	69
Cuestionario de riesgo de suicidio (*Risk Suicide Questionnaire*, RSQ) (120)	Evaluar el riesgo de suicidio. Existe versión en español (validada en México) (121)	4
Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (*Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy*, SSIPA) (122)	Valoración retrospectiva de las circunstancias físicas, psicopatológicas y sociales de un suicidio. Validada al castellano (123)	69
Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS) (124)	Evaluación de la ideación y conducta suicida. Existe versión en español	15
Escala de historia de agresión de Brown-Goodwing (*Agression History Scale*, AHS) (125)	Agresividad	11
Entrevista neuropsiquiátrica internacional (*International Neuropsychiatric Interview*, MINI) (126)	Detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos, entre ellos el riesgo de suicidio. Existe versión en español (127)	6

Ref: referencia, N: número.
Fuente: elaboración propia.

Resumen de la evidencia

Factores de riesgo	
Factores individuales	
1+	Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de conducta suicida (42). Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo y no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante (42).
2++	Depresión mayor: es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (40). Otros trastornos mentales (trastorno bipolar o esquizofrenia) (40). Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva (40). Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (40). Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (40). Presencia de enfermedad crónica o discapacitante (2, 18).
Factores familiares y contextuales	
2++	Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo de conducta suicida (2, 40, 43), especialmente en el género femenino (2, 18) y cuando se produce en un familiar de primer grado (43). Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social (40, 41), nivel socioeconómico y situación laboral (18, 40, 41). Historia de maltrato físico o abuso sexual: en concreto, los producidos durante la infancia presentan una asociación consistente con la conducta suicida (2, 25, 40, 43).
Factores precipitantes	
2++	Eventos vitales estresantes: como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (económicas o laborales), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (2, 18, 40). Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida (2, 18).
3	Acoso por parte de pares (iguales): en adolescentes, se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (25).

Factores protectores	
2++	Personales (40, 63, 64) – Habilidad en la resolución de conflictos o problemas – Confianza en uno mismo – Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
2++	Factores protectores sociales o medioambientales (18, 40, 43, 63): – Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad – Integración social – Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
Evaluación del riesgo suicida	
3	La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (65), tanto en atención primaria como en atención especializada.
3	El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (66) y el 95% (67).
Entrevista clínica	
4	La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida (69).
4	Se han encontrado diferentes factores que influyen en la entrevista clínica, como son: el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación del entrevistador (70).
4	El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas (15).
3, Q	Los pacientes expresan mayor satisfacción cuando en la entrevista clínica, los profesionales los implican en las decisiones sobre el tratamiento y les explican los objetivos y la finalidad de la evaluación (75).
4	La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (36, 44).
Escalas de evaluación	
4	Los instrumentos psicométricos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (9).

2++	De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida son (87): – Escala de desesperanza de Beck (80) – Escala de ideación suicida de Beck (94) – Escala de intencionalidad suicida de Beck (95) – Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck (86) – Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton (97).
4	Aunque no validados en España y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, los acrónimos SAD PERSONS (89) e IS PATH WARM (92) pueden ser útiles por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida.

Recomendaciones

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

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

5. Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en atención primaria

Preguntas para responder:

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

Los profesionales de atención primaria tienen una extraordinaria importancia a la hora de la evaluación y manejo de la conducta suicida, debido a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes y que en la mayoría de las ocasiones han desarrollado a lo largo de los años (128) Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior (129, 130).

La tipología de los pacientes que se evalúan en este ámbito puede ser de tres tipos: 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio; 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida y 3) los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado verbalmente (131).

Por otra parte, la atención sanitaria proporcionada en atención primaria dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona rural o urbana), la experiencia de los profesionales sanitarios implicados y el conocimiento previo del propio paciente (53).

5.1. Abordaje de la ideación suicida en atención primaria

Opinión de expertos 4

Se ha sugerido que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (132). En este sentido, la principal medida preventiva de la conducta suicida a adoptar sería la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica (133, 134).

Es importante señalar que hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (134). Opinión de expertos 4

En la tabla 13 se resumen las principales acciones que la OMS propone realizar o evitar ante una situación de ideación suicida (15, 74). Opinión de expertos 4

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

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

Fuente: Modificado de OMS (15, 74)

No resulta fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Las preguntas deberán formularse de forma gradual y no ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática (134, 135).

La OMS ha realizado unas recomendaciones sobre como evaluar el riesgo de suicidio en atención primaria (15, 74) (ver apartado 4.2.1 y tabla 4).

En la tabla 14 se recogen una serie de recomendaciones de la OMS al respecto (15, 74).

Los puntos más importantes a evaluar en un paciente con ideación suicida son (131, 135):

Opinión de expertos 4

- Evaluación de los factores sociodemográficos
- Trastornos mentales asociados
- Intentos previos
- Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastorno mental.

Si el paciente tiene ideación y/o planificación suicida será necesario graduar el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida (15).

Opinión de expertos 4

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

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

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

En la tabla 14 se recogen algunas recomendaciones del programa SUPRE de prevención del suicidio de la OMS acerca de los principales aspectos a tener en cuenta cuando un paciente tiene ideación y/o planificación suicida. Están dirigidas al personal de atención primaria en general, no exclusivamente a médicos o personal de enfermería, y se gradúan según el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida (15).

Opinión de expertos 4

Tabla 14. Recomendaciones de actuación en atención primaria según el nivel de riesgo de suicidio

Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	– Ofrecer apoyo – Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida – Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado – Derivación a salud mental – Seguimiento regular
Medio (ideación y planificación suicida, pero no inmediata)	– Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona – Explorar alternativas al suicidio – Pactar un contrato "no suicidio" (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): • sin contactar previamente con personal sanitario • por un periodo específico de tiempo – Derivación a salud mental – Contactar con la familia y allegados
Alto (plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo)	– Acompañamiento – Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio – Haga un contrato de "no suicidio" – Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario

Fuente: Modificado de OMS (15)

5.2. Evaluación de la conducta suicida en atención primaria

Tras un intento de suicidio deberán valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones (53).

Opinión de expertos 4

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

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

Los puntos más importantes a evaluar serían los siguientes (131, 135): Opinión de expertos 4

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

Pueden ser sugestivos de riesgo inminente de suicidio la persistencia o aumento de intensidad de la ideación o plan suicida sobre todo en el ultimo mes o último año y que en el momento de la evaluación el paciente presente agitación, violencia, distrés o incomunicación activa (negativismo) (136).

5.3. Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria

En el paciente con ideación suicida, ciertos signos de alarma pueden ser relevantes para la toma de decisiones. Así, se procederá a una derivación urgente desde atención primaria al servicio de salud mental, en los siguientes casos (53, 74): Opinión de expertos 4

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

Ante un episodio de conducta suicida, la urgencia de la derivación dependerá de las características clínicas del cuadro y de la historia clínica del propio paciente. Cabe recordar que la gravedad o la trivialidad aparente de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones no se relaciona necesariamente con la gravedad del trastorno mental. Si existiese alguna duda sobre la gravedad de un episodio de autolesiones, es recomendable contactar con el servicio de urgencias de referencia o la red de salud mental y evaluar la necesidad de la derivación por este motivo (53).

Se valorará la contención mecánica y la vigilancia en el caso de riesgo elevado de lesiones, así como necesidad de traslado urgente involuntario en pacientes con claro riesgo suicida (134).

La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de urgencias del hospital de referencia, en los siguientes casos (53, 74): — Opinión de expertos 4

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

La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de salud mental[2], en los siguientes casos (53, 74): — Opinión de expertos 4

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave o de cuadro confusional
- Conducta autolítica grave reciente
- Repetidas tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte
- En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

Podrá contemplarse la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) de aquellos pacientes con ideación o conducta suicida en los que no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:

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

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la derivación a la unidad de salud mental de referencia y concertar una cita de seguimiento en atención primaria, para asegurar que la relación con el paciente continúe (134).

Por último, una vez producido un episodio de conducta suicida, es importante asegurar una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria. A pesar de que éste juega un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes y muchas veces son atendidos en la consulta al poco tiempo de sufrir el episodio de conducta suicida, no siempre son informados de estos episodios (137).

---

2. Dependiendo de su organización funcional, la atención urgente por parte del servicio de salud mental podrá ser en el servicio de urgencias del hospital de referencia o en otra ubicación.

Resumen de la evidencia

Abordaje de la ideación suicida en atención primaria	
4	Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (132).
4	Hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (134).
4	Distintos organismos han elaborado recomendaciones acerca de las principales acciones a realizar o evitar ante una situación de ideación suicida (15, 74), así como la forma de realizar preguntas de forma empática (134, 135).
4	Si el paciente tiene ideación y/o planificación suicida será necesario graduar el nivel de riesgo (15).
4	Los puntos más importantes a evaluar en un paciente con ideación suicida son (131, 135): – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Existencia de intentos previos – Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastorno mental.
Evaluación de la conducta suicida en atención primaria	
4	Tras un intento de suicidio deberán valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones (53).
4	Los puntos más importantes en la evaluación de un episodio de conducta suicida en atención primaria son (131, 135): – Características del intento: peligrosidad objetiva y percibida por el paciente, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, deseos de morir, apoyos externos y actitud – Intentos autolíticos previos – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Antecedentes familiares (intentos de suicidio y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares).

Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria	
4	En general, la derivación urgente desde atención primaria al servicio de salud mental de un paciente con ideación suicida se realizará en los casos de (53, 74): – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta suicida grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida – En situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte. – En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
4	Ante un episodio de conducta suicida, la derivación desde atención primaria será urgente, y al servicio de urgencias del hospital de referencia, en los siguientes casos (53, 74): – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente).
4	La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de salud mental, en los siguientes casos (53, 74): – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Repetidas tentativas previas – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte – En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

Recomendaciones

D	Se recomienda la capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.
✓	Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.

D	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
✓	Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación…).
✓	En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda: – Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis – Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible – Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia – Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales – Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.
D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.
D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: – Características del intento – Intentos autolíticos previos – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Antecedentes familiares.
D	En caso de **ideación suicida** se recomienda la **derivación urgente** al **servicio de salud mental**, si: – Presencia de trastorno mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista – Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo – Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

D	En caso de **intento de suicidio** se recomienda la **derivación urgente** a un **servicio de urgencias hospitalario**, si: – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de **intento de suicidio**, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la **derivación urgente** al **servicio de salud mental**, si: – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.
✓	En caso de **ideación o conducta suicida** se podría considerar la **derivación preferente** al **servicio de salud mental** (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes: – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo.
✓	Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓	Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria.

6. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Preguntas para responder:

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

Los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario (138, 139), suponiendo además, un volumen de trabajo nada despreciable.

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

– Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.

– Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida.

– Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

Un importante desafío para los servicios de urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración más estrecha entre los servicios de urgencia y los de salud mental (140).

6.1. La clasificación de pacientes (triaje) en los servicios de urgencias

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

Concepto y modelos de triaje

El triaje se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia. Su puesta en marcha precisa una adecuada estructura, tanto física como de personal y una escala de clasificación que sea válida, útil y reproducible (141).

Opinión de expertos 4

Se ha puesto de manifiesto la existencia de ciertos problemas en la organización y en la gestión de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias, que en ocasiones se objetivan en la propia clasificación de los pacientes que acuden o son remitidos a dichos servicios. Así, se ha visto que no existe homogeneidad en el tipo de profesional que efectúa el primer contacto con el paciente, no se utilizan protocolos de clasificación en el triaje, y en todo caso no está implantado un sistema de triaje normalizado y universalizado. Por ello, la disponibilidad de un modelo de triaje estructurado en los servicios de urgencia hospitalarios es una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad (142).

Los sistemas de triaje implantados en España tienen en común que se basan en cinco niveles de priorización y tienen como objetivo poder ser aplicados de forma segura, dentro de modelos de triaje estructurados. Las diferentes escalas de triaje relacionan las categorías de priorización con el grado de urgencia/gravedad y con la respuesta de atención necesaria de los profesionales, especialmente con el tiempo de visita médica o de asistencia inicial. La asignación de un nivel de triaje condicionará muchas veces las actuaciones posteriores (141).

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

Sistema de Triaje de Manchester (Manchester Triage System o MTS) (143)*:*

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

Opinión de expertos 4

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

Figura 1. Niveles de gravedad en los sistemas de triaje

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

Fuente: Sistema de Triaje de Manchester.

Modelo Andorrano de Triaje (MAT) (144):

Opinión de expertos 4

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

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

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

El triaje de pacientes con conducta suicida

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

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

Lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera una atención inmediata, por lo que, independientemente del sistema de triaje que se utilice y para concretar lo máximo posible el grado de necesidad de una atención inmediata, se deberían contestar las siguientes preguntas y documentarlas adecuadamente: 1) ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar?; 2) ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?; 3) ¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente?; 4) ¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico? (72).	Opinión de expertos 4
Horowitz et al. (120) desarrollaron el Cuestionario de riesgo de suicidio (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ) con el objetivo de detectar el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. Su versión en castellano, validada con niños y adolescentes mejicanos (121), obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza. Consta de 14 preguntas tipo *Lickert* de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems relacionados con la conducta suicida actual, ideación y conducta autodestructiva pasadas y factores estresantes actuales.	Estudio cualitativo Q
No obstante, este cuestionario ha sido utilizado también por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (145).	Serie de casos 3
Basado en el cuestionario de Horowitz también se ha elaborado una herramienta de 14 ítems para el triaje del riesgo de suicidio, específica para pacientes de edad pediátrica (146).	Estudio cualitativo Q

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del triaje sería que todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel 3 (amarillo) del Sistema de Triaje de Manchester, es decir que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al servicio de urgencias. Para ello se propone la versión breve del cuestionario de Horowitz et al. (120) para ser formulado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Tomando como referencia el artículo de Dieppe et al. (146), se han asignado unos códigos de colores de manera que, dependiendo de las respuestas, los pacientes serían clasificados con los códigos amarillo o naranja (figura 2).

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

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

Fuente: Elaboración propia a partir de Dieppe et al. (146)

6.2. Evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Lugar de realización de la evaluación y medidas de seguridad

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

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes (147).

Actitudes de los profesionales de urgencias ante la conducta suicida

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales (148, 149).

Una revisión sistemática de estudios cualitativos indica la existencia de una actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (75).

Estudio cualitativo Q

Una posible explicación podría ser que la formación de los profesionales de los servicios de urgencias de un hospital general suele estar enfocada fundamentalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de patologías somáticas, por lo que en ocasiones, los pacientes con sintomatología psicológica pueden producir sensación de impotencia y generar actitudes negativas o de indiferencia (150, 151). Además, el estrés del trabajo incrementa esta actitud negativa hacia los pacientes con intentos de suicidio, sobre todo hacia aquellos con intoxicaciones medicamentosas repetidas (152).

Serie de casos 3

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

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

Evaluación del paciente con conducta suicida

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. Con frecuencia, los pacientes que acuden a un servicio de urgencias son valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa y en ocasiones algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente (153).

Por lo que respecta al médico de urgencias hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida) (153).

Opinión de expertos 4

Las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes (72, 154):

Opinión de expertos 4

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

La identificación de los factores (ver apartado 4) que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros (2, 36).

Opinión de expertos 4

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida (155).

Estudio de cohortes 2+

La evaluación de un paciente con conducta suicida no siempre se realiza correctamente. Así, en un estudio realizado en España se observó que únicamente en el 22,5% de los informes de atención a pacientes con conducta suicida se cumplimentaban adecuadamente siete indicadores considerados de calidad (antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento) (68). — Serie de casos 3

Una forma de mejorar dicha evaluación sería a través de la cumplimentación sistemática de aquellos datos considerados más relevantes, utilizando preferiblemente formatos estandarizados y documentando correctamente toda la información anterior en la historia clínica (156). — Serie de casos 3

En la tabla 15 pueden verse los aspectos más importantes que deberían recogerse en la evaluación de un paciente con conducta suicida.

Evaluación por parte del especialista en salud mental

En general se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del servicio de urgencias. Por ello es esencial que dichos servicios tengan acceso a especialistas en salud mental para poder llevar a cabo una adecuada valoración psiquiátrica. Dada la complejidad de la etiología y de la respuesta a dar a estos pacientes y a sus familiares, en aquellos servicios en donde se disponga de otros profesionales para la atención urgente, como trabajador social y psicólogo clínico, sería deseable desarrollar un modelo de respuesta multidisciplinar e integrador que atienda a todas estas demandas (157).

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

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

Las competencias de los especialistas en salud mental serían las siguientes (72): — Opinión de expertos 4

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

Tabla 15. Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida

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

Fuente: elaboración propia.

La evaluación del riesgo de suicidio en el servicio de urgencias

Existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio y de esta manera, a la evaluación clínica global realizada por el facultativo (158).

Como hemos visto en el apartado de Evaluación, la escala SAD PERSONS es ampliamente utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo de suicidio y a la toma de decisiones sobre si ingresar o no al paciente (89). A pesar de que esta escala no ha sido validada ni existen estudios que evalúen sus propiedades psicométricas, ha sido recomendada en España por su contenido didáctico y su facilidad de aplicación (90) y para su uso también en atención primaria (91).

Opinión de expertos 4

Cooper et al. (159) desarrollaron una sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida (tabla 16), obteniendo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 25% en la identificación de pacientes con alto o bajo riesgo de repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses. Los autores consideran que la aplicación de este instrumento podría facilitar la evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias y centrar los recursos psiquiátricos en aquellos pacientes de alto riesgo.

Estudio cualitativo Q

Tabla 16. Preguntas del test Manchester *Self-Harm* para la conducta suicida

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

Fuente: Adaptado de Cooper et al. (159)

Un posterior estudio de estos mismos autores (160) comparó la sensibilidad y especificidad del test frente a la evaluación global del riesgo de conducta suicida realizada por especialistas en salud mental o en urgencias (tabla 17), siendo los resultados favorables al test. Para los autores, aquellos pacientes con bajo riesgo de nueva conducta suicida, necesitarían una evaluación psiquiátrica pero podría realizarse de forma diferida a nivel ambulatorio.

Estudio cualitativo Q

Tabla 17. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester

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

Fuente: Cooper et al. (160)

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

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

Si un paciente con una conducta suicida desea marcharse antes de haber sido realizada una evaluación de su estado y son infructuosos los intentos de persuasión para que permanezca en el servicio de urgencias, se deberá intentar valorar al paciente lo antes posible y si es necesario tomarlas medidas que se consideren oportunas, especialmente si la persona continúa expresando intencionalidad suicida. En algunos casos (riesgo de auto o heteroagresión) se habrá de valorar, incluso, la idoneidad de utilizar medidas de contención. Es importante tener en cuenta que los pacientes que abandonan el servicio de urgencias antes de una adecuada evaluación, tienen un alto riesgo de repetición de su conducta suicida (147).

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

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

Calidad de la atención a personas con conducta suicida

RS de estudios cualitativos Q

Es fundamental que la atención prestada a las personas con conducta suicida sea de calidad, resumiéndose a continuación cinco posibles áreas de mejora (75):

- Mejora en la comunicación entre pacientes y profesionales: mayor consideración en el trato a los pacientes, información sobre su situación y posibilidad de participar en las decisiones de tratamiento.
- Mayor preparación profesional acerca de la conducta suicida: una mejor información y una formación específica sobre el tratamiento de la conducta suicida podría mejorar la interacción entre profesionales y pacientes.
- Mayor empatía hacia las personas con conducta suicida: se necesita que los pacientes sean escuchados y no juzgados y que el trato con el personal sea natural, les muestren su preocupación y les den apoyo.
- Mejor acceso a la asistencia sanitaria especializada: es precisa una mayor presencia de los especialistas en salud mental en los hospitales y una mejora de las infraestructuras que permitan unos menores tiempos de espera.
- Mejor información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general: las personas con conducta suicida no siempre entienden lo que les está sucediendo o por qué lo han hecho, sintiéndose muchas veces solas, por lo que necesitan que se les facilite más información sobre la conducta suicida y su prevalencia. También es importante que se haga extensiva a familiares y cuidadores y a la sociedad en general, de manera que se reduzca el estigma que esta situación tiene.

6.3. Formación del médico de los servicios de urgencias

Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. En este sentido, se ha demostrado que la formación, tanto en la evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en el manejo de estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con la de los cuidados proporcionados (161).

Un estudio en el que se comparó la evaluación psicosocial realizada a pacientes con conducta suicida en un servicio de urgencias, antes y después de una sesión de formación específica, mostró un incremento del 13% al 46% en el porcentaje de historias clínicas consideradas adecuadas, mejorando también la comunicación entre los profesionales del servicio de urgencias y los especialistas de salud mental (162). | Serie de casos 3

Otro programa de adiestramiento en la evaluación de la conducta suicida también demostró mejoras en el manejo de los pacientes por los participantes (médicos de atención primaria, de servicios de urgencias y profesionales de salud mental) (163). Sin embargo, las tasas de suicidio en dicha área sanitaria se mantuvieron constantes, antes y después de la intervención, por lo que cabría concluir que los programas de formación del personal sanitario no son suficientes para reducir la tasa de suicidio entre la población (164). | Serie de casos 3

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

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

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

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

6.4. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida

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

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible (36), aunque un factor clave a la hora de decidir si una persona puede ser tratada de forma ambulatoria o mediante ingreso hospitalario es su seguridad, ya que, en general, los pacientes con mayor intencionalidad suicida se manejan mejor ingresados (78, 165, 166). Opinión de expertos 4

La GPC elaborada por el *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (78) considera los siguientes factores: RS de ECA 1+

– Factores cuya presencia aconseja la hospitalización del paciente:

  - Necesidad de tratamiento médico de la conducta suicida
  - Tratamiento psiquiátrico más intensivo (p. ej. psicosis aguda)
  - Ausencia de adecuado soporte psicosocial (167) .

– Factores en los que la hospitalización deberá tenerse en cuenta (168, 169): ECA 1+

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

Por su parte, la APA (36) elaboró los siguientes criterios de hospitalización del paciente con conducta suicida (tabla 18). RS de distintos tipos de estudios 3

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

Baca-García et al. (170) observaron que de las 47 variables demográficas y clínicas recogidas en 509 pacientes atendidos por conducta suicida, únicamente 11 se asociaron significativamente con la hospitalización (tabla 19), siendo la de mayor valor predictivo, la intención de repetir el intento de suicidio. Serie de casos 3

Sin embargo, un posterior estudio de los mismos autores (171) reanalizó los datos anteriores mediante la técnica *Data Mining*, observando una sensibilidad del 99% y una especificidad del 100% con únicamente cinco variables, que serían las predictoras de indicación de hospitalización de un paciente con conducta suicida: Serie de casos 3

– Consumo de fármacos o alcohol durante la conducta suicida

– Lamento tras ver que el intento de suicidio no fue efectivo

– Ausencia de soporte familiar

– Ser ama de casa

– Historia familiar de intentos de suicidio.

Tabla 18. Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association

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

Fuente: American Psychiatric Association (36)

Tabla 19. Variables asociadas con el ingreso hospitalario

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

Fuente: Baca-García et al. (170)

Un estudio finlandés nos muestra un 25% de hospitalizaciones de 1198 tentativas de suicidio atendidas, siendo los principales criterios de hospitalización psiquiátrica, la edad avanzada, la presencia de trastornos psicóticos o de trastornos del humor, la ausencia de consumo de alcohol antes de la conducta suicida, la enfermedad física, la tentativa de suicidio en un día de semana, los tratamientos o consultas psiquiátricas previas y el hospital que atendió la tentativa de suicidio (172). — Serie de casos 3

Un estudio transversal en el que se evaluaron 404 pacientes atendidos hospitalariamente por conducta suicida mostró que el método de conducta suicida, la historia psiquiátrica previa y un diagnóstico psiquiátrico contribuyeron significativamente a la decisión de llevar a cabo un tratamiento ambulatorio o de ingreso hospitalario. En particular, los métodos de conducta suicida diferentes de la intoxicación medicamentosa o de las lesiones cortantes (lo que implica métodos más agresivos) se asociaron con el ingreso hospitalario. Pacientes con historia de ingreso psiquiátrico y un diagnóstico actual de esquizofrenia o trastornos psicóticos fueron ingresados con mayor frecuencia, mientras que aquellos pacientes con diagnósticos de trastornos adaptativos o neuróticos se asociaron más con tratamientos ambulatorios (173). — Serie de casos 3

Por último, en una muestra de 257 adultos con conducta suicida, la hospitalización se asoció significativamente con el diagnóstico de psicosis, historia previa de intentos de suicidio y la existencia de un plan de suicidio preconcebido. Una vez controlados los factores de confusión, dichas variables clasificaron correctamente el 80% de las decisiones de hospitalización (174). — Serie de casos 3

Resumen de la evidencia

La clasificación de pacientes (triaje) en los servicios de urgencias	
4	El triaje se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia (141).
2+	El Cuestionario de riesgo de suicidio (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ) (120) ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad en la detección de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado, aunque también ha sido utilizado en adultos (145). Su versión en castellano obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos como la desesperanza (175).
Q	La versión breve del RSQ (121) podría ayudar a conocer el grado de necesidad de una atención inmediata en aquellas personas que acuden por conducta suicida a un servicio de urgencias y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Las preguntas a formular serían las siguientes: – ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? – ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? – ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? – ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?
Evaluación del pacientes con conducta suicida en el servicio de urgencias	
Q	A pesar de que cualquier persona que habla de suicidio debe ser siempre tomada en serio, se ha descrito la existencia de una posible actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (75).
4	El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades y del riesgo de suicidio (153).
4	La identificación de factores de riesgo de suicidio es de gran importancia ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros (2, 36).
3	Una forma de mejorar la recogida de información y con ello la evaluación del paciente con conducta suicida sería a través de la cumplimentación sistemática de formularios estandarizados (ver tabla 16) (156).
4	En la evaluación del riesgo de suicidio en el servicio de urgencias la escala SAD PERSONS es utilizada ampliamente a pesar de no haber sido validada en España ni existir estudios que evalúen sus propiedades psicométricas (89).

Q	El test de Manchester Cooper, aunque con alta sensibilidad en la identificación de pacientes con riesgo de repetición de la conducta suicida, podría, aunque no en todos los casos, ser válido para un primer intento de suicidio (tipos I-II) (159, 160).
Q	Se han identificado áreas de mejora en la atención de la conducta suicida: comunicación entre pacientes y profesionales, formación de los profesionales, empatía hacia las personas afectadas, acceso a la asistencia sanitaria especializada e información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general (75).
Formación del médico de los servicios de urgencias	
3	La formación de los profesionales, tanto en evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora sus actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención a estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con los cuidados proporcionados (162).
Criterios de ingreso hospitalaria del pacientes con conducta suicida	
4	En general, la decisión de ingresar o no al paciente dependerá de tres factores principales: la repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, el riesgo suicida inmediato del paciente, la necesidad de tratamiento del trastorno mental de base y la falta de apoyo sociofamiliar efectivo (36, 78).

Recomendaciones

✓	Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
✓	Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.
✓	La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓	Durante su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓	El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.
D	En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentar correctamente toda la información en la historia clínica.

✓	Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de urgencias hospitalarias.
✓	La derivación al psiquiatra por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.
✓	En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter preferente a una consulta de salud mental.
✓	Se recomienda la mejora de las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: – Comunicación entre pacientes y profesionales – Actitud empática de los profesionales – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y familiares.
D	Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.
✓	La formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: – Evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo – Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato – Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia.
D$^{\text{GPC}}$	La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores: – Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida – Riesgo suicida inmediato del paciente – Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base – Falta de apoyo social y familiar efectivo.

7. Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud Mental)

Preguntas para responder:

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

Una de las mayores dificultades en el estudio del tratamiento de la conducta suicida, es que el suicidio consumado es un hecho excepcional, por lo que se necesita una muestra muy amplia para mostrar diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan distintos tratamientos. A esta dificultad hay que añadir que muchos estudios excluyen a los pacientes de alto riesgo suicida y que los periodos de seguimiento no suelen ser largos. Debido a esto, una estrategia alternativa para analizar el efecto de un tratamiento sobre el suicidio es seleccionar variables de resultado altamente asociadas a la conducta suicida (176).

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

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

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

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

Se localizaron diferentes revisiones sistemáticas (177, 178) y metanálisis (167, 179, 180) que evaluaban la psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida. También se encontraron revisiones sistemáticas específicas sobre psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida en trastornos de la personalidad (181) y trastorno bipolar (182), así como revisiones específicas sobre una terapia en particular, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) (183), la terapia de resolución de problemas (TRP) (184) o la terapia dialéctico-conductual (TDC) (185, 186).

Para actualizar el conocimiento en relación con las terapias que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, se seleccionó el metanálisis realizado por Tarrier et al. en 2008 (183). Para el resto de modalidades de psicoterapia empleadas en el tratamiento de la conducta suicida se tomó como referencia la guía del NICE (53). Esta guía, además de las terapias de corte TCC, aporta también evidencia sobre Terapia interpersonal (TIP), Terapia familiar (TF) y Terapia psicodinámica. Tiene también un apartado que evalúa la terapia a largo plazo versus a corto plazo y que incluye un único estudio (187) que no aclara el tipo específico de psicoterapia empleada ni ofrece resultados concluyentes.

7.1.1. Terapias de corte cognitivo-conductual

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

La investigación más reciente en el ámbito de la prevención de la conducta suicida se ha centrado en este tipo de tratamientos. Así, el metanálisis de Tarrier et al. (183) incluye 28 estudios de los que 18 fueron publicados a partir del año 2000.

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

Metanálisis de ECA 1+

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

Se observó cierto grado de variabilidad entre los estudios incluidos en cuanto a la metodología, las técnicas concretas de tratamiento y su implementación. Además, gran parte de estos estudios se realizaron en EE.UU. y con muestra mayoritariamente adulta.

A pesar de esto, un aspecto común a todos los trabajos es que son homogéneos tanto a nivel macroterapéutico (estrategia) como microterapéutico (procesos y mecanismos) (183). De todas estas modalidades de psicoterapia, la más frecuente fue la TDC.

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

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

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

Terapia cognitivo-conductual

Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye técnicas conductuales en mayor o menor medida, de ahí la denominación de TCC (188).

La TCC parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención, que puede ser la depresión, la conducta suicida, etc. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o cuando hay otras patologías asociadas (188).

Los estudios de TCC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se presentan en la tabla 20.

Tabla 20. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Patsioskas y Clum; 1985 (189)	15	Intento de suicidio (ideación)	Terapia individual	10/10
Salkovskis et al.; 1990 (169)	20	Intento de suicidio (repetición†)	Tto. habitual	5/5
Klingman y Hochdorf; 1993 (190)	237		No tratamiento	10/12
Raj et al.; 2001 (191)	40	Autolesión deliberada (ideación)	Tto. habitual	10/12
Wood et al.; 2001 (192)	63	Autolesión (ideación)	Tto. habitual	12/5
March et al.; 2004 (193)	439	Depresión (ideación)	Fluoxetina vs Fluoxetina + TCC vs placebo	14/11
Brown et al.; 2005 (194)	120	Intento de suicidio (ideación)	Tto. habitual	9/9
Tarrier et al.; 2006 (195)	278	CS en esquizofrenia (repetición†)	*Counselling* vs tto. habitual	17/19

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

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

Terapia dialéctico-conductual

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan (196) específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

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

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

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

- La regulación emocional, partiendo del supuesto de que la personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimentan emociones de forma muy intensa y lábil.
- La eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales.

– El aumento de la tolerancia a la ansiedad. Parte de que el dolor y el malestar forman parte de la vida y el hecho de no aceptarlo incrementa aún más el malestar.

Los estudios de TDC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se reflejan en la tabla 21.

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

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Linehan et al.; 1991 (197)	44	CS en TLP (ideación)	Tto habitual	182/104
Linehan et al.; 1999 (198)	28	TLP y dependencia drogas (intento†)		156/104
Koons et al.; 2001 (199)	20	CS en TLP (repetición†)		69/48
Rathus y Miller; 2002 (200)	111	CS en TLP (intento†)		28/24
Verhuel et al.; 2003 (201)	58	Autolesión, TLP (intento†)		191/104
Katz et al.; 2004 (202)	62	Intento de suicidio, ideación (ideación)		20/14
Van den Bosch et al.; 2005 (203)	58	TLP (intento†)		178/104
Linehan et al.; 2006 (204)	101	TLP, CS (Intento†)	Tto comunitario	89/65

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; CS: conducta suicida; TLP: trastorno límite de la personalidad; Tto: tratamiento; ref: referencia

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

MACT

La MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (tabla 22), es una terapia que incluye elementos de la TCC, TDC y biblioterapia. Se basa en el entrenamiento de habilidades y es muy empleada en pacientes con trastornos de la personalidad. Incluye sesiones con el terapeuta y también concede un importante papel al material de autoayuda (181).

Tabla 22. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Evans et al.; 1999 (205)	34	Autolesión, TLP (repetición†)	Tto habitual	5/3
Tyrer et al.; 2003 (206)	480	Autolesión (repetición)		7/7
Weinberg et al.; 2006 (207)	30	Autolesión, trastorno bipolar (repetición†)		3/6

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

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

Terapia de resolución de problemas

La TRP parte de la base de que un incremento de las habilidades de resolución de problemas puede ayudar a reducir la carga que suponen y la ideación suicida. Este tipo de terapia habitualmente comienza con un listado y priorización de problemas, propuesta y selección de las estrategias para afrontarlos, posibles obstáculos y monitorización de todo el proceso. También se entrena la generalización de las habilidades adquiridas a otras situaciones (208). En la tabla 23 se presentan los estudios sobre TRP incluidos en Tarrier et al. (183).

Tabla 23. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Lerner y Clum; 1990 (209)	18	Ideación suicida (ideación)	*Counselling*	15/10
Mcleavy et al.; 1994 (210)	39	Intoxicación voluntaria (desesperanza)	Resolución de problemas en formato breve	5/5
Rudd et al.; 1996 (211)	264	Ideación suicida (intento†)	Tto habitual	126/36
Nordentof et al.; 2005 (212)	401	Intento de suicidio, ideación (repetición†)	Tto habitual	42/14

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

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

Otras terapias de corte cognitivo-conductual

En este apartado se incluyen los estudios que utilizan técnicas cognitivas y/o conductuales de forma preferente pero, o bien estas técnicas están integradas en un protocolo amplio de tratamiento que engloba sesiones grupales y/o familiares (213, 214), o bien se centran en una técnica concreta (215, 216) (tabla 24).

Tabla 24. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración / Sesiones*
Liberman y Eckman; 1981 (213)	Terapia conductual	24	Intento de suicidio (repetición†)	*Insight oriented therapy*	32/8
Nordentof et al.; 2002 (214)	Tto integrado	341	Primer episodio de psicosis (intento†)	Tto habitual	58/39
Power et al.; 2003 (217)	Tto habitual + *LifeSpan*	42	Primer episodio de psicosis (desesperanza)	Tto habitual	10/10
Donaldson et al.; 2005 (215)	Entrenamiento de habilidades	39	Intento de suicidio (ideación)	*Counselling*	12/7
Rhee et al.; 2005 (216)	Terapia breve basada en las soluciones	55	Ideación suicida (satisfacción con la vida)	Terapia de factores comunes vs lista de espera	8/8

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

Fuente: elaboración propia a partir del metanálisis de Tarrier et al. (183).

Resultados del metanálisis

De los 28 estudios seleccionados inicialmente para la revisión, cuatro de ellos no pudieron incluirse en el metanálisis (198, 206, 212, 214), por lo que finalmente fueron 24.

Metanálisis de ECA 1+

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

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

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

Posteriormente a este estudio se publicaron 9 ECAs sobre el tratamiento de la conducta suicida con psicoterapias cognitivo-conductuales (tabla 25).

Tabla 25. Estudios incluidos de terapias de corte cognitivo-conductual

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Eskin et al.; 2008 (218)	Terapia de resolución de problemas	46	Depresión y CS (Probabilidad de suicidio)	Lista de espera	4/6
Unutzer et al; 2006 (219)	Terapia de resolución de problemas	1801	Ideación suicida	Tto habitual	ND/4-8
Davidson et al.; 2006 (220)	Terapia cognitivo-conductual	106	TLP (intentos de suicidio)	Tto habitual	30/30
Goodyer et al.; 2007 (221)	Terapia cognitivo-conductual + fluoxetina+cuidados estándar†	208	Depresión (ideación y conducta suicida)	Fluoxetina+cuidados estándar†	ND/19
Bateman et al.; 2007 (222)	Terapia cognitivo-conductual	63	CS (ideación e intensidad) en esquizofrenia	Befriending	ND/19
Slee et al.; 2008 (223)	Terapia cognitivo-conductual	82	CS (ideación)	Tto habitual	12/12
Hazell et al.; 2009 (225)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	72	Autolesión (ideación)	Tto habitual	12/5
Clarkin et al.; 2007 (227)	TDC	62	CS en TLP	PBT vs TA	ND/ TDC y TA =52; PBT=104
McMain et al.; 2009 (228)	TDC	180	TLP (CS)	Tto habitual	144/144
Green et al.; 2011 (226)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	183	Autolesión (CS, ideación)	Tto habitual	12/5

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

Fuente: elaboración propia.

ECA 1+

Se localizó un ECA sobre TRP (218) que evaluó su efectividad (6 sesiones de frecuencia semanal) frente a la lista de espera. La muestra estuvo formada por adolescentes con depresión y riesgo suicida. En el grupo que recibió TRP se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas de depresión (Hamilton y BDI) y una reducción del riesgo de suicidio medido con la escala de probabilidad de suicidio (*Suicide Probability Scale*, SPS). También se halló un aumento significativo de la autoestima y la asertividad en el grupo que recibió TRP.

Otro ensayo evalúo la TRP en pacientes mayores con depresión mayor, en comparación con el tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en la colaboración con el médico de atención primaria de profesionales de enfermería y psicólogos que realizaron asesoramiento, psicoeducación y la evaluación. Los pacientes recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo o TRP durante 12 meses y sus resultados se compararon con el grupo de tratamiento habitual (tratamiento farmacológico antidepresivo, *counselling* o derivación a Salud Mental). El grupo que recibió la intervención experimental obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control, durante la intervención y tras un año de seguimiento (219). ECA 1+

Otro estudio comparó la efectividad de la TCC unida al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno de la personalidad. Se encontró una reducción significativa del número de intentos de suicidio en el grupo que recibió la TCC al final del estudio y durante el seguimiento de dos años (220). ECA 1+

En 2007 se publicó el estudio ADAPT (221) en el que se comparó la efectividad del tratamiento con fluoxetina frente a fluoxetina + TCC en adolescentes con depresión moderada o grave. Se incluyeron aquellos pacientes que no respondieron a una breve intervención psicoeducativa realizada previamente al inicio del estudio. La ideación y conducta suicidas se midió con las escalas K-SADS-PL y HoNOSCA. Además de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y la TCC, todos los pacientes recibieron cuidados habituales (monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales). Se encontró que añadir TCC a la fluoxetina, no mejoró las variables clínicas, aunque cabe destacar que los cuidados habituales de este estudio son casi una intervención en sí mismos. ECA 1++

Otros autores (222) evaluaron la eficacia de la TCC en comparación con el *Befriending* en la reducción de la conducta suicida en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, sintomatologías positiva y negativa activas y resistentes a la medicación. La media de sesiones fue de 19 en un periodo de 9 meses. Los resultados mostraron que si bien ambos grupos presentaron una reducción de la conducta suicida, ésta solo fue significativa en el grupo que recibió TCC, manteniéndose la mejoría hasta el final del periodo de seguimiento. ECA 1+

También se evaluó el efecto de la TCC en formato corto tras un episodio de conducta suicida en pacientes con conducta suicida recurrente o crónica (223). La TCC se añadió al tratamiento habitual (psicofármacos, otras formas de psicoterapia y hospitalización) y se comparó con este último. Se vio que el grupo que recibió la TCC mejoró de forma significativa en todas las variables de resultado medidas (conducta suicida, depresión, ansiedad, autoestima y resolución de problemas). También se observó que las dificultades en la regulación de emociones, como el control de impulsos y las conductas orientadas a un objetivo, tienen un papel importante como mediadores de la conducta suicida (224).

ECA 1+

Sobre la TCC en formato grupal, Hazell et al. (225) y Green et al. (226) intentaron replicar un estudio previo (192) para comprobar si la TCC grupal (5 sesiones) era más efectiva que el tratamiento habitual en adolescentes para la prevención de la conducta suicida. En los dos estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque aspectos como el diferente grado de experiencia de los profesionales y la inclusión de adolescentes de mayor riesgo en los últimos estudios podrían explicar los resultados.

ECA 1+

Un estudio (227) comparó la efectividad de tres tratamientos psicoterapéuticos para el trastorno límite de la personalidad: TDC, psicoterapia basada en la transferencia (*Transference focused psychoterapy*) y terapia de apoyo de corte psicodinámico. Se concluyó que tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida.

ECA 1+

Otro ECA (228) evaluó la efectividad de la TDC en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en ambos grupos y en todas las variables medidas, aunque sin diferencias entre ellos. Reseñar que la intervención en el grupo control fue muy amplia e incluyó algunos aspectos comunes a la TDC, como la psicoeducación o las sesiones de autoayuda.

ECA 1+

Por último, una revisión sistemática (185) mostró que la TDC podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas específicamente en adolescentes con TLP y trastorno bipolar. Esta revisión sistemática incluye el metanálisis de Tarrier (183), la revisión sistemática realizada por Guilé et al. (229), además de un ECA y cuatro estudios observacionales.

RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+

7.1.2. Terapia interpersonal

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman y Weissman (230). Aunque originalmente se diseñó para pacientes con depresión, en la actualidad su ámbito de actuación se ha extendido a diferentes trastornos.

La TIP tiene muchos aspectos en común con la terapia cognitiva, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original dispone de 3 etapas a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones (188).

La guía del NICE (53) incluye un estudio (231) cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la TIP psicodinámica breve (una vez por semana, 4 semanas y por una enfermera en el domicilio del paciente) en personas tras un episodio de intoxicación voluntaria. El grupo control recibió el tratamiento habitual en atención primaria (excluyendo cualquier tipo de psicoterapia o seguimiento psicológico). A los 6 meses de seguimiento se encontró que el grupo que recibió TIP había mejorado de forma significativa en comparación con el grupo control (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el BDI y mayor satisfacción con el tratamiento). ECA 1+

En pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor/menor e ideación suicida se realizó una intervención consistente en la prescripción de citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. En el grupo de tratamiento habitual, se dió información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión. A los 12 meses, ambos grupos obtuvieron una reducción de la ideación suicida, aunque los pacientes del grupo experimental presentaron una disminución mayor de la gravedad de la depresión y mayor tasa de recuperación que el grupo control (232). A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (233). ECA 1+

Un último estudio (234) evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida en comparación con el tratamiento habitual (en el ámbito escolar). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza. ECA 1+

Las características de los estudios anteriores se resumen en la tabla 26.

Tabla 26. Estudios incluidos de terapia interpersonal

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Guthrie et al.; 2001 (231)	119	CS (repetición)	Tto habitual	3/4
Bruce et al.; 2004 (232), Alexopaulos et al.; 2009 (233)	568	Ideación suicida (ideación)	Tto habitual	Sin datos
Tang et al. 2008 (234)	73	CS (ideación suicida)	Tto habitual (ámbito escolar)	10/12

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

7.1.3. Terapia familiar

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

Las características comunes de las intervenciones familiares son:

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

ECA 1+

La guía del NICE (53) incluye un solo estudio (235) que compara la TF en el hogar llevada a cabo por dos trabajadores sociales frente al tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en una sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento en el domicilio del paciente. Todos los participantes fueron menores de 16 años. En este estudio no se encontró evidencia suficiente para determinar si existe una diferencia significativa entre ambas formas de tratamiento en la prevención de la repetición de la conducta suicida y en la reducción de la ideación. En cuanto a la desesperanza, no se encontraron diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento.

No se ha localizado ningún estudio posterior al incluido en la guía del NICE sobre terapia familiar.

7.1.4. Terapia psicodinámica

Deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. Una diferencia fundamental entre el psicoanálisis y la terapia psicodinámica es que esta última se centra en el aquí y ahora, y el objetivo del tratamiento es el problema actual del paciente (236).

Una variante de este tipo de tratamiento, aplicada en pacientes con conducta suicida, es la terapia psicodinámica deconstructiva. Es un tratamiento estandarizado desarrollado para problemas complejos de conducta, como adicciones, trastornos de la alimentación y también para autolesiones y conducta suicida recurrente. Esta terapia favorece la elaboración e integración de experiencias interpersonales y atribuciones de uno mismo y de otros y se basa en una alianza terapéutica positiva (237).

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

Se localizó un estudio (238) en el que se evaluó la efectividad de la terapia psicodinámica deconstructiva frente al tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol. En este estudio se encontró que la terapia psicodinámica disminuye de forma estadísticamente significativa la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional. ECA 1+

En otro estudio (239) se evaluó la psicoterapia psicodinámica a corto plazo realizada en hospital de día frente a la terapia ambulatoria habitual en trastornos de la personalidad. La intervención en el grupo experimental consistió en una combinación de las terapias psicodinámica y cognitivo-conductual en formato grupal durante 18 semanas. Encontraron una mejoría global en ambos grupos en todas las variables medidas (ideación y conducta suicidas, estrés sintomático, problemas interpersonales, funcionamiento global y problemas de la personalidad) (tabla 27). ECA 1+

Tabla 27. Estudios incluidos de terapia psicodinámica

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Gregory et al.; 2009 (238)	30	TLP y abuso de alcohol (CS)	Tto habitual	Sin datos/48
Arnevick et al.; 2009 (239)	114	TLP (CS)	Terapia ambulatoria habitual	Sin datos/16

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

Fuente: elaboración propia.

7.2. Tratamiento farmacológico de la conducta suicida

Como ya se ha comentado anteriormente, la conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales (240, 241). La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida.

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

El tratamiento farmacológico en niños con conducta suicida viene dado por el trastorno psiquiátrico subyacente y los fármacos utilizados deben ser suministrados y custodiados por un adulto para evitar un abuso o sobreingesta (242, 243). Si los padres del niño presentan una enfermedad mental, el tratamiento psiquiátrico de los padres contribuye a la mejora del niño, probablemente por un mejor funcionamiento familiar y por disminución de factores estresantes (242).

Existen escasos estudios específicos del tratamiento de la conducta suicida, ya que la mayoría analizan aquellos fármacos empleados en el abordaje de las patologías subyacentes a dicha conducta. Para contestar a la pregunta clínica se efectuó una búsqueda de GPC, revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios primarios, realizándose una selección de artículos específicamente para cada uno de los siguientes grupos de fármacos: antidepresivos, litio, anticonvulsivantes y antipsicóticos.

7.2.1. Antidepresivos

Las propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas de los antidepresivos les confieren eficacia contra la depresión y la ansiedad, condiciones que con frecuencia subyacen a la ideación y conducta suicidas. La acción sobre el sistema serotoninérgico de los ISRS reduce la impulsividad y la agresividad, vinculadas a menudo con la conducta suicida (244).

La mayor disponibilidad y uso de los antidepresivos (ISRS y nuevos antidepresivos) desde finales de los años 80 ha coincidido en distintos países con una reducción notable de las tasas de suicidio por lo que en distintos estudios se ha sugerido una posible relación entre estos factores (43).

Pacientes con trastorno afectivo

Trastorno depresivo

El tratamiento antidepresivo produce una disminución de la ideación y de la conducta suicidas (36, 167, 188, 232, 233, 244-248), si bien, la mayoría de los estudios realizados son de corta duración (de semanas a pocos meses) (tabla 28).

Tabla 28. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida

Autor; año (ref), NE	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones
March et al.; (TADS) 2004 (193) ECA 1++	439 adolescentes, 12-17 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina (20-40 mg), terapia cognitivo-conductual (15 sesiones), combinación de ambas o placebo	Reducción significativa de la ideación suicida en el grupo de terapia combinada
Gibbons et al.; 2007 (245) Estudio de cohortes retrospectivo 2+	226 866 pacientes adultos. Diagnósticos de trastorno depresivo unipolar e inespecífico (incluyeron episodio depresivo único, recurrente, distimia y trastorno depresivo no clasificado en otros conceptos)	ISRS, AD no ISRS (bupropion, mirtazapina, nefazodona, y venlafaxina), AD tricíclicos	Los ISRS disminuyen el riesgo de intentos de suicidio en pacientes adultos con depresión
Mulder et al.; 2008 (249) Serie de casos 3	195 pacientes ambulatorios (> 18 años) con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina dosis media 28,1 mg/día o nortriptilina 93,5 mg/día dosis media durante 6 semanas, hasta los 6 meses se permitían otras combinaciones	Reducción significativa de Ideación y conducta suicidas cuando se tratan con AD
Alexopoulos et al.; 2009 (233) ECA 1+	598 pacientes mayores de 60 años con depresión mayor o síntomas depresivos. Dos ramas de tratamiento: 1. 15 sesiones de medidas de ayuda, monitorización de síntomas depresivos y efectos secundarios realizadas por un “cuidador” (enfermero/a, asistente social, psicólogo/a). El medico pauta tratamiento con citalopram y /o psicoterapia interpersonal. 2. Tratamiento habitual con información sobre el tratamiento de la depresión.	Citalopram 30 mg/día (posibilidad de otros AD) y/o psicoterapia interpersonal comparado con grupo control con tratamiento habitual (18-24 meses)	El seguimiento mantenido y el tratamiento para la depresión, reduce ideación suicida y aumenta las tasas de remisión de la depresión a largo plazo
Zisook et al.; 2009, STAR-D (248) Serie de casos 3	4041 pacientes ambulatorios (18-75 años) con trastorno depresivo mayor no psicótico	Citalopram 10-60 mg durante 12-14 semanas	Disminución de ideación suicida en pacientes con ideación previa

NE: nivel de evidencia; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AD: antidepresivos; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ref: referencia.

Fuente: elaboración propia.

Una revisión de distintos estudios publicados en pacientes con trastorno depresivo observa que el tratamiento con fluoxetina, paroxetina o fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien apuntan que este efecto antisuicida no está demostrado en estudios de más larga duración que los publicados hasta esa fecha. Por otra parte, analizando todos los datos de los estudios publicados, concluyen que no se evidencia un aumento de ideación o conducta suicidas durante el tratamiento con antidepresivos (244).

RS de ECA 1+ y otros estudios 2++

En el estudio TADS, realizado en adolescentes con depresión mayor (DSM-IV), la ideación suicida, presente entre el 27 y el 29% de los pacientes, se redujo en todos los grupos de tratamiento (fluoxetina, TCC, combinación de ambas o placebo), aunque esta reducción fue significativa únicamente en el grupo de terapia combinada (193).

ECA 1++

Un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno depresivo inespecífico, observó una menor tasa de intentos de suicidio entre los pacientes tratados con antidepresivos que entre los que no lo fueron, si bien esta menor tasa fue únicamente significativa para los ISRS y los tricíclicos (245).

Estudio de cohortes 2+

En los pacientes con trastorno depresivo que presentan agitación asociada estaría indicado un tratamiento precoz y limitado en el tiempo con ansiolíticos. Al ser fármacos que pueden provocar dependencia, se deberá realizar una monitorización y evitar su uso en aquellos pacientes con dependencia y abuso de sustancias (250).

La evidencia epidemiológica proveniente de autopsias psicológicas indica que en las víctimas de suicidio, la depresión podría haber sido tratada de forma insuficiente. Esta conclusión se basa en la baja frecuencia con que se detectan antidepresivos en la sangre de los pacientes con conducta suicida. También se ha observado que, cuando mejoran las habilidades de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, las cifras de suicidios consumados bajan, especialmente en mujeres (43).

Desde una perspectiva clínica, la fuerte asociación entre depresión y suicidio, además de la eficacia y seguridad de los nuevos antidepresivos, apoyaría su uso como parte de un abordaje integral de los pacientes con trastorno depresivo mayor y potencial riesgo suicida, incluyendo su uso prolongado en pacientes con trastorno depresivo recurrente (36, 246, 250).

RS de distintos tipos de estudios 3, 4

Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) pueden ser letales en sobredosis, lo que limita su uso en pacientes potencialmente suicidas (36, 246, 250) en los que es importante restringir la cantidad diaria de fármaco disponible (250). Por su seguridad, los ISRS se consideran los fármacos de primera elección en este tipo de pacientes. Otros nuevos antidepresivos, como el bupropion o la mirtazapina, tienen también baja letalidad en sobredosis (36, 250).

RS de distintos tipos de estudios 3, 4

Trastorno bipolar

A diferencia de la depresión unipolar, existe escasa evidencia del beneficio de los antidepresivos a corto y largo plazo sobre la conducta suicida (251).

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en pacientes con trastorno bipolar (252) se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes durante el tratamiento con antidepresivos en monoterapia, menos con estabilizadores del ánimo y de frecuencia intermedia con tratamiento combinado. Una limitación importante del estudio es que, al ser retrospectivo, posiblemente los pacientes de mayor gravedad hubieran recibido con más frecuencia tratamiento con antidepresivos.

Estudio de cohortes 2+

Especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo I, existe riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (253).

Estudio de cohortes 2+

Otros diagnósticos

La evidencia de la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepresivos se limitaría únicamente a aquellos diagnosticados de depresión mayor (36, 247). En los trastornos de personalidad del cluster B (que incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista), el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria, los resultados son inconsistentes (247).

Relación entre fármacos antidepresivos y conducta suicida

Desde la década de los noventa existe una polémica sobre la posible relación de los antidepresivos de nueva generación con la ideación y conducta suicidas en la infancia y adolescencia. Como se ha señalado (254), la discusión surge por un artículo de Teicher et al. en 1990 (255) en el que se señala que la fluoxetina podía inducir o exacerbar la conducta suicida. El problema radica en que normalmente los ECA de fármacos antidepresivos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas (247).

En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adoptó las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil (256). En la tabla 29 se resumen las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes (246).

Tabla 29. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en la infancia y la adolescencia

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
Royal College of Paediatrics and Child Health; 2000. Reino Unido, (257)	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada
Committee on Safety of Medicines (CSM); 2003. Reino Unido, (258)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos
Food and Drug Administration (FDA); 2004. EE.UU. (259)	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica
Food and Drug Administration (FDA); 2007. EE.UU., (260)	– Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo
Committee on Human Medicinal Products de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMEA); 2005, (261)	– Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial – Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España, (262, 263)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable – No deberían utilizarse otros antidepresivos – Necesarios más estudios para garantizar seguridad

DM: depresión mayor
Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (246).

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en el adulto está bien documentada (188, 264).

RS de ECA 1+

Con el objetivo de dilucidar la relación entre paroxetina y conducta suicida en pacientes adultos, Kraus et al. realizaron en 2010 un estudio retrospectivo de 57 ECA. En él comparaban paroxetina con placebo en diferentes trastornos mentales, concluyendo que la paroxetina, en comparación con placebo, no se asocia con un aumento del riesgo de conducta suicida en el conjunto de pacientes tratados. En un subgrupo (11 pacientes de 3455), mayoritariamente jóvenes y con trastorno depresivo mayor, sí se encontró un aumento significativo de conducta suicida (aunque ningún suicidio consumado), aunque casi todos habían sufrido estrés psicosocial previo al intento. Aunque este estudio tiene importantes limitaciones, como el escaso número de casos, la naturaleza retrospectiva del mismo y la financiación por la industria farmacéutica, los autores recomiendan una monitorización cuidadosa durante la terapia con paroxetina (254).

La atribución de un rol suicidogénico a los antidepresivos resulta contradictoria con los estudios publicados hasta la fecha. Para llegar a una conclusión de esa naturaleza, habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se asocian con el acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica (265).

7.2.2. Litio

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual el litio reduce el riesgo de suicidio, aunque podría deberse a una reducción de la impulsividad, de la agresividad y de la falta de control conductual (2, 266-269), produciendo una estabilización del humor y haciendo disminuir la angustia y la conducta agresiva (270).

La mayoría de los estudios comparan el tratamiento con litio frente a placebo u otra terapia, en pacientes con trastorno afectivo mayor, trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor recurrente (36, 71, 244, 250, 271-274). En el anexo de material metodológico se incluye una tabla con los artículos incluidos en cada uno de los estudios evaluados.

Metanálisis 1+

El metanálisis realizado en 2006 por Baldessarini et al. (271) es el estudio más amplio y con mayor nivel de evidencia de los seleccionados en la búsqueda. El resto de los citados anteriormente no aportan estudios relevantes que no hayan sido ya incluidos en éste. Incluye un total de 45 estudios de los que 31 eran ECAs, con un total de 85 229 pacientes. El objetivo del metanálisis fue comparar las tasas de intento de suicidio y de suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor tratados a largo plazo con litio frente a un grupo control. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Disminución de la tasa de intentos de suicidio (1,2% / año) en los pacientes tratados con litio frente a los no tratados (3,9% / año)
- Disminución de la tasa de suicidios consumados en los pacientes tratados con litio (0,1%/año) frente a los no tratados (0,7% / año)
- La mayor reducción de la conducta suicida fue en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores.

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

Metanálisis 1+

Otro estudio del mismo grupo realizado posteriormente (275) muestra que el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que recibían carbamazepina o ácido valproico.

Una búsqueda de estudios primarios localizó tres estudios no incluidos previamente: un ECA (276) y dos estudios de cohortes retrospectivos (277, 278).

El ensayo clínico (276) evaluó el efecto protector del litio sobre el suicidio en 167 pacientes adultos con intentos previos en los 3 meses previos. Los pacientes estaban diagnosticados de trastorno depresivo mayor (76%), distimia (4,8%) o trastorno adaptativo (19,2%) y fueron aleatorizados para recibir litio o placebo durante doce meses. Aunque los autores concluyen que el tratamiento con litio se asoció con un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente, debería interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio (alta tasa de abandono y heterogeneidad de la muestra incluida).

ECA 1+

Un estudio retrospectivo (277) comparó las tasas de suicidio consumado e intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar que recibieron tratamiento con litio frente a valproato y/o otros anticonvulsivantes. Se observó un mayor riesgo de intentos de suicidio en los pacientes tratados con valproato frente a los que tomaban litio, aunque no un mayor riesgo de suicidio consumado.

Estudio de cohortes 2+

El último estudio retrospectivo (278) comparó las tasas de conducta suicida entre el litio y anticonvulsivantes (valproato y carbamazepina) y entre periodos de toma del estabilizador versus discontinuación. Este estudio se ha excluido de las conclusiones de esta guía debido a la metodología del estudio y por sus limitaciones, entre otras, el empleo de múltiples psicofármacos de forma concomitante al litio y anticonvulsivantes.

Estudio de cohortes 2+

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

Un trabajo (279) que incluye uno de los metanálisis anteriores (271) y un estudio retrospectivo (280), concluye que el litio reduce el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar u otro trastorno afectivo mayor. Otra revisión narrativa sobre el papel de la psicofarmacología en la prevención del suicidio concluye que, en la actualidad, a pesar de los inconvenientes del tratamiento con litio, debería ser el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno bipolar con riesgo de suicidio y parece tener un papel protector de los actos suicidas de pacientes con trastornos depresivos (281).

Metanálisis 1+

Estudio de cohortes 2+

Por último, reseñar un documento editado por el "Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales" que concluye que en pacientes con trastorno bipolar se ha demostrado que el tratamiento con sales de litio reduce el riesgo de conducta suicida y su mortalidad a partir del primer año y que la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida, por lo que se recomienda la retirada gradual al menos durante dos semanas (90).

Opinión de expertos 4

7.2.3. Anticonvulsivantes

La acción de los fármacos anticonvulsivantes sobre los receptores GABAérgicos hace que además de su acción anticonvulsiva tengan también una acción ansiolítica, por lo que algunos de ellos podrían ser de utilidad en casos de riesgo suicida, al estabilizar el humor y reducir el comportamiento agresivo e impulsivo (282).

Existen pocos estudios que evalúen el efecto de los anticonvulsivantes sobre la conducta suicida, siendo metodológicamente limitados (275). La mayoría de los seleccionados en la búsqueda bibliográfica abordan el tratamiento con anticonvulsivantes en el trastorno bipolar (ver tabla 31) y sólo algunos en pacientes con trastorno afectivo mayor (271), esquizofrenia (36, 278, 283) o trastorno límite de la personalidad (244).

En esta revisión se incluyen estudios sobre ácido valproico y carbamazepina (ver tabla 31), gabapentina (277), lamotrigina y oxicarbazepina (284). Sólo se encontró un estudio que comparase el ácido valproico con la olanzapina (285). En la tabla 30 se pueden ver las características, objetivos y conclusiones de los distintos estudios incluidos.

Tabla 30. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas

Autor; año (ref)	Pacientes	Comparación	Estudio, Nivel de Evidencia
Guía APA; 2003 (36)	Trastorno bipolar o esquizofrenia	CBZ/ AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Ernst y Goldberg; 2004 (244)	Trastorno bipolar	CBZ/AV vs litio	RS 2+
	Trastorno límite de personalidad	CBZ vs placebo	
Yerevanian et al.; 2007 (278)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia, manía	Distintos estabilizadores, AD, AP y litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Yerevanian et al.; 2003 (283)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia	CBZ/AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Collins et al.; 2008 (277)	Trastorno bipolar	Litio vs valproato/ gabapentina/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Goodwin et al.; 2003 (280)	Trastorno bipolar I y II	Litio vs AV/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Sondergard et al.; 2008 (284)	Trastorno bipolar	Litio vs AC, LMG y oxcarbazepina)	Estudio observacional retrospectivo 2+
Baldessarini y Tondo; 2009 (275)	Trastorno bipolar.	Litio vs AC	Metanálisis 1+
Houston et al.; 2006 (285)	Pacientes con trastorno bipolar	Riesgo suicida con olanzapina + litio o AV	ECA 1+

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

Fuente: elaboración propia.

Las conclusiones de los anteriores estudios se pueden resumir en:

- El riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que reciben carbamazepina o ácido valproico (36, 275, 277, 280). — Metanálisis 1+ / Estudio de cohortes 2+
- Estudios que analizaban la carbamazepina y el ácido valproico frente a litio en pacientes con trastorno bipolar encontraron resultados favorables al litio aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En pacientes con trastorno límite de personalidad, la carbamazepina presentó una disminución significativa de la conducta suicida respecto al placebo (244). — RS de estudios 2+
- Los estudios que concluyen que existe cierta protección de la carbamazepina frente a la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar, presentan deficiencias metodológicas (278, 283). — Estudio de cohortes 2-

Un estudio observó menor riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio que con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina), aunque en ambos casos, el tratamiento continuado disminuyó el riesgo de suicidio. En pacientes inicialmente tratados con anticonvulsivantes, las tasas de conducta suicida disminuyeron al cambiar a litio o utilizarlo como potenciador, mientras que no se modificaron si el tratamiento inicial era el litio y se realizó el cambio o la potenciación con un anticonvulsivante (284). — Estudio de cohortes 2+

El "Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales" concluye que en pacientes con trastorno bipolar, los fármacos anticonvulsivantes son eficaces en el tratamiento de las fases maníacas (ácido valproico) o depresivas (lamotrigina), aunque no está demostrado que reduzcan las tasas de suicidio consumado o de tentativas de suicidio (90). — Opinión de expertos 4

Respecto a pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha observado un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (244). — Estudio de cohortes 2+

Riesgo de conducta suicida de los anticonvulsivantes

La *Food and Drug Administration* (FDA) advirtió en 2008 del incremento de conducta suicida en pacientes con trastornos mentales tratados con anticonvulsivantes (286). El estudio de once fármacos antiepilépticos mostró un incremento de la conducta suicida con todos ellos, manifestado ya una semana después del inicio de tratamiento y persistiendo durante 24 semanas. El riesgo relativo de suicidio fue mayor en los pacientes con epilepsia en comparación con pacientes con trastornos mentales. Aunque la FDA analizó sólo estos fármacos antiepilépticos, considera que sus conclusiones podrían ser extrapolables a todos los fármacos de este grupo terapéutico.

A raíz del documento anterior se llevaron a cabo diferentes estudios con el fin de dilucidar la relación existente entre fármacos anticonvulsivantes y conducta suicida (tabla 31). Sin embargo, las conclusiones de los estudios son distintas y los pacientes evaluados presentaban trastornos diferentes.

Tabla 31. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida

Autor; año (ref)	Pacientes	Objetivo / Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Patorno et al.; 2010 (287)	Pacientes con tratamiento con AC	AC (topiramato o CBZ) frente otros AC (gabapentina, LMG, oxcarbazepina y TGB)	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Bjerring et al.; 2010 (288)	6780 suicidios con tratamiento AC	Investigar riesgo conducta suicida asociado a tratamientos AC	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Gibbons et al.; 2009 (289)	Pacientes con trastorno bipolar	Determinar si fármacos AC aumentan el riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar	Estudio observacional 3
Arana et al.; 2010 (290)	Pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar	Examinar asociación entre fármacos. AC y conducta suicida	Estudio de cohortes retrospectivo 2+

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

Un estudio de cohortes retrospectivo (287) comparó los nuevos fármacos anticonvulsivantes (gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, y tiagabina) frente a fármacos de referencia como el topiramato y la carbamazepina. Para los autores, el uso de gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina aumentan el riesgo de conducta suicida en comparación con el uso de topiramato o carbamazepina.

Estudio de cohortes 2+

En trastorno bipolar, un estudio observó una asociación entre algunos antiepilépticos y un aumento de riesgo de conducta suicida, si bien presentaba importantes limitaciones metodológicas (288). Otro estudio no evidenció incremento del riesgo de conducta suicida debido al tratamiento anticonvulsivante (289).

Estudio de cohortes 2

Serie de casos 3

Por último, Arana et al. (290) estudiaron la asociación existente entre la utilización de fármacos anticonvulsivantes y la conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar. En la cohorte estudiada (5 130 795 pacientes incluidos en una base de datos de Reino Unido), y de forma contraria a la FDA, los autores no observaron asociación entre el uso de anticonvulsivantes y un riesgo incrementado de conducta suicida en pacientes con epilepsia o trastorno bipolar, aunque sí en pacientes con depresión o en aquellos tomaban anticonvulsivantes pero no presentaban epilepsia, depresión o trastorno bipolar.

Estudio de cohortes 2+

7.2.4. Antipsicóticos

Los primeros antipsicóticos se utilizaron en la práctica clínica a principios de los años 50, formando actualmente un grupo heterogéneo de fármacos clasificados en de primera generación o convencionales y de segunda generación o atípicos. Ambos grupos han demostrado ser eficaces en el control de la conducta impulsiva, así como en el comportamiento autoagresivo y heteroagresivo (266).

La mayoría de los estudios localizados se realizaron en pacientes con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, y solo algunos en pacientes con depresión o con trastorno límite de la personalidad.

Antipsicóticos convencionales o de primera generación

No se conoce hasta que punto, los antipsicóticos de 1ª generación, como flufenazina, tiotixeno y haloperidol, pueden ser beneficiosos a la hora de limitar el riesgo suicida de pacientes con trastornos psicóticos (36, 267). En la tabla 32 se resumen los estudios incluidos.

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

Opinión de expertos 4

Tabla 32. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación

Autor; año (ref)	Pacientes/estudios	Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Ernst y Goldberg; 2004 (244)	14 estudios, pacientes con esquizofrenia, trastorno límite de personalidad u otros diagnósticos	Múltiples medicaciones (clorpromacina, flufenacina, haloperidol, trifluoperacina, flupentixol)	RS de distintos tipos de estudios 2++
Hawton et al.; 1998 (167)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol vs placebo	RS de ECAs 1+ (Sólo un estudio)
GPC NICE; 2004 (53)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol (20 mg depot) vs placebo	RS de ECAs 1+

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

Fuente: elaboración propia.

Una revisión sistemática observó que el haloperidol y la trifluoperazina se asociaban con una reducción del riesgo suicida debido al efecto reductor de la impulsividad. Las conclusiones de los autores resaltaban la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (244).

RS de estudios 2+

En pacientes con trastorno límite de personalidad, el tiotixeno (no comercializado actualmente en España), el haloperidol y la trifluoperazina presentan un efecto anti-impulsivo y, por tanto, una reducción de riesgo suicida (244, 266). Opinión de expertos 4

Un estudio en el que se comparó flupentixol (20 mg en forma depot, actualmente no disponible en España en esta formulación) frente a placebo, mostró una reducción significativa del riesgo de conducta suicida, aunque el ensayo era relativamente pequeño (30 personas completaron el tratamiento durante seis meses) y todos los sujetos habían tenido intentos previos de suicidio (167). RS de ECA 1+

Por su parte, la GPC realizada por NICE incluye también otro ECA realizado en 58 pacientes a tratamiento durante 6 meses con distintas dosis de flufenazina (12,5 mg vs 1,5 mg en forma depot), sin encontrar diferencias significativas en la reducción de episodios de conducta suicida (53). RS de ECA 1+

Por último, el "Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales" concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, los antipsicóticos de segunda generación podrían ser superiores a los convencionales en la prevención del suicidio. Otra de las recomendaciones de dicho Comité es que el uso de los antipsicóticos depot sería más conveniente en pacientes con alto riesgo de suicidio, ya que aseguran el tratamiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos. Además, en pacientes con trastorno límite de la personalidad o trastornos de la personalidad con elevada impulsividad, los antipsicóticos a dosis bajas resultarían útiles para el control del impulso suicida (90). Opinión de expertos 4

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación

Clozapina

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

En el anexo de material metodológico se muestran los objetivos, número de estudios y conclusiones de las guías, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordan el tratamiento con clozapina.

Un estudio de cohortes (291) realizado en 2001 no encontró una protección significativa de la clozapina frente al suicidio consumado, aunque sí un menor riesgo global de muerte. Estudio de cohortes 2+

En 2003 se realizó el *International Suicide Prevention Trial* (InterSePT), un ECA multicéntrico e internacional con 980 pacientes que comparaba el efecto de la clozapina frente a olanzapina sobre la conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, todos ellos con intentos de suicidio previos o ideación suicida actual. A los dos años de seguimiento se observó una reducción significativa de la conducta suicida en aquellos pacientes tratados con clozapina, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en la tasa de suicidio consumado (292).

ECA 1++

Todos los metanálisis y revisiones posteriores (36, 43, 71, 244, 250) hacen mención a ambos estudios y apoyan las conclusiones del InterSePT.

Otros estudios de carácter no sistemático (2, 279, 281, 293) hacen también hincapié en los beneficios de la clozapina en la prevención de intentos de suicidio en pacientes esquizofrénicos o con trastornos esquizoafectivos, si bien en algún caso se indica que esta reducción es menor que la que produce el litio en los pacientes con trastornos afectivos (279).

Opinión de expertos 4

El "Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales" concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, la clozapina se debería considerar como el único fármaco antipsicótico que ha demostrado una reducción en las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas (90).

Opinión de expertos 4

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

Olanzapina

Los resultados del estudio InterSePT (292) en cuanto a reducción de la conducta suicida son mejores para la clozapina que para la olanzapina. Destacar que los intentos de suicidio en los pacientes tratados con olanzapina fueron aproximadamente la mitad que los producidos previamente a la introducción del tratamiento, lo que sugiere también un posible efecto beneficioso de la olanzapina sobre el riesgo de conducta suicida.

ECA 1++

La revisión sistemática de Ernst et al. (244) realizó tres comparaciones con olanzapina:

RS de estudios 2+

- Olanzapina frente a risperidona en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos: tras 28 semanas se obtuvieron tasas significativamente más baj as de intentos de suicidio con la olanzapina

– Olanzapina frente a haloperidol en pacientes psicóticos crónicos: al año de seguimiento se observó un riesgo 2,3 veces menor de comportamiento suicida con la olanzapina

– Olanzapina frente haloperidol y frente a placebo: no se encontraron diferencias en la incidencia de suicidio entre los tres grupos, aunque sí una reducción de pensamientos suicidas en el grupo de la olanzapina.

Risperidona

Los estudios realizados hasta la fecha con risperidona son metodológicamente limitados debido al tamaño muestral. La revisión sistemática de Ernst et al. (244) realiza un epígrafe sobre risperidona y además del estudio reseñado anteriormente de olanzapina frente risperidona, incluye un estudio realizado en 123 pacientes con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo, depresión psicótica o esquizofrenia en el que se compara la risperidona frente a una combinación de haloperidol y amitriptilina, no observando diferencias significativas en la ideación suicida. Otro estudio incluido en esta revisión presentaba un escaso tamaño muestral por lo que no se ha tenido en cuenta.

RS de estudios 2+

Un ECA llevado a cabo en 2008 con el objetivo de investigar la eficacia de la risperidona administrada conjuntamente con antidepresivos sobre la conducta suicida en pacientes con depresión mayor observó que la risperidona como coadyuvante es beneficiosa en este tipo de pacientes y reduce el riesgo suicida. Ahora bien, su extrapolación a la práctica clínica es difícil debido nuevamente al pequeño tamaño muestral (294).

ECA 1+

7.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, la TEC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia (36, 295-298).

La técnica precisa ser realizada con anestesia general y se han descrito efectos secundarios inmediatos, como confusión mental, amnesia y cefalea y trastornos cognitivos a corto plazo (296, 299).

La decisión de indicar la TEC deberá basarse siempre en criterios como la gravedad de la enfermedad, la consideración de indicaciones y contraindicaciones médicas, la resistencia a otros tipos de tratamiento, la valoración de situaciones especiales como el embarazo o el riesgo grave de suicidio, antecedentes de buena respuesta en un episodio anterior y la preferencia del paciente (300).

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

En 2005 se publicó una revisión sistemática con el objetivo de establecer la efectividad y el coste-efectividad de la TEC como tratamiento de la depresión (uni o bipolar), esquizofrenia, catatonia y manía (301). Los estudios incluidos evaluaban la TEC sola o asociada a fármacos o psicoterapia frente al tratamiento con TEC simulada, fármacos o estimulación magnética transcraneal. Los autores incluyeron cuatro revisiones de estudios de diferente diseño metodológico (302-305) y dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, la del grupo UK ECT (306) y la del *Cochrane Schizophrenia Group ECT* (307), en las que se evidencia la eficacia y seguridad del tratamiento con TEC en pacientes con depresión mayor, no existiendo suficiente evidencia para realizar conclusiones sobre su efectividad en la esquizofrenia, catatonia y manía.

En esta revisión, el suicidio como variable de resultado no fue evaluado en ninguno de los ensayos clínicos incluidos. La evidencia se obtuvo únicamente de estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo que muestran resultados positivos (aunque a veces contradictorios) respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (tabla 33).

Posteriormente a la citada revisión (301), únicamente se ha publicado un ECA y dos estudios caso-control que evalúan la TEC y consideran la conducta suicida como variable de resultado.

Estudio caso-control 2+

Un estudio retrospectivo caso-control en 30 pacientes tratados con TEC por presentar trastorno mental grave (trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno esquizoafectivo), asociado o no a abuso de sustancias, calculó la puntuación obtenida con el 24-ítem *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24) antes y después de recibir la TEC. Los resultados se compararon con las puntuaciones al ingreso y al alta de controles pareados que no recibieron TEC, aunque sí tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron una mejoría de las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala, siendo mayor en el grupo TEC, y dentro de él, fue más pronunciado en el grupo con trastorno mental grave asociado a abuso de sustancias. Los autores sugieren que la TEC podría ser una de las primeras opciones de tratamiento en pacientes con trastornos depresivos graves, ideación suicida y abuso de sustancias (313).

Tabla 33. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC

Autor; año (ref)	Tipo de estudio. Nº pacientes	Diagnóstico	Resultados
Tsaung et al.; 1979 (308)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 74	Trastorno esquizoafectivo	No mortalidad por suicidio en los pacientes tratados con TEC, frente a tres suicidios entre los que no la recibieron
Avery y Winokur; 1976 (309)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 519	Trastorno depresivo	Menor conducta suicida en pacientes que recibieron TEC o tratamiento antidepresivo respecto a pacientes con tratamiento antidepresivo inadecuado o que no recibieron ni TEC ni antidepresivos
Babigian y Guttmacher; 1984 (310)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = ND	Trastorno depresivo	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo que recibieron TEC y controles que no la recibieron
Black et al.; 1989 (311)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 1076	Trastorno afectivo primario	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes tratados con TEC, antidepresivos o un tratamiento considerado inadecuado
Sharma; 1999 (312)	Estudio de casos y controles N = 45	Depresión mayor (45%), trastorno bipolar (27%), esquizofrenia (13%), trastorno esquizoafectivo (9%) y otros diagnósticos (9%)	Mayor número de suicidios (n = 7) en el grupo tratado con TEC que en el grupo control (n = 2)

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

Un estudio de 1206 pacientes ingresados por depresión mayor grave entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998 observó que los intentos de suicidio fueron menos frecuentes durante y después de la TEC que con el tratamiento con fármacos antidepresivos, y la gravedad del intento de suicidio se redujo en aquellos pacientes con al menos 4 semanas de tratamiento farmacológico antidepresivo, en comparación con no tratamiento y TEC. Por ello, los autores recomiendan la continuación con tratamiento antidepresivo después del tratamiento con TEC, lo que podría tener un efecto preventivo disminuyendo la tasa de suicidios consumados y reduciendo la severidad y la frecuencia de intentos de suicidio (314).

Estudio caso-control 2+

Por último, en pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar sometidos a tres sesiones semanales de TEC bilateral se observó que de los 131 pacientes con alta intencionalidad suicida expresada, alcanzaron cero puntos en la escala de Hamilton (ausencia completa de ideas, gestos y conducta suicida) el 80,9% de los mismos, el 38% al cabo de una semana de tratamiento y el 61,1% tras dos semanas (315).

Serie de casos 3

NICE (296) basándose en los mismos estudios incluidos en una revisión sistemática previa (301), considera que la TEC debería utilizarse únicamente para conseguir una rápida mejoría cuando persisten síntomas graves a pesar de un tratamiento adecuado y/o cuando se considera que el cuadro clínico puede amenazar la vida de la persona, en pacientes con depresión mayor grave, catatonia o un episodio maníaco grave o prolongado.	RS de distintos tipos de estudios 3
El *Royal College of Psychiatrists* (UK) (297) considera que la TEC podría ser el tratamiento de elección en el trastorno depresivo grave cuando existe una necesidad urgente de tratamiento, como por ejemplo, cuando el episodio se asocia con: – Conducta suicida – Ideación o planes suicidas serios – Situación que amenaza la vida debido a que el paciente rechaza alimentos o líquidos.	Opinión de expertos 4
El *Bundesärztekammer* (Asociación Médica Alemana) (295) propone la TEC como tratamiento de primera elección en varias patologías y, en concreto, en la depresión grave con alta probabilidad de suicidio o rechazo de alimentos.	Opinión de expertos 4
El *Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (298) considera que la principal indicación de la TEC sería la depresión mayor, especialmente con síntomas psicóticos o catatónicos y/o riesgo suicida o de rechazo de comida o bebida.	Opinión de expertos 4
La APA (36), basándose en un documento previo (316), recomienda la TEC en aquellos casos de depresión mayor grave con presencia de ideación o conducta suicidas y, en algunas circunstancias, en casos de ideación o conducta suicidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar maniaco o mixto. Aunque no existe evidencia de la reducción a largo plazo del riesgo de suicidio, tras el empleo de un ciclo de TEC, la APA recomienda un mantenimiento con fármacos o TEC.	RS de distintos tipos de estudios 3

El Consenso Español sobre TEC (300) considera como síndromes depresivos con indicación primaria de TEC, aquellos episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas.

Otras indicaciones que se consideran son:

Resistencia o contraindicación al tratamiento antidepresivo

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

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

En la tabla 34 se resumen los principales diagnósticos y situaciones clínicas en las que estaría indicada la TEC.

Tabla 34. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria

- Depresión mayor grave,
- con alto riesgo de suicidio (295, 298)
  - con/sin síntomas psicóticos
  - con necesidad de rápida respuesta terapéutica
  - por preferencia del paciente (188)
- Esquizofrenia con ideación o conducta suicidas grave (36) y/o grave agitación o estupor catatónico
- Trastorno esquizoafectivo con ideación o conducta suicidas grave (36)

Fuente: elaboración propia.

En relación a la utilización de la TEC en niños y adolescentes, la evidencia científica es limitada debido a la falta de estudios controlados que demuestren su efectividad, si bien estudios de casos sugieren que podría ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente, no existiendo estudios en niños preadolescentes (246).

Resumen de la evidencia

Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida	
Terapias de corte cognitivo-conductual	
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en adultos con conducta suicida cuando se comparan con "no tratamiento" o "tratamiento habitual". Cuando se comparan con otras formas de psicoterapia no existen diferencias significativas en la efectividad comparada (183).
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir ésta de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados (183).
1+	En adultos, los tratamientos cognitivo-conductuales de carácter individual o combinados con sesiones grupales obtienen mejores resultados que en formato grupal. Sin embargo, en adolescentes, la terapia grupal parece más eficaz que la terapia individual (183).
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y conducta suicida, la TDC muestra una efectividad comparable al resto de tratamientos cognitivo-conductuales (183).

1+	Sobre la TCC en formato grupal para adolescentes con conducta suicida previa, aunque en el metanálisis de Tarrier et al. (183) se concluyó que era más efectiva que el tratamiento habitual basándose en un estudio realizado por Wood et al. (192), dos ECA posteriores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (225, 226).
1+	En personas mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el tratamiento antidepresivo o TRP y seguimiento telefónico obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual (219).
1++	En adolescentes con depresión mayor, la terapia combinada de fluoxetina y TCC produjo una mejoría más rápida en comparación con fluoxetina y TCC de forma independiente, lo que representa un efecto protector de la conducta suicida (193) . Sin embargo en adolescentes con depresión moderada-grave, la TCC en combinación con fluoxetina y cuidados estándar amplios no fue más efectiva que la fluoxetina combinada con dichos cuidados (221).
1+	La terapia cognitivo-conductual redujo de forma significativa la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (220), en pacientes con conducta suicida recurrente (223) y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a la medicación (222).
1+	Tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (227).
1+	En adolescentes con depresión y riesgo suicida, la TRP redujo de forma significativa las puntuaciones de las escalas de depresión, disminuyó el riesgo de suicidio y aumentó significativamente la autoestima y la asertividad (218).
3	En adolescentes con trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, la terapia dialéctico-conductual podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas (185).
Terapia interpersonal	
1+	La terapia interpersonal psicodinámica breve realizada en adultos tras un episodio de intoxicación medicamentosa voluntaria obtuvo a los 6 meses mejores resultados (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck y mayor satisfacción con el tratamiento) que el tratamiento habitual (231).
1+	En mayores de 60 años con depresión e ideación suicida, tras 24 meses de tratamiento con TIP y/o citalopram, se redujo de forma significativa la ideación suicida en comparación con el grupo que recibió tratamiento habitual (233).
1+	Una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (234).

Terapia familiar	
1+	No existe evidencia suficiente para determinar si en menores de 16 años con ideación y conducta suicidas, la terapia familiar es un tratamiento eficaz (235).
Terapia psicodinámica	
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, la terapia psicodinámica deconstructiva fue eficaz en la disminución de la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional, en comparación con el tratamiento habitual (238).
1+	En pacientes con trastornos de la personalidad, la combinación de terapia psicodinámica y cognitivo-conductual en hospital de día (formato grupal durante 18 semanas) no obtuvo mejores resultados que el tratamiento ambulatorio habitual (239).
Tratamiento farmacológico de la conducta suicida	
Antidepresivos	
1+	En pacientes con depresión mayor, el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien no está demostrado en estudios de larga duración. No se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos aumente el riesgo de suicidio (244).
1++	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida, la terapia combinada (ISRS-fluoxetina + TCC) redujo la ideación suicida de forma significativa (193).
1+	En pacientes mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el seguimiento mantenido y el tratamiento con terapia combinada (citalopram u otro antidepresivo + TIP), redujo la ideación suicida y aumentó las tasas de remisión de la depresión a largo plazo (233).
2+	En pacientes con trastorno bipolar se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes en aquellos que recibieron tratamiento con antidepresivos en monoterapia (252). En pacientes con trastorno bipolar tipo I se ha observado riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (253).
Litio	
1+	El tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos. Este efecto se atribuye a la disminución de la agresividad e impulsividad (271).
1+	Aunque en menor proporción que el litio, el ácido valproico y la carbamazepina se han mostrado también eficaces en la reducción de la conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar (275).

1+	Un ensayo clínico observó una asociación entre el tratamiento con litio y un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente (276).
4	En pacientes con trastorno bipolar, la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida (90).
Anticonvulsivantes	
1+	En pacientes con trastorno bipolar, el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor cuando éstos son tratados con litio que con carbamazepina o ácido valproico (275, 277, 280).
2+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad existe un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (244).
2+	Los pacientes con trastorno bipolar a tratamiento continuado con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina) presentan una reducción de las tasas de conducta suicida, si bien los resultados sugieren una superioridad del tratamiento continuado con litio en la prevención del suicidio (284). Existe controversia sobre si los fármacos anticonvulsivantes incrementan o no el riesgo de conducta suicida. Mientras que la FDA avisa de un posible aumento, estudios posteriores no encuentran asociación significativa entre el empleo de anticonvulsivantes y la conducta suicida (286, 287, 290).
Antipsicóticos	
2+	Una revisión sistemática de antipsicóticos de primera generación resaltaba la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (244).
4	Para algunos autores, los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (36).
1++	La clozapina ha mostrado una reducción significativa de la conducta suicida en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia (292).
1+	En pacientes adultos con esquizofrenia, la olanzapina ha mostrado una reducción de la conducta y del pensamiento suicida, aunque en menor grado que la clozapina (292).
1+	La risperidona como coadyuvante en pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida podría ser beneficiosa y reducir el riesgo suicida (294).
Terapia electroconvulsiva	
3	Estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo muestran resultados positivos respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (301).

2+	Un estudio caso-control realizado en 30 pacientes con trastorno mental grave asociado o no a abuso de sustancias, mostró una mejoría en las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala Brief Psychiatric Rating Scale. Los resultados se compararon con controles pareados que no recibieron TEC aunque sí tratamiento farmacológico, siendo más favorables en el grupo que recibió TEC y que presentaba también abuso de sustancias (313).
2+	En un estudio caso-control realizado con pacientes con depresión mayor grave (ingresados entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998), los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en los tratados con terapia electroconvulsiva que en los que recibieron fármacos antidepresivos (314).
3	En pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar, la terapia electroconvulsiva redujo la intencionalidad suicida, alcanzando cero puntos en la escala de Hamilton el 38% de los pacientes al cabo de una semana, el 61% tras dos semanas y el 76% a las tres semanas (315).

Recomendaciones

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.
✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).
B	En adultos con ideación o conducta suicida se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.

B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico	
A	En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.
C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.
B	En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
✓	En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio a tratamiento antiepiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida.

A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electrocovulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.
D$^{\text{GPC}}$	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

II. ASPECTOS PREVENTIVOS

8. Medidas generales de prevención de la conducta suicida

Preguntas para responder:

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional

- ¿Qué programas sobre prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional?

Potenciación de factores protectores y resiliencia

- ¿Qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores de protectores y resiliencia?

Restricción del acceso a medios letales

- ¿Qué medidas se pueden tomar para la restricción de medios letales?

Medios de comunicación y suicidio

- ¿Qué medidas pueden adoptar los medios de comunicación para reducir la conducta suicida en la población?
- ¿Cuál es el papel de Internet en la conducta suicida?

Programas formativos de prevención de la conducta suicida

- Los programas formativos de sensibilización, detección y abordaje de la ideación y la conducta suicida llevados a cabo en profesionales sanitarios ¿se han mostrado efectivos a la hora de reducir las tasas de suicidio consumado?
- ¿Desde el punto de vista formativo, qué medidas de prevención de la conducta suicida podrían realizarse en profesionales no sanitarios?

8.1. Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional

Desde hace más de 40 años, la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio, y en el año 1969 publicó un documento donde reconocía la importancia de encuadrar la prevención del suicidio en el campo de la salud pública y la necesidad de establecer centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local (317). En 1984, los países de la oficina regional para Europa de la OMS incluyeron la reducción del suicidio dentro de sus objetivos de política sanitaria (318).

Más tarde, en 1999 emitía una iniciativa a nivel mundial llamada SUPRE (*Suicide Prevention*) (319) con el propósito de reducir la progresiva mortalidad debida al suicidio. Entre los objetivos generales del programa estaba disminuir la morbimortalidad relacionada con la conducta suicida y eliminar los tabúes que rodean al suicidio. Destacaba que la prevención del suicidio requiere la intervención de un equipo multidisciplinar, incluyendo sectores sanitarios y no sanitarios. Para ello elaboró una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales particularmente relevantes para la prevención del suicidio:

- Médicos generales (74) y profesionales de atención primaria (15)
- Profesionales de los medios de comunicación (320)
- Docentes y demás personal institucional (321), orientadores psicopedagógicos (322)
- Funcionarios de prisiones (323)
- En el trabajo (324)
- Respuesta de primera línea (bomberos, policías y socorristas) (325)
- Supervivientes de un suicidio[3] (326).

En una reunión de la OMS en 2004, sobre las "Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa", se plantearon las siguientes recomendaciones basadas en una revisión sistemática previa (327):

RS de estudios 2+

- La prevención de la conducta suicida necesita un enfoque global y debe ser responsabilidad de los gobiernos
- Son necesarios programas de prevención del suicidio que incluyan intervenciones específicas para los diferentes grupos de riesgo, contando para ello con los diferentes sectores implicados
- Los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en servicios de urgencias, deben estar capacitados para identificar el riesgo de suicidio y para colaborar con los servicios de salud mental
- La formación de los profesionales y la educación de la población general debe centrarse en los factores de riesgo y protección
- Es necesario fomentar la investigación y la evaluación de los programas de prevención del suicidio
- Los medios de comunicación deben participar y seguir las directrices propuestas por la OMS.

Diferentes países han desarrollado estrategias para la prevención del suicidio, definidas como "un enfoque global y nacional para reducir la conducta suicida, mediante respuestas coordinadas y culturales en múltiples sectores públicos o privados de la sociedad" (139). Así, países como EE.UU., Dinamarca, Nueva Zelanda, Inglaterra, Irlanda, Escocia,

3. El término superviviente de un suicidio se emplea para referirse a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos).

Alemania, Finlandia o Noruega (139, 327-331), entre otros, han elaborado estrategias nacionales para la prevención del suicidio siguiendo las propuestas de la OMS.

RS de estudios 2+

Mann et al. (332) propusieron un modelo de prevención basado en las intervenciones que han demostrado efectividad en la prevención del suicidio en pacientes con presencia de trastornos mentales y otros factores de riesgo. En este modelo, las intervenciones preventivas se centran en los siguientes aspectos: formación de los profesionales de atención primaria, concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación) (figura 3).

RS de estudios 2+

Las revisiones sistemáticas realizadas en este campo, en la línea de las propuestas de la OMS, y los programas de prevención del suicidio existentes en distintos países, destacan las siguientes recomendaciones para la prevención del suicidio (139, 318, 327, 329, 333, 334):

- Reducir la disponibilidad y el acceso a los medios letales, como sustancias tóxicas, armas de fuego, etc
- Mejorar los servicios sanitarios y su accesibilidad, así como promover las funciones de apoyo y rehabilitación
- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión y otros trastornos mentales
- Desarrollar intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas
- Aumentar la concienciación de los profesionales de salud, mejorar sus actitudes y reducir los tabúes existentes hacia el suicidio y el trastorno mental
- Mejorar la formación sobre prevención del suicidio en los médicos de atención primaria
- Promover la intervención y formación de los profesionales en los centros educativos
- Aumentar el conocimiento de la población general sobre los trastornos mentales y su reconocimiento en una etapa temprana, y reducir el estigma asociado al suicidio
- Implicar a los medios de comunicación y fomentar el tratamiento responsable de las noticias relacionadas con la conducta suicida
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio y la recogida de datos sobre las causas del suicidio.

El establecimiento de una política nacional de prevención del suicidio por parte de los gobiernos refleja un compromiso para hacer frente al problema (333). Sin embargo debido a su origen multifactorial, se necesitan diferentes tipos de intervenciones y a distinto nivel para reducir las tasas de suicidio a largo plazo. Un problema añadido es la dificultad de conocer el efecto de cada una de las intervenciones, lo que dificulta enormemente la discriminación de las estrategias de prevención de suicidio más eficaces (335). Se ha argumentado que algunos programas de prevención del suicidio llevados a cabo en Australia, Finlandia, Noruega y Suecia han tenido poco impacto en la reducción de las tasas de suicidio entre los jóvenes y la población general (336). Sin embargo, estudios posteriores encontraron resultados positivos en la disminución de suicidios e intentos de suicidio tras intervenciones comunitarias en minorías étnicas, mayores y jóvenes (334).

Estudio cuasi-experimental 2+

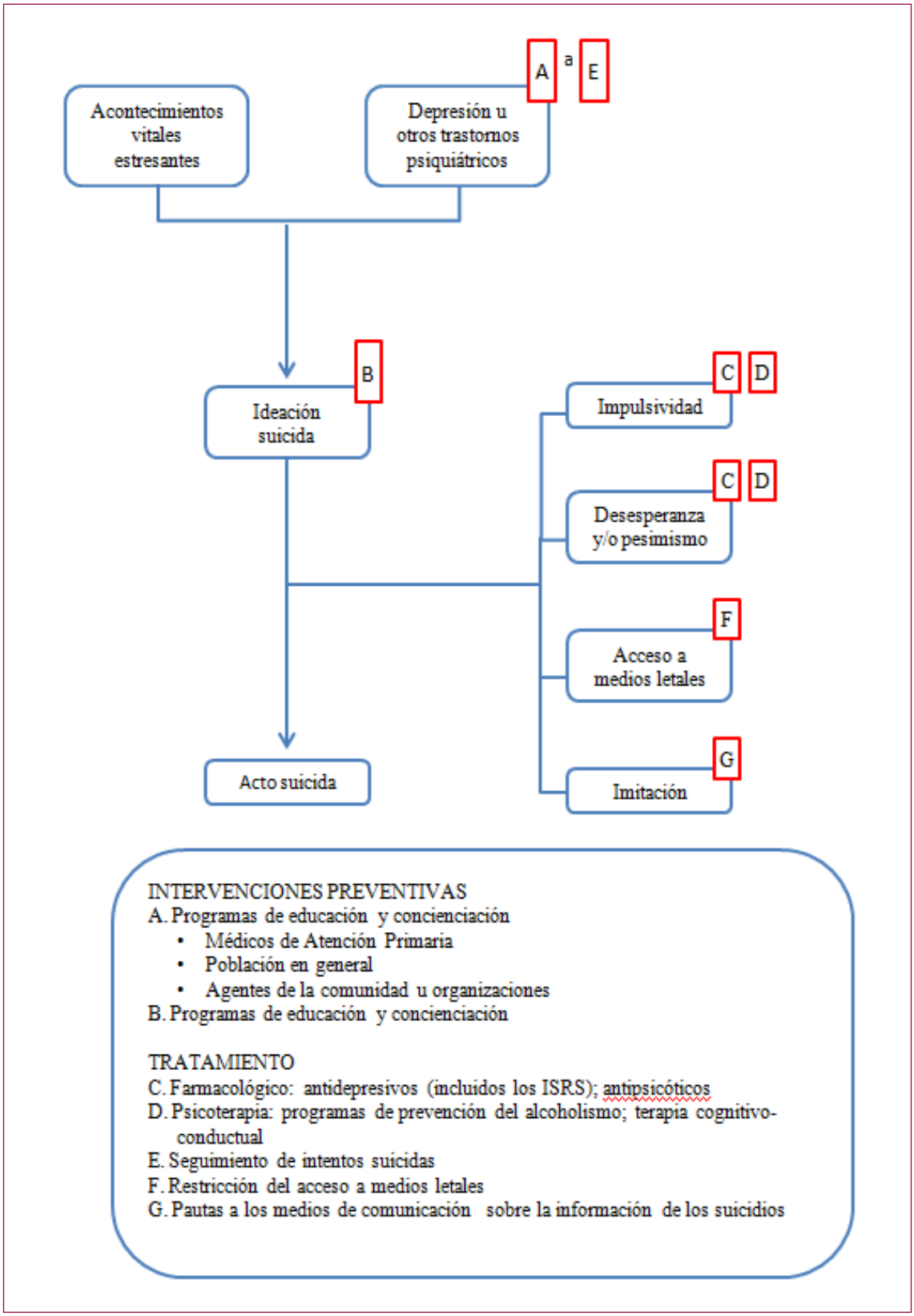
Uno de los programas de prevención realizado en Europa, fue el *Nuremberg Alliance Against Depression* (NAAD), llevado a cabo en los años 2001 y 2002 y que incluyó formación a médicos de atención primaria, campañas de información en medios de comunicación, cooperación con figuras clave o gatekeeper e intervención en grupos de riesgo. Los resultados mostraron la efectividad del programa, con una disminución significativa tanto de intentos como de suicidios consumados (reducción del 21,7% al finalizar la intervención y del 32% un año más tarde) en comparación con los datos de referencia de Nuremberg y otra región alemana con la que se comparó (337, 338).

A partir de estos resultados, el programa se ha extendido a otras zonas de Alemania y se han iniciado actividades similares en otros 17 países europeos, favorecidas por el proyecto OSPI (*Optimizing Suicide Prevention Interventions*) (339), la Alianza Europea contra la depresión (*European Alliance Against Depression*, EAAD) (340) y el "Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar" (341).

Actualmente se está realizando un estudio multicéntrico, prospectivo y controlado basado en las líneas desarrolladas en el proyecto de Nuremberg. El protocolo de actuación se publicó en 2009 con una previsión de intervención de dos años por lo que todavía no se han publicado sus resultados. El estudio se lleva a cabo en cuatro países (Irlanda, Alemania, Hungría y Portugal), y en los cuatro niveles mencionados anteriormente (339):

- Formación a los médicos de atención primaria
- Campañas informativas para población general orientadas a la desestigmatización de la depresión y elaboración de una guía con directrices para los profesionales de los medios de comunicación
- Campaña de capacitación a figuras clave o *gatekeeper*
- Intervención en grupos de alto riesgo, favoreciendo el acceso a salud mental y proporcionando apoyo a pacientes y familiares.

Figura 3. Modelo de intervenciones preventivas basado en los factores de riesgo



Fuente: Mann et al. (332)

Opinión de expertos 4

Además de lo anterior, existen una serie de iniciativas con participación activa de los implicados, siendo algunos ejemplos los siguientes (327):

- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio: reúne a profesionales y voluntarios de más de 50 países, dedicándose a la prevención de la conducta suicida y a proporcionar un foro de debate para todos los grupos.
- Centros de prevención del suicidio: existen varios en toda Europa que proporcionan apoyo e intervención temprana, líneas telefónicas de apoyo, capacitación de los trabajadores de urgencias y atención primaria, apoyo a los supervivientes y campañas de sensibilización sobre el suicidio en población general.
- *Verder*: red belga de apoyo a los supervivientes de suicidio con varios grupos de apoyo y que ofrece recomendaciones sobre sus derechos.
- *Human Ecological Health*: trabaja en Ucrania en particular con prisioneros y personal del ejército.
- *Mental Health Europe*: ONG europea que tiene por objetivo aumentar la conciencia sobre la carga del suicidio, así como fomentar programas de prevención. Ayuda a organizaciones pertenecientes a la misma a poner en marcha proyectos y a tomar medidas.

En España, dentro de la "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013", se presentó como objetivo general 2: prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. Para ello propone realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo y recomienda desarrollar intervenciones preventivas (preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio), en cada uno de los siguientes entornos (6):

- Centros docentes
- Instituciones penitenciarias
- Residencias geriátricas.

No obstante, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos en el momento actual, muy por debajo del nivel de otros países europeos. De hecho no existe un plan nacional de prevención como tal y hasta ahora solo se han desarrollado iniciativas locales, como en el caso de Galicia, donde se ha puesto en marcha un programa asistencial y preventivo, Cataluña, como integrante de la EAAD o Asturias, donde desde el año 2007 se desarrolla el programa europeo *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe* (MONSUE) y desde el 2009 se ha puesto en marcha el proyecto *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) (342).

8.2. Potenciación de factores protectores y resiliencia

Aunque la investigación sobre la conducta suicida se ha centrado tradicionalmente en los factores de riesgo, el hecho de que estos no incidan en todas las personas de la misma manera sugiere la existencia de factores protectores que podrían estar modulando dicho riesgo.

El interés por los factores protectores radica en que su potenciación podría ayudar a prevenir el suicidio. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en su evaluación que presenta ciertas dificultades: algunos de los factores propuestos han sido extrapolados de la investigación en otros campos, no existe homogeneidad en la terminología empleada y en ocasiones algunos factores protectores propuestos son la descripción en positivo de un factor de riesgo (40).

Los factores protectores de la conducta suicida que cuentan con más evidencia de asociación se pueden clasificar en factores personales (40, 63, 64, 343-345) y sociales/medioambientales (18, 19, 40, 43, 44, 63, 317, 344) (tabla 35).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3

Tabla 35. Factores protectores relacionados con la conducta suicida

PERSONALES	SOCIALES/MEDIOAMBIENTALES
– Habilidad en la solución de problemas – Tener confianza en uno mismo – Habilidad para las relaciones sociales – Flexibilidad cognitiva – Tener hijos (mayor evidencia en mujeres). – Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio – Nivel eduativo medio-alto – Habitos de vida saludables – Extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad – Locus de control interno – Percepción de autoeficacia	– Apoyo familiar y social (no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad) – Integración social – Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos – Adoptar valores culturales y tradicionales – Recibir tratamiento integral y a largo plazo (pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol) – Disponer de sistemas de ayuda y recursos

Fuente: elaboración propia.

Un concepto muy relacionado con los factores protectores que ha adquirido importancia recientemente es el de resiliencia. Este término hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas (familias, grupos o comunidad) de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes. También se ha descrito como una capacidad, percepción o conjunto de creencias que protegen al sujeto del desarrollo de conducta suicida frente a factores de riesgo o estresores (346).

RS de distintos tipos de estudios 3

Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son (346):

– Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio. También cuenta con cierta evidencia la confianza en la capacidad de solución de problemas.
– Creencias y actitudes: de todas las variables estudiadas, el alto nivel de autonomía es la que cuenta con mayor evidencia y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.

A pesar de que fomentar la resiliencia es una de las bases de la prevención en salud mental, sobre todo en la infancia y la adolescencia (347) y en los mayores (348), la mayoría de estudios se han centrado en los factores de riesgo (depresión y otros trastornos mentales, aislamiento social, etc.), siendo muy limitada la investigación sobre la potenciación de factores protectores:

Prevención universal

En un estudio llevado a cabo en el ámbito escolar, se investigó la efectividad de un programa basado en la potenciación de factores protectores mediante la implicación de iguales (*peer leaders*), para la prevención del suicidio en comparación con un grupo control en lista de espera (349).

ECA 1+

El estudio se llevó a cabo en 18 centros en EE.UU. (6 en el área metropolitana y 12 en el área rural). El programa se implementó en 453 adolescentes, propuestos por los profesionales de cada centro y por los estudiantes. La intervención consistió en el entrenamiento de 2-3 trabajadores de cada centro y a los adolescentes, en el conocimiento de los factores protectores de suicidio, habilidades y recursos disponibles y posteriormente, una última fase de comunicación a los compañeros de todo lo aprendido. A los cuatro meses, se encontró una mejoría significativa en estos adolescentes en valores relacionados con el suicidio, comunicación con los adultos e implicación escolar. En cuanto al impacto del programa en los estudiantes en general, la intervención incrementó de manera significativa la percepción de apoyo por parte de los adultos y la aceptación a pedir ayuda (349).

Prevención selectiva

En Australia debido al aumento de suicidios en adolescentes aborígenes, se llevó a cabo un programa de prevención inmerso en el plan nacional de prevención del suicidio, basado en información sobre los factores protectores, dirigido a profesionales de salud mental y educación, familias y adolescentes. El programa se desarrolló en 4 etapas, cada una de las cuales duró 10 semanas. Los participantes asistieron a una sesión de cuatro horas a la semana. Al final del mismo se encontró un incremento significativo de la capacidad de controlar circunstancias adversas (empoderamiento), autoestima, resiliencia, habilidades de solución de problemas y bienestar (350).

Estudio cualitativo Q

Prevención indicada

Una revisión sistemática de intervenciones preventivas en mayores de 50 años con riesgo de suicidio incluyó, además de otros estudios, dos centrados en la potenciación de factores protectores (348).

RS de distintos tipos de estudios 3

El primero de ellos se basó en la TCC grupal y su objetivo fue mejorar el bienestar subjetivo de prejubilados (50-65 años). La muestra consistió en 21 personas seleccionadas debido a la presencia de ideación suicida, que se distribuyeron en el grupo de TCC (n = 10) o el grupo control (n = 11, participantes de otro estudio de adaptación a la jubilación). Al final del programa, el grupo experimental presentó menores niveles de depresión y distrés psicológico y un aumento significativo de variables como esperanza, objetivos, serenidad, flexibilidad y actitud positiva frente a la jubilación y la mejoría se mantuvo a los 6 meses (351).

El segundo estudio fue llevado a cabo con personas mayores de 60 años y elevado riesgo de suicidio, con el objetivo de mejorar el funcionamiento y las habilidades sociales, mediante un programa basado en la TIP (1 sesión semanal durante 16 semanas). Al final de la intervención se encontró una reducción significativa en los niveles de síntomas depresivos y de ideación suicida e ideas de muerte en comparación con el nivel basal (352).

8.3. Restricción del acceso a medios letales

Distintos estudios han puesto de manifiesto que los suicidios llevados a cabo con un determinado método se reducen cuando este está menos accesible (318), aunque en algunos casos las tasas de suicidio global se compensan con el aumento de suicidios por otro método (329, 332). La restricción del método depende del país, haciéndose más énfasis en unos que en otros (139).

Las medidas de restricción de acceso a medios letales más frecuentemente citadas son (139, 318, 329, 332, 334):

RS de estudios 2++

- Restricción de venta de psicotrópicos
- Reducción del tamaño de los envases de analgésicos: la legislación que limitó el tamaño de envase de paracetamol y salicilatos de venta libre en Reino Unido disminuyó la tasa de suicidios por este método en un 22% (139)
- Uso de antidepresivos de menor toxicidad
- Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos
- Disminución de la toxicidad del gas de uso doméstico (ej. Suiza y Reino Unido) (332)

- Instalación de barreras en lugares elevados
- Restricción sobre la posesión y control de armas de fuego: la disponibilidad de armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio en todas las edades, incluso en niños (ej. EE.UU.) (139)
- Control de plaguicidas (ej. zonas rurales de China).

8.4. Medios de comunicación y suicidio

8.4.1. Medios de comuniación

Parece existir una asociación entre el tratamiento inadecuado de las noticias sobre suicidios y un efecto imitativo del mismo, denominado suicidio por contagio o efecto Werther (353). Por el contrario, la forma y el contenido de las noticias sobre suicidio también puede ejercer un efecto preventivo, conocido como efecto Papageno (354). Debido a esta compleja interacción, diferentes países han elaborado directrices para los medios de comunicación sobre cómo deben enfocar las noticias sobre suicidios, aunque existen pocos estudios que hayan evaluado posteriormente la efectividad de estas medidas sobre la reducción de sus tasas.

Dentro del programa SUPRE, la OMS publicó un documento, considerado de referencia, en el que se ofrecían una serie de recomendaciones para los profesionales de la comunicación sobre cómo abordar y publicar noticias con contenido sobre suicidios o intentos de suicidio (tabla 36) (320).

Opinión de expertos 4

En este mismo documento se recomendaba transmitir también la frecuente asociación entre el suicidio y la depresión y que ésta es un trastorno tratable, así como ofrecer apoyo a los allegados y aportar información sobre los recursos de ayuda disponibles (320).

Además de estas directrices de la OMS, distintos países han desarrollado también recomendaciones para los medios de comunicación, como es el caso de Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canada, Reino Unido, Hong Kong y Sri Lanka. Las recomendaciones más importantes que se recogen en estas guías son (355):

RS de distintos tipos de estudios 3, 4

- No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista
- Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias
- Aportar información precisa, responsable y ética
- Aprovechar la oportunidad para educar a la población
- Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles
- Tras un suicidio, tener siempre en cuenta a los familiares y allegados
- Considerar a los periodistas como personas vulnerables (sólo en tres guías).

Tabla 36. Recomendaciones de la OMS sobre la información del suicidio en los medios de comunicación

QUÉ HACER
– Trabajar estrechamente con las autoridades de la salud en la presentación de los hechos – Referirse al suicidio como un hecho, no como un logro – Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores – Resaltar las alternativas al suicidio – Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios – Aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma.
QUÉ NO HACER
– Publicar fotografías o notas suicidas – Informar sobre detalles específicos del método utilizado – Aportar razones simplistas – Glorificar ni tratar el suicidio de forma sensacionalista – Emplear estereotipos religiosos o culturales – Culpabilizar.

Fuente: Modificado de OMS (320)

Más recientemente, la OMS realizó una revisión sistemática en la que incluyó todos aquellos estudios que analizaban el impacto de los medios de comunicación sobre el suicidio y el efecto de las guías sobre cómo publicar noticias de suicidios (353) (tabla 37).

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

Como puede verse en esta revisión, existe evidencia consistente sobre la relación entre el tratamiento inadecuado de la información sobre el suicidio y un incremento del mismo. En concreto, las noticias que idealizan o dramatizan los suicidios y las que implican a personas famosas se relacionan especialmente con conductas imitativas. Por ello es importante que los medios de comunicación se impliquen en la prevención del suicidio, publicando dicha información de forma responsable (353).

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

A partir de estos resultados, la OMS vuelve a recomendar a los medios de comunicación la publicación responsable de noticias sobre conductas suicidas, evitando normalizar el suicidio y la utilización de lenguaje sensacionalista y de imágenes y descripciones del método empleado. También vuelve a hacer hincapié en la necesidad de incluir información sobre los recursos preventivos existentes y dónde pedir ayuda (353).

Opinión de expertos 4

En cuanto al propio contenido de la información, la repetición de noticias sobre un mismo suicidio, así como la referencia a los mitos que existen se asocian a un incremento del número de suicidios. Sin embargo se ha visto que la información sobre ideación suicida no asociada a suicidios y la que ofrece estrategias de afrontamiento en circunstancias adversas podrían tener un efecto preventivo (354).

Serie de casos 3

Se ha constatado la poca evidencia existente sobre el efecto de las recomendaciones elaboradas para los medios de comunicación sobre el modo de tratar la conducta suicida.

Tabla 37. Estudios incluidos en la revisión sistemática de la OMS sobre el efecto de la publicación de suicidios en los medios y el impacto de las guías

Autor; año (ref.)	Objetivo	Resultados
Stack; 2000 (356)	Examinar el impacto de la publicación de información de suicidios en los medios sobre la conducta suicida.	– Las noticias de suicidios de famosos aumentaron la probabilidad de un suicidio por contagio en un 14,3% – La probabilidad de asociación entre los suicidios ficticios fue 4,03 veces mayor que en el caso de noticias reales; aunque la aparición de noticias sobre suicidios en los periódicos también fue un predictor significativo de la conducta suicida – A mayor aparición de suicidios en los medios, mayor fue el efecto encontrado. No existe evidencia de diferencias por grupos de edad; aunque se incluyeron estudios con diferente metodología.
Pirkis y Blood; 2001 (357, 358)	Examinar el efecto de la publicación de noticias sobre suicidios.	– La aparición de noticias en los periódicos, televisión y libros se asoció a un incremento significativo de suicidios, en especial las noticias relacionadas con personajes públicos – Los grupos más vulnerables fueron los jóvenes y las personas de mediana edad – En cuanto a la aparición de suicidios no reales en el cine, música o televisión, su efecto no es concluyente.
Sudak y Sudak; 2005 (359)	Examinar el impacto de los medios sobre el suicidio.	– Se encontró un incremento del suicidio tras noticias que trataron el suicidio de forma incorrecta – Los suicidios que más influencia tuvieron en la conducta suicida de otros, fueron los llevados a cabo por famosos, políticos y mujeres – El impacto de las guías para medios no es concluyente.
Mann et al.; 2005 (332)	Revisar la evidencia existente en relación a las guías dirigidas a medios de comunicación.	– En dos estudios se relacionaron las recomendaciones realizadas en las guías para los medios con un descenso de las tasas de suicidios.
Pirkis et al.; 2006 (355)	Evaluar la relación entre el suicidio y los medios de comunicación.	– Existe una relación clara entre las noticias y un aumento del suicidio; aunque en el caso de los medios de ficción (p.ej. obras literarias o cinematográficas) la relación no es clara – Las guías existentes para los medios incluyen recomendaciones similares. Su implementación ha sido variable, aunque la forma más común ha sido su difusión mediante envío por correo a los medios – Se incluyeron dos estudios que evaluaron el efecto de las guías. Uno de ellos realizado en Suiza, encontró un aumento de la calidad de las noticias sobre suicidios, aunque no evaluó su impacto en las tasas de suicidios. El otro estudio, realizado en Austria, encontró un 70% de reducción en las tasas de suicidio en el metro y un 20% en las tasas globales de suicidio.

Ref: referencia.
Fuente: OMS (353)

Tras un aumento del número de suicidios en el metro de Viena (Austria), se llevó a cabo un estudio en esta ciudad consistente en la elaboración de guías para los medios de comunicación y de campañas de prevención. Se observó una disminución del 75% en el número de suicidios producidos en el metro y un 20% en la tasa global de suicidios (360). Un posterior estudio realizado también en Austria, observó nuevamente una reducción significativa de la tasa anual de suicidios, esta vez a nivel nacional y especialmente en las regiones donde los periódicos colaboraron de forma más activa. También se puso de manifiesto el impacto de las guías en la calidad de la información ofrecida (361).

Estudio cuasi-experimental 2+

Otro estudio, llevado a cabo en Hong Kong, realizó una comparación de las noticias publicadas antes y después de la implementación de una campaña destinada a los medios de comunicación y consistente en seminarios donde se presentó la guía basada en las recomendaciones de la OMS. Se observó que, tras la implementación de esta campaña preventiva, disminuyeron las tasas de suicidio y que se publicaron menos imágenes y titulares sobre suicidios en los medios escritos; aunque este hecho se atribuyó a cambios producidos en el formato de los periodicos tras la campaña (362).

Estudio cuasi-experimental 2+

Por último, resaltar que para el desarrollo e implementación de este tipo de guías se necesita una estrecha colaboración entre los profesionales sanitarios y los medios de comunicación. Así, en un estudio cualitativo mediante entrevistas realizadas a 15 periodistas de Nueva Zelanda se puso de manifiesto el reconocimiento de la necesidad de su implicación de cara a la promoción de la salud pública y su gran empatía hacia las víctimas y sus familiares; aunque una de las principales barreras para la adopción de las recomendaciones de las guías fue el escepticismo hacia el efecto imitativo de la conducta suicida provocado por la cobertura periodística. Es importante destacar que los profesionales están inmersos en una cultura profesional y de organización, por lo que cualquier intento de poner en práctica guías o recomendaciones deberán tenerlos en cuenta (363).

Estudio cualitativo Q

8.4.2. Internet

Aunque la influencia de Internet sobre la conducta suicida ha sido menos investigada que otros medios de comunicación más tradicionales, presenta la misma ambivalencia en relación con la conducta suicida que otros medios; por un lado facilita un contexto de información y de interacción social que podría tener consecuencias negativas para la conducta suicida; aunque también podría ser un buen medio para la prevención.

Durkee et al. (364) publicaron recientemente una revisión sistemática con el objetivo de analizar la relación entre Internet y el suicidio. Se centró en el uso patológico de Internet, páginas web pro-suicidio, pactos de suicidio y prevención del mismo.

El uso patológico de Internet se ha asociado con la presencia de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y conducta antisocial y en algunos estudios con la presencia de ideación y conducta suicidas (364).

RS de distintos tipos de estudios 2+

Páginas web pro-suicidio

Estudios realizados introduciendo palabras clave relacionadas con el suicidio en los motores de búsqueda más frecuentes (Google, Yahoo, MSN, ASK…) han puesto de manifiesto la gran cantidad de información disponible sobre métodos y formas de suicidio (364). En uno de ellos se encontró que el 30% del contenido de las páginas web más visitadas estaba relacionado con información sobre métodos de suicidio, mientras que sólo un 25% trataba de aspectos preventivos (365). En otro estudio se encontró que de 373 páginas con contenido relacionado con el suicidio, el 11% podría clasificarse como contenido pro-suicida, el 30% como neutro y el 29% como anti-suicida (366).

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

Es importante destacar que la información sobre el suicidio en la red ha aumentado progresivamente en los últimos años y que las personas jóvenes son las más vulnerables. En este sentido, en un estudio realizado en 2009 se comprobó que el volumen de información sobre suicidios en la red se correlacionaba de forma inversa cuando no se tiene en cuenta la edad, es decir, a mayor cantidad de información en Internet, menor número de suicidios. Sin embargo cuando se analizaba el grupo de edad de 15 a 25 años, dicha relación era directa: a más información, mayor tasa de suicidios. Este estudio pone de manifiesto cómo los adolescentes y adultos jóvenes pueden utilizar la información de una forma autodestructiva (367).

Serie de casos 3

Las redes sociales y los foros suponen también una importante fuente de información y de relaciones sociales en Internet y se ha estimado que son utilizados por el 70% de los jóvenes, llegando incluso a tener alguna de las más utilizadas, hasta 500 millones de usuarios en todo el mundo (368).

Serie de casos 3

En un estudio reciente, con entrevistas realizadas a 719 jóvenes de 14 a 24 años, se constató que; aunque la información sobre el suicidio provenía en el 79% de los casos de fuentes tradicionales (familia, amigos o periódicos), las fuentes informáticas fueron también muy frecuentes (59%). En concreto, las redes sociales fueron citadas como fuente en el 24% de los casos; aunque su uso no se asoció a un incremento de la ideación suicida. Sin embargo, la discusión en foros sobre suicidio, además de ser una fuente de información relativamente frecuente (15%), sí que se asoció a un incremento significativo (368).

Serie de casos 3

Por último, estudios realizados con entrevistas a usuarios de foros sobre suicidio pusieron de manifiesto que son percibidos como un medio que ofrece empatía, retroalimentación y apoyo a problemas psicológicos y sociales (364).

Pactos de suicidio

Un pacto de suicidio es una decisión entre dos o más personas que se ponen de acuerdo para llevarlo a cabo en un lugar y momento determinado. Los pactos de suicidio en Internet suelen producirse en los chats y existen ejemplos en países como Japón, Reino Unido, Noruega y Corea del Sur (364).

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

Aunque los pactos de suicidio son los fenómenos más frecuentes, también existen variantes, como los suicidios narrados *online* y la simulación del propio suicidio en la red (369).

Opinión de expertos 4

Prevención del suicidio a través de Internet

Internet podría ser una buena herramienta para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Algunas de las ventajas que presenta son (364):

RS de distintos tipos de estudios 3

- Facilita la interacción social
- Fácil acceso y rápida diseminación de la información
- Ofrece información sobre aspectos relacionados con la salud, por lo que podría ser una buena plataforma para la educación
- Proporciona apoyo mediante el uso adecuado de redes sociales y chats.

Aunque existe poca literatura al respecto, los resultados obtenidos en los estudios realizados hasta la fecha son prometedores.

Dentro de ellos, un estudio realizado con estudiantes universitarios que habían participado en un cribado de depresión y de riesgo suicida *online*, y posterior entrevista personal, comparó los que mantuvieron contacto *online* con el terapeuta con los que no lo hicieron. Se encontró que los estudiantes que mantuvieron contacto con el terapeuta a través de Internet tuvieron mayor probabilidad de entrar en tratamiento que los que realizaron la entrevista personal, posiblemente debido a que estos contactos *online* ofrecen un contexto de privacidad y de fácil acceso, que permiten mantener un *feedback* y motivar a aquellos estudiantes con riesgo de suicidio para recibir ayuda (370).

Serie de casos 3

En otro estudio se analizó la proporción de contactos relacionados con el suicidio en una línea telefónica de ayuda, en un chat (con respuesta en tiempo real) y en un grupo de autoayuda *online* asincrónico (la respuesta no se produce en tiempo real). Las amenazas de suicidio fueron más frecuentes en el grupo de ayuda *online*, que en la línea telefónica y el chat. Los resultados sugieren que los grupos favorecen la comunicación de sentimientos en comparación con un chat individual donde la respuesta es inmediata (371).

Serie de casos 3

Opinión de expertos 4

Al igual que en el caso de otros medios de comunicación, cualquier medida para intentar regular el contenido de la información sobre suicidios en Internet deberá buscar un equilibrio entre la libertad de expresión y la protección de la salud pública. Algunas medidas que han sido propuestas son (365):

- El uso de *programas de filtrado* por parte de los familiares para impedir el acceso a determinados foros o blogs
- Intentar que las páginas con información útil para los pacientes (encaminada a la prevención o a ofrecer apoyo), aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con palabras clave
- Regularizar el control de los contenidos de Internet (mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores).

Algunos países ya realizan un control activo de esta información, como es el caso de Reino Unido con la *Internet Watch Foundation*. Australia en el 2006 ha ilegalizado el uso de Internet para promover la idea o detalles de cómo llevar a cabo un suicidio y en Japón y Corea se ejerce un control activo por parte de los servicios proveedores (365).

Un ejemplo de estas medidas es la llevada a cabo por Google, que desde el año 2010 ha incorporado una funcionalidad que consiste en proporcionar información sobre recursos de ayuda sobre el suicidio. Esta medida se ha llevado a cabo en diferentes países, entre ellos España, de manera que al teclear la palabra suicidio aparece información del Teléfono de la esperanza.

8.5. Programas formativos de prevención de la conducta suicida

8.5.1. Profesionales sanitarios

La OMS recomienda, ya desde 1969, la formación sobre prevención del suicidio en las facultades de medicina con el fin de que los alumnos adquieran conocimientos sobre la ideación y la conducta suicidas (317). Posteriormente, la guía elaborada por el NICE en 2004 (53) recomienda que todo el personal, sanitario y no sanitario, con posibilidad de estar en contacto con personas con conducta suicida tenga un entrenamiento apropiado para tratar y entender a este tipo de pacientes. La actualización en 2011 de esta guía (372) dedica un capítulo a la formación del profesional sanitario de atención primaria, salud mental, urgencias y de otros profesionales del campo de la salud. Así mismo, la guía de la EPA (*European Psychiatric Association*) de tratamiento y prevención del suicidio, también del 2011 (373), dedica asimismo un apartado a la mejora de las habilidades del personal médico.

Programas formativos de carácter general

El programa STORM (*Skills-based Training On Risk Management*) de prevención del suicidio está dirigido a médicos generales, a especialistas en salud mental y al resto de profesionales sanitarios (164, 372, 374). Este programa evaluó sus resultados analizando las tasas de suicidio en las zonas donde se realizó el estudio, sin observar una disminución de las mismas, aunque encontró mejoras significativas en la actitud y confianza de los profesionales (164, 374).

RS de estudios 2+, 3

Estudio cuasi-experimental 2+

Un posterior estudio (375) sobre la implementación de este programa, al igual que en estudios anteriores, encontró cambios significativos en la actitud y confianza. La difusión y la adopción de medidas comenzaron ya en el momento de la organización del programa, con dotación de recursos y formación de formadores. Los puntos clave de la implementación fueron la presencia de un líder de apoyo, favorecer la demanda a los mismos y el soporte financiero.

Estudio cuasi-experimental 2+

Por su parte, la guía del NICE (372) recomienda la formación de aquellos profesionales del campo de la salud y de la asistencia social que trabajan con personas en riesgo de suicidio. Esta formación debería incluir la evaluación, el tratamiento y el manejo de la conducta suicida y sensibilización sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia con estas personas. Además, realiza una serie de recomendaciones:

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

- La formación debería estar orientada específicamente a mejorar la calidad de la atención a las personas en riesgo de suicidio
- Se debería involucrar a las personas en riesgo de suicidio en la planificación y ejecución de la formación
- Los programas de formación deberían usar como medida de resultado la información sobre la atención percibida por los pacientes
- Se debería considerar el impacto emocional del suicidio en el profesional y su capacidad para ejercer de manera competente y empática.

A su vez, la guía de la EPA (373) considera que la formación de los médicos y de otros trabajadores de salud por parte de psiquiatras es un método eficaz en la prevención del suicidio. Al igual que en estudios anteriores, los participantes en los cursos de formación (médicos de atención primaria, salud mental y urgencias) presentaban un aumento de conocimientos, mejoraron la detección y el tratamiento de la depresión y presentaron cambios positivos en las actitudes, disminuyendo tabúes y estigmas sobre el suicidio. Los autores consideran necesaria una educación continua del personal sanitario que está en contacto con personas con conducta suicida, ya que la formación contribuirá a mejorar las estrategias de prevención y tratamiento.

RS de distintos tipos de estudios 3

Por último, un programa basado en la formación de formadores (376) evaluó la capacidad de las personas asistentes a cursos a la hora de aplicar las medidas y actividades en sus centros de trabajo y mantenerlas en el tiempo. El estudio analizó también los obstáculos de la aplicación de las medidas preventivas en sus respectivos centros. El programa se dirigió al personal sanitario en general y fue evaluado a los 5 años mediante entrevista telefónica. Los resultados mostraron una actitud favorable al programa, tras el cual fueron capaces de realizar una serie de actividades preventivas a corto plazo, desarrollarlas y mantenerlas a largo plazo en sus centros de trabajo, siendo muy importante el apoyo y el compromiso de sus centros.

Estudio cuasi-experimental 2+

Programas formativos en el ámbito de la atención primaria

Como ya se ha comentado anteriormente, la mayoría de los médicos han tenido contacto en algún momento de su actividad profesional con un paciente en riesgo de suicidio y, de hecho, el 75% de las personas que han intentado suicidarse han contactado con su médico de atención primaria el año anterior al suceso. Ello hace necesario que estos profesionales tengan una adecuada formación sobre la evaluación y el manejo de la ideación y la conducta suicida (377).

En cuanto a la formación clínica, los estudios indican que la mayoría de los profesionales no tienen suficiente capacitación para proporcionar una adecuada evaluación y tratamiento de pacientes con conducta suicida ni criterios claros de cuando derivar a la atención especializada (378). Datos de una encuesta realizada a 1100 responsables de programas de formación en medicina de familia, medicina interna y pediatría, mostraron deficiencias en la formación de estos colectivos en el manejo de depresión y conducta suicida (379), a pesar de que para la OMS, los profesionales de atención primaria deben estar disponibles, accesibles, informados y comprometidos en proporcionar atención a personas en riesgo de suicidio (190). Por tanto, la formación de médicos de atención primaria representa una de las estrategias de prevención del suicidio más importantes (329, 332), debido a su prolongado y estrecho contacto con la comunidad y a ser el vínculo entre ella y el sistema sanitario especializado (190).

Todos los programas revisados sobre formación del personal de atención primaria en prevención de conducta suicida tienen en cuenta la formación del médico en la mejora de la capacidad de detección y tratamiento de la depresión (38, 380-384).

En la tabla siguiente (tabla 38) se resumen las características de los programas.

La duración de los programas y sus formatos son variados, yendo desde las 3-4 horas (372, 380) a los dos días de forma presencial (382), o mixto con formación *online* de 35 horas y presencial de ocho (381). Todos ellos abordan la formación mediante conferencias y *role-playing* o análisis de casos, siendo los resultados obtenidos distintos debido a la disparidad de sus metodologías.

Estudio caso-control 2+

Estudio cuasi-experimental 2+

Tabla 38. Programas de formación en atención primaria

Autor, año, país, ref y NE	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación
Rutz W. 1996, Gotland (Suecia) (384) Estudio caso-control, NE 2+	Dos partes durante 2 años, cada parte se presentó dos veces durante dos días. Programa: conferencias, discusión de casos y sesiones grupales sobre depresión 1ª parte: clasificación, etiología, tratamiento, casos clínicos y videos 2ª parte: trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, suicidio, factores psicosociales, psicoterapia y aspectos de los pacientes y su familia.	A corto y largo plazo: – Prescripción de antidepresivos y ansiolíticos – Tasa de suicidios a los 2,5 y 9,5 años.
Hegerl, Alemania (337, 338) Estudio pre-post, NE 2+	12 sesiones en 2 años sobre diagnóstico, tratamiento y tendencias suicidas. Sesiones de 4 horas con 15 participantes máximo. 2 videos de 20 minutos uno para médicos y otro para pacientes y familiares.	– Tasa de intentos de suicidio y suicidios consumados. – Al finalizar el programa y al año.
Zonda et al, 2006, Hungría, (383) Estudio caso-control, NE 2+	Dos días 1erdía: conferencias y casos clínicos. 2º día: centrado en depresión.	A corto y largo plazo: ingresos hospitalarios de pacientes con trastorno de pánico o depresión, tasas de suicidio y prescripción de antidepresivos.
Roskar et al, 2010, Eslovenia, (380) Estudio pre-post, NE 2+	4 horas: dos de formación teórica y dos de *role-playing*. Basado en el estudio de Gotland.	A corto y a largo plazo: prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, tasa de suicidio a los 3 años.
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2010, España, (381) Opinión de expertos, NE 4	Componente *online* (un mes, 35 horas) y jornada presencial de 8 horas.	---
Taliaferro et al, 2011, EEUU, (382) Opinión de expertos, NE 4	Cursos interactivos con *role-playing*, expresión de sentimientos, orientación de recursos y derivación a especialistas.	---
NICE, 2011, Gran Bretaña (372) GPC (RS), NE 2+, 3	4 estudios: sesión de 3 horas, con presentación oral y discusión en grupo.	---

Ref: referencia, NE: nivel de evidencia; GPC: Guía Práctica Clínica; RS: revisión sistemática; NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*.
Fuente: elaboración propia.

En el caso del programa de Nuremberg, también se observó una disminución de las tasas de suicidio al finalizar la implementación y un año más tarde, aunque al tratarse de un programa multinivel con varias líneas de intervención, los resultados no pueden atribuirse solo a la formación de los profesionales de primaria (337, 338). En cuanto

a las variables de resultado no relacionadas directamente con el suicidio, los resultados más importantes muestran una mejoría significativa en la actitud y la confianza, con una valoración positiva de los profesionales sobre la adquisición de conocimientos sobre evaluación y la gestión de la crisis (372, 373, 380, 382, 383).

Los autores de los diferentes estudios coinciden en la necesidad de realizar este tipo de formación (380, 381, 383, 384) y que los programas deberían incluir información sobre epidemiología, factores de riesgo y protección y aquellas señales de advertencia que más frecuentemente aparecen en las personas con ideación y conducta suicida (382).

Programas formativos para profesionales de salud mental

La OMS recomienda desde 1969 que los profesionales de salud mental, como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especialistas en salud mental y trabajadores sociales, reciban formación específica sobre el suicidio, haciendo especial hincapié en la evaluación del riesgo de suicidio justo antes del alta médica (317).

Una revisión sistemática (385) sobre programas de formación para profesionales de la salud, especialmente de salud mental, recoge 12 programas realizados en EE.UU. que se resumen en la tabla 39.

Tabla 39. Programas de formación en salud mental

Programa	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación	Resultados
The Air Force Managing Suicidal Behavior Project (U.S. Air Force Suicide Prevention Program: http://afspp.afms.mil)	- Conferencias - 12 horas.	Pre-post a los 6 meses.	Mejoras post-formación en algunos aspectos como la confianza. Los resultados no son concluyentes sobre el impacto en la capacitación.
Assessing and Managing Suicide Risk (AMSR; SPRC: http://www.sprc.org/traininginstitute/index.asp)	- Conferencias, grupo de discusión general - 7 horas.	---	---
Certification in the Chronological Assessment of Suicide Events (CASE; Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing: http://www.suicideassessment.com/)	- Conferencias, discusión en grupos pequeños y discusión general, videos y *role-playing* - 6 horas.	---	---
Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS; Catholic University: http://psychology.cua.edu/faculty/jobes.cfm)	- Conferencias - 6 horas.	---	---

Question, Persuade, refer, and Treat (QPRT; QPR Institute: http://www.qprinstitute.com)	- Conferencias - 8 horas.	Pre-post inmediatamente en gatekeeper.	Incremento significativo de conocimientos post test.
Recognizing and Responding to Suicide Risk (RRSR; American Association of Suicidology: http://www.suicidology.org)	- Conferencias, discusión en grupos pequeños y discusión general, escribir sobre un caso y *role-playing* - 15 horas.	Pre-post inmediatamente en gatekeeper.	Incremento en cribado y detección.
Risk Assessment Workshop (Department of Psychology, University of California San Francisco (UCSF): http://psych.ucsf.edu/faculty.aspx?id=296)	- Conferencias y escribir sobre un caso - 5 horas.	Pre-post inmediatamente en profesionales salud mental.	Mejoras en la confianza y la habilidad en comparación con el grupo de comparación.
Skills-Based Training on Risk Management (STORM; The Storm Project, University of Manchester, UK: http://www.medicine.manchester.ac.uk/storm/)	- Discusión en grupos pequeños, *role-playing* y videos - 6 horas.	Pre-post a los 4 meses en profesionales y pre-post inmediatamente, 2 meses y 6 meses en gatekeeper.	Mejoras en los conocimientos, actitudes y confianza, sin cambios en habilidades.
Suicide: Understanding and Treating the Self-Destructive Processes (Glendon Association: http://www.glendon.org/)	- Discusión en grupos pequeños y *role-playing* - 6 horas.	Pre-post a los 2 meses en profesionales de salud mental.	Mejora de la confianza.
Suicide Assessment Workshop (Queen Elizabeth Psychiatric Hospital, Birmingham, UK: http://www.uhb.nhs.uk)	- Conferencias y videos - 5 horas.	---	---
Suicide Care: Aiding Life Alliances (LivingWorks, Inc: http://www.livingworks.net/)	- Pequeños grupos de discusión y discusión general - 8 horas.	Pre-post a los 2 meses en gatekeeper.	Presentan mayor confianza y mejoras en las habilidades.
Unlocking Suicidal Secrets: New Thoughts on Old Problems in Suicide Prevention (Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing: http://www.suicideassessment.com/)	- Discusión en grupos pequeños, discusión general, conferencias y videos - 6 horas.	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Pisani et al. (385)

Los programas duraron una media de 7,5 horas (entre 5 y 15), siendo el formato más frecuente las conferencias y discusiones de grupo. RS de estudios +2

De los doce, sólo en siete se llevó a cabo un estudio de evaluación de sus resultados, y la mayoría examinaron el efecto de la formación en los conocimientos, habilidades o actitudes de los participantes, sin contemplar ninguna variable de resultado relacionada con la conducta suicida (385).

Los resultados encontrados mostraron que los talleres de formación son un medio eficaz para transmitir conocimientos, mejorar la confianza y promover el cambio de actitudes. Sólo dos programas presentaron mejoras en las habilidades (*Risk Assessment Workshop y Suicide Care: Aiding Life Alliances*). Los autores de la revisión concluyen que existen programas formativos válidos para los profesionales de Salud Mental, y que el gran número de profesionales que participan cada año en estos talleres hace ver la importancia de la formación como estrategia de prevención del suicidio (385).

Programas formativos en los servicios de urgencias

Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar una valoración inicial de aquellos pacientes que solicitan atención sanitaria y de priorizarlos según su gravedad, lo que incluye también a los pacientes en riesgo de suicidio. Esta valoración inicial hace necesario que el personal de urgencias disponga de unos conocimientos adecuados sobre cómo abordar la conducta suicida, ya que se ha visto que la formación tanto en la evaluación como en el manejo, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención en estos pacientes (372).

En el capítulo 6 sobre evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias se enumeran las recomendaciones sobre los puntos que se deben abordar en la formación del médico de urgencias.

Los programas formativos pretenden mejorar los conceptos generales, los factores de riesgo y protectores, y desarrollar las competencias necesarias para realizar las entrevistas clínicas y la evaluación psicopatológica (164, 372, 374, 375, 386-388). Las características de los programas encontrados en la literatura son variados: se desarrollan en 2-3 horas (386, 388) o en 4 días alternos o continuos (164, 374, 375), van dirigidos a médicos internos residentes (386), a personal de urgencias en general (375, 387, 388), únicamente a médicos de urgencias (381) o a varios profesionales a la vez (164, 374, 375), y se enfocan a distintos grupos de pacientes, como a niños y adolescentes (386), personas con intento de suicidio por tóxicos (387) o pacientes con conducta suicida en general (388).

Estudio cuasi-experimental 2+

Serie de casos 3

La guía del NICE (372) resalta, además, que la formación contribuye a disminuir los sentimientos de ansiedad e impotencia entre los profesionales que atienden personas con conducta suicida. Las conclusiones de los autores coinciden en la necesidad de implementar este tipo de programas en los servicios de urgencias, mostrándose en la tabla 40 sus características más importantes.

RS de distintos tipos de estudios 2+,

Todos los programas revisados muestran como resultado un aumento de conocimientos y de autoeficacia en el manejo de los intentos de suicidio y de la conducta violenta (372, 373, 375, 386-388).

Tabla 40. Programas de formación en los servicios de urgencias

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Cailhol et al, 2007, Suiza, (387) Serie de casos, NE 3	– Formación centrada en la contención y detección de conductas violentas – Charlas, reuniones frecuentes del personal, protocolos, informes después de la intervención y presencia del médico en todas las intervenciones de seguridad.	Médicos, enfermeras y personal de seguridad.	Evaluación antes y 5 meses después de la puesta en marcha del programa.
Shim et al 2010, EEUU, (388) Serie de casos, NE 3	– Dos horas de conferencias didácticas (definiciones, factores de riesgo y protección…) – 1 hora de debate abierto.	Profesionales de urgencias.	Evaluación a corto plazo, antes y después de la formación.
Horwitz et al 2011, EEUU, (386) Serie de casos, NE 3	– 5 módulos de 30 minutos: 1. prevalencia y factores de riesgo, 2. diagnósticos relacionados con la conducta suicida, 3. desarrollo de competencias en entrevistas y evaluaciones psiquiátricas, 4. formación de cómo realizar un examen mental y de cómo se recoge la información 5. familiarizar al médico con una nueva vía de atención.	Médicos internos residentes.	Evaluación a corto plazo. Se realizan test de conocimiento al final del programa.
NICE 2011, (372) GPC (RS), NE 2+, 3	– 4 estudios incluidos.	Distintos grupos de profesionales.	---

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; RS: revisión sistemática; NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*.
Fuente: elaboración propia.

Otros programas formativos

Se han localizado programas específicos para personal que realiza su trabajo en plantas de hospitalización, como el de enfermería (389-391) o los médicos internos residentes (392):

– Personal de enfermería: la formación impartida se realiza a base de discusiones de casos, *role-playing* y conferencias, ya sea de forma presencial (389-391) u *online* (390). Los resultados de estos programas mostraron una mejoría en la competencia y actitudes de los participantes hacia la identificación y tratamiento de pacientes con conducta suicida (389-391). Estudio cuasi-experimental 2+

– Médicos internos residentes: el programa consiste en 2 horas de entrenamiento, viéndose que las habilidades de manejo son mejores inmediatamente después de la realización del curso; aunque no permanecen a los 6 meses. Sin embargo, los cambios que se produjeron en la actitud y la confianza se mantuvieron en el tiempo (392).

Serie de casos 3

Programas formativos en España

El documento Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España (342), realizado por un amplio grupo de expertos nacionales, recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos para la puesta en marcha de futuras iniciativas educativas en profesionales de la salud:

Opinión de expertos 4

- Necesidad de conocer las necesidades del área dónde se va a implementar el programa
- Promover y mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida
- Facilitar herramientas de ayuda diagnóstica que faciliten dicha detección
- Mejorar la capacidad de detección (diagnóstica) y de manejo terapéutico de los trastornos del humor
- Posibilidad de facilitar mejora en la capacidad diagnóstica y de manejo terapéutico de otras patologías (o grupos poblacionales) que se asocien de modo muy prevalente a la realización de comportamientos suicidas en el área de aplicación del programa
- Tener presentes las diferencias de sexo a la hora de implementar los programas educativos
- Fomentar la colaboración con asistencia especializada y facilitar una adecuada derivación a dicho nivel en pacientes de riesgo
- Necesidad de poner en marcha "sesiones de recuerdo" cada dos años.
- Mayor efectividad de los programas educativos multinivel (dirigidos también a población general y figuras clave o *gatekeeper*)
- Necesidad de evaluación interna y externa del programa.

Los programas clínicos de prevención de la conducta suicida llevados a cabo a nivel nacional también incluyen formación dirigida a los profesionales:

– Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (393, 394): el programa incluía un curso de formación para médicos y personal de enfermería de atención primaria. El objetivo era incrementar la capacidad de detección y manejo inicial en los médicos de atención primaria de pacientes en riesgo de suicidio, así como dar a conocer las alternativas de asistencia y los criterios de derivación hacia una unidad de salud mental.

– Programa de Prevención de la Conducta Suicida desarrollado en el distrito de la *Dreta de l'Eixample* de Barcelona (395, 396): dentro de sus objetivos específicos está la información, sensibilización y educación en la detección de población de riesgo, así como el manejo inicial y una apropiada derivación a especialistas. Este programa de información y educación va dirigido a profesionales sanitarios y a otros colectivos, como rehabilitadores, educadores, familiares y población general.

8.5.2. Profesionales no sanitarios

Profesionales de centros educativos y servicios sociales

La OMS recomienda la formación teórico-práctica de profesores, educadores y de los alumnos, para poder aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio y que les haga adquirir mayor número de habilidades y recursos tanto para la comprensión del suicidio, como para su prevención y capacidad de afrontamiento (321). Estos programas pueden ayudar a los profesores a identificar a los alumnos que estén en riesgo de suicidio y a los estudiantes para que sean conscientes de cómo pueden ayudar a sus compañeros con problemas (322). La formación debe estar dirigida a aumentar las habilidades de comunicación sobre cuestiones relativas al suicidio, mejorar la capacidad para identificar síntomas depresivos y conducta suicida y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles (321).

Opinión de expertos 4

Estos programas son extensivos a las denominadas figuras clave (*gatekeeper*) (329, 332, 377, 391). Dentro de los centros educativos, las figuras clave podrían ser los propios profesores y compañeros, los orientadores psicopedagógicos, los monitores de actividades extraescolares, u otros miembros del personal del centro.

Los programas formativos existentes presentaron variabilidad respecto al número de horas de formación, y van desde 32-36 horas hasta 5 días (397), siendo lo habitual, dos días (397, 398).

RS de estudios 2+

Estudio cuasi-experimental 2+

Algunos autores proponen para una buena implementación de los programas en los centros educativos (399):

Opinión de expertos 4

- Estar apoyados por la dirección del centro
- Ofrecerse al inicio del curso
- Ser breves
- Estar destinados a todo el personal de la institución escolar.

En la tabla 41 se resumen las características de los programas de formación sobre suicidio en centros educativos.

Estos programas, desarrollados en escuelas, universidades o centros de menores, lograron mejoras significativas en la confianza, percepción de habilidades y en un mayor conocimiento de la conducta suicida (397-403), que se mantuvieron en el tiempo durante

3-6 meses (397, 398, 402, 403) e incluso 18 meses, si bien son necesarias sesiones de refuerzo de la formación inicial a lo largo del tiempo (400). Los resultados mostraron que la oferta de formación específicamente diseñada puede ayudar al personal/alumnos de la escuela (397-403) o de centros de menores (400) a sentirse mejor preparados para apoyar a jóvenes en riesgo de conducta suicida.

No existen datos sobre la influencia de este tipo de actividades formativas en las tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados y además, el tiempo de evaluación de estos estudios es muy corto (3-6 meses).

Tabla 41. Programas de formación en centros educativos

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Gibbons et al , 2008, EE.UU., (399) Opinión de expertos, NE 4	– Conocimientos sobre suicidio, mitos, comportamientos, actitudes, role-playing y casos prácticos.	Personal de centros escolares.	Evaluación antes e inmediatamente después de la formación.
Robinson et al 2008, Australia, (398) Estudio pre-post, NE 2+	Dos días: – 1er: conocimientos, actitudes, evaluación, planificación y manejo del riesgo – 2º: información sobre trastornos mentales, terapias, políticas y procedimientos.	Personal de centros escolares.	Evaluación antes, después y a los 6 meses de la formación mediante test de habilidades, conocimientos y actitudes.
Keller at al, 2009, EE.UU., (400) Estudio pre-post, NE 2+	Dos horas: – reconocimiento de señales, cómo ofrecer esperanza y cómo y dónde obtener ayuda.	Todas aquellas personas que traten con niños (educadores, protección infantil, justicia de menores, salud…).	Evaluación antes, inmediatamente después de la formación y a los 6 y 18 meses.
Tompkins et al, 2009, EE.UU., (403) RS, NE 2+ Programa QPR (Question, persuade, and Refer)	Dos horas: – prevalencia del suicidio en jóvenes, factores de riesgo de depresión y suicidio e intervenciones que se deben realizar.	Personal de escuelas secundarias.	Antes y después de la intervención y a los tres meses.
Thompson et al, 2010, EE.UU., (401) Estudio pre-post, NE 2+	– Alumnos: manual sobre bienestar, autoevaluación, habilidades de afrontamiento y recursos de contacto y tratamiento – Profesores: reunión anual, 30 minutos sobre factores de riesgo, como detectarlos y como responder.	Estudiantes universitarios y sus profesores.	Antes y después de la entrega del manual, se analiza la tasa de respuesta de la encuesta y niveles de depresión.
Indelicato et al, 2011, EE.UU., (402) Estudio pre-post, NE 2+ Programa QPR (Question, persuade, and Refer)	Dos horas: – reconocimiento de señales de advertencia, cómo ofrecer esperanza y cómo y dónde obtener ayuda.	Dirigido tanto a estudiantes universitarios, como a profesores y empleados.	Antes de la intervención y al mes y tres meses.

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia, RS: revisión sistemática
Fuente: elaboración propia.

Otros profesionales (centros penitenciarios, policías, bomberos y voluntarios comunitarios)

Trabajadores de centros penitenciarios

Uno de los componentes más importantes dentro de un programa de prevención de suicidio en los centros penitenciarios es contar con personal bien capacitado a través de formación específica, que para la OMS debería contemplar los siguientes aspectos (323):

Opinión de expertos 4

- Factores de riesgo, señales, síntomas de advertencia y períodos de mayor riesgo
- Conocimiento de las situaciones que favorecen la conducta suicida en un centro penitenciario
- Actitudes del personal acerca del suicidio y políticas de prevención del centro.

Policías, bomberos

La OMS publicó en 2009 un documento titulado "Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea", debido a que estos grupos pueden ser los primeros mediadores en conflictos con personas que presentan problemas de salud mental, emocionales, abuso de sustancias y/o conducta suicida. Es necesario, por tanto, desarrollar la capacitación de estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de crisis (325).

Opinión de expertos 4

Las instituciones deben garantizar que estos profesionales estén capacitados para reconocer señales y síntomas de trastornos mentales, así como identificar riesgos de suicidio y entender la legislación local en salud mental. Además, esta capacitación debería realizarse mediante situaciones de la vida real en grupos de discusión dirigidos por un profesional de salud mental. Estos grupos se reunirían regularmente y discutirían situaciones de la vida real y realizarían *role-playing* donde los participantes pondrían en práctica diferentes formas de comunicación dependiendo de la naturaleza de la crisis (325).

Voluntarios comunitarios

Uno de los colectivos más importantes en la prevención del suicidio son los trabajadores o voluntarios en servicios a la comunidad. Los programas de sensibilización del suicidio para estos grupos suelen tener entre 60 y 90 minutos de duración y muestran una mejoría en los conocimientos y la predicción de situaciones de riesgo suicida. Se ha visto, además, que los voluntarios son capaces de desempeñar un papel eficaz en la búsqueda de ayuda de profesionales (404-407).

Estudio cuasi-experimental 2+

Las características de los programas anteriormente mencionados se pueden ver en la tabla 42.

Tabla 42. Programas de formación sobre prevención de conducta suicida en otros profesionales

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Matthieu et al, 2008, EEUU, (405) Estudio cuasi-experimental NE 2+	60 minutos – Conferencias en grupos de 70 personas con role-playing entre 5-7 minutos.	Personal no sanitario de cuidadores de centros de "veteranos".	Pre y post formación mediante test autoaplicados, valoración de conocimientos.
Tsai et al, 2010, Taiwán, (404) Estudio cuasi-experiemntal, NE 2+	90 minutos – Sensibilización del suicidio y depresión.	76 voluntarios comunitarios.	---
Lu et al, 2011, Taiwán, (406) Estudio cuasi-experimental, NE 2+	80 horas – Educación didáctica, incluyendo asesoría telefónica, visitas a hogares e intervención en crisis.	15 voluntarios con un año de experiencia y 15 voluntarios noveles de centros sociales.	A los 3 meses.
Fountoulakis et al, 2011 (407) RS, NE 2+	---	Inclusión de 14 programas.	---

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; RS: revisión sistemática
Fuente: elaboración propia.

Resumen de la evidencia

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional	
4	El proyecto SUPRE es una iniciativa de la OMS (319) con el objetivo de reducir la progresiva mortalidad debida al suicidio. Para ello elaboró una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención del suicidio (profesionales de atención primaria (15, 74), medios de comunicación (320), docentes (321, 322), funcionarios de prisiones (323), trabajadores (324), supervivientes de un suicidio (326), bomberos, policías y socorristas (325); no se han encontrado datos de efectividad de esta iniciativa.
2+	La OMS realizó una serie de recomendaciones sobre las intervenciones preventivas del suicidio (327): – Deben partir desde la salud pública con participación del gobierno – Deben incluir programas específicos para grupos de riesgo – Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar grupos de riesgo, por lo que la formación debe centrarse en factores de riesgo y protección – Es necesario implementar políticas de evaluación de los programas – Los medios de comunicación deben estar implicados en la prevención del suicidio.

2+	Posteriormente, diferentes revisiones sistemáticas de prevención del suicidio destacan las siguientes recomendaciones (139, 318, 329, 332-334): – Limitación del acceso a medios letales – Mejora en el acceso a los servicios sanitarios y proporción de apoyo a personas en riesgo de suicidio – Identificación, tratamiento y seguimiento adecuados de personas con depresión y otros trastornos mentales – Desarrollo de intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas – Mejora de la formación del personal sanitario. – Eliminación de tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio, tanto en personal sanitario como en la población general – Implicación de los medios de comunicación y centros educativos en la prevención de la conducta suicida.
2+	Mann et al. (332) propusieron un modelo de prevención basado en las intervenciones que han demostrado efectividad en pacientes con trastornos mentales y otros factores de riesgo (formación y concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación).
2+	A nivel europeo, el programa multinivel de Nuremberg (Nuremberg Alliance Against Depression), llevado a cabo durante dos años y con 4 líneas de intervención (formación a médicos de atención primaria, sensibilización de los medios de comunicación y de la población general, entrenamiento de figuras clave e intervención en grupos de riesgo), obtuvo una reducción significativa de las tasas de intentos de suicidio y de suicidios consumados en relación a las tasas iniciales y a las de una región de referencia, y esta reducción se mantuvo al año del programa (337, 338).
4	En comparación con otros países europeos, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo. No existe un plan nacional de prevención específico y hasta ahora solo se han desarrollado iniciativas locales (342).
Potenciación de factores protectores y resiliencia	
2++ **2+** **3**	Los factores protectores del riesgo de suicidio se pueden clasificar en personales (habilidad en la solución de problemas, autoestima, flexibilidad cognitiva, hábitos de vida saludables, entre otros) (40, 63, 64, 343-345) y sociales/medioambientales (como contar con apoyo familiar y social, integración social, disponer de ayuda y recursos) (18, 19, 40, 43, 44, 63, 344).

3	Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son (346): – Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio. También cuenta con cierta evidencia la confianza en la capacidad de solución de problemas. – Creencias y actitudes: el alto nivel de autonomía es la variable que cuenta con mayor evidencia, y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.
1+	En el ámbito escolar, un programa basado en la potenciación de factores protectores a través de iguales (*peer leaders*) mejoró en los estudiantes la percepción de apoyo por parte de los adultos y consiguió mayor aceptación a pedir ayuda. También se encontró en los peer leaders un aumento significativo de la información en relación con el suicidio, conexión con los adultos e implicación escolar (349).
Q	En Australia se llevó a cabo un programa de prevención del suicidio de adolescentes aborígenes, basado en la potenciación de factores protectores y dirigido a profesionales, familias y los propios adolescentes (4 módulos de 10 semanas, 1 sesión semanal). Al final de su implementación se encontró un incremento significativo en los niveles de empoderamiento (empowerment), autoestima, resiliencia, habilidades de solución de problemas y bienestar (350).
3	Un programa de adaptación a la jubilación en el que se empleó terapia TCC grupal obtuvo una disminución de los niveles de depresión y de distrés psicológico. También se observó un aumento significativo de variables como esperanza, objetivos, serenidad, flexibilidad y actitud positiva frente a la jubilación, y la mejoría se mantuvo a los 6 meses (351).
3	La TIP (16 sesiones semanales) orientada a mejorar el funcionamiento social y las habilidades en personas mayores de 60 años con elevado riesgo de suicidio, obtuvo una reducción significativa en los niveles de síntomas depresivos, ideación suicida e ideas de muerte, en comparación con el nivel basal (352).
Restricción del acceso a medios letales	
2++	Existe evidencia sobre una disminución de la conducta suicida cuando se realiza una restricción del acceso a medios letales (acceso a sustancias tóxicas, armas de fuego…), aunque es necesario tener en cuenta que la restricción del tipo de método depende del país (139, 318, 329, 332, 334).
Medios de comunicación y suicidio	
Medios de comunicación	
2+ **3**	Existe evidencia consistente sobre la relación entre el tratamiento inadecuado de la información sobre el suicidio en los medios y un incremento del mismo. Las noticias que idealizan o dramatizan los suicidios y las que implican a personas famosas se relacionan especialmente con conductas imitativas. Sobre el efecto de las guías con recomendaciones para los medios, su evidencia no es concluyente (61).

4	La OMS publicó un documento en el que se ofrecen una serie de recomendaciones para los medios de comunicación sobre cómo enfocar las noticias sbre suicidios (62).
3	Distintos países (Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canadá, Reino Unido, Hong Kong y Sri Lanka, entre otros) han desarrollado recomendaciones para los medios de comunicación basadas en las directrices de la OMS. Las más importantes son (355): – No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista – Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias – Aportar información precisa, responsable y ética – Aprovechar la oportunidad para educar a la población – Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles – Tras un suicidio, tener siempre en cuenta a los familiares y allegados.
3	Otros aspectos que también se han relacionado con un aumento de la conducta suicida son la repetición de noticias sobre un mismo suicidio y la referencia a los mitos que existen sobre el mismo (354).
2+	En Austria, tras la implementación de medidas dirigidas a los medios de comunicación, se observó una reducción significativa de la tasa anual de suicidios a nivel nacional y especialmente en las regiones donde la prensa colaboró de forma más activa. También se puso de manifiesto una mejora en la calidad de la información ofrecida (361).
2+	En Hong Kong, tras la implementación de las recomendaciones de la OMS para los medios, se observó una disminución de las tasas de suicidio y se publicaron menos imágenes y titulares sobre suicidios (362).
Q	Los periodistas reconocen la necesidad de su implicación en la prevención del suicidio y su papel en la promoción de la salud. Una de las principales barreras para la adopción de las recomendaciones de las guías sobre el tratamiento de la información sobre el suicidio fue el escepticismo sobre el efecto contagio (363).
Internet	
2+	El uso patológico de Internet se ha asociado con la presencia de ideación y conducta suicidas (364).
2+	Se ha constatado que gran parte de la información de Internet sobre el suicidio podría clasificarse como contenido pro-suicidio y que los jóvenes son especialmente vulnerables a esta información (364-367).
3	En jóvenes de 14 a 24 años, se ha puesto de manifiesto que aunque la información sobre el suicidio provenía en la mayoría de los casos de fuentes tradicionales (familia, amigos o prensa), las redes sociales y foros fueron cada vez más frecuentes (368).

4	Los pactos de suicidio en Internet son un fenómeno que adquiere cada día mayor importancia. También se pueden encontrar en la red variantes de este fenómeno como los suicidios narrados *online* y la simulación del propio suicidio en la red (364).
4	Internet podría ser una buena herramienta para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Algunas de las ventajas que presenta son (364): – Facilita la interacción social – Presenta un fácil acceso y rápida diseminación de la información – Ha demostrado ser un buen medio para ofrecer información sobre aspectos relacionados con la salud, por lo que podría ser una buena plataforma para la educación – Puede proporcionar apoyo mediante el uso adecuado de redes sociales y chats.
3	Un estudio realizado con estudiantes universitarios que habían participado en un cribado de depresión y de riesgo suicida *online*, y posterior entrevista personal, comparó aquellos que mantuvieron contacto *online* con el terapeuta con los que no lo hicieron. Se encontró que los estudiantes que mantuvieron contacto con el terapeuta a través de Internet tuvieron mayor probabilidad de comenzar un tratamiento (370).
3	En otro estudio se analizó la proporción de contactos relacionados con el suicidio en una línea telefónica de ayuda, en un chat y en un grupo de autoayuda *online* asincrónico. Las amenazas de suicidio fueron más frecuentes en el grupo de ayuda *online*, que en la línea telefónica y el chat (371).
4	Algunas medidas que han sido propuestas para intentar regular el contenido de la información sobre suicidios en Internet son (365): – El uso de programas de filtrado por parte de los familiares para impedir el acceso a determinados foros o blogs – Intentar que las páginas con información útil para los pacientes (encaminada a la prevención o a ofrecer apoyo), aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con palabras clave – Regularizar el control de los contenidos de Internet (mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores).
Programas formativos de prevención de la conducta suicida	
En profesionales sanitarios	
3	Los programas de formación para la prevención del suicidio dirigidos a profesionales de la salud deben incluir aspectos relacionados con los factores de riesgo, la evaluación y el tratamiento y manejo de la conducta suicida, así como sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia (372, 373).

2+	Estos programas de formación se pueden realizar mediante conferencias, *role-playing* y discusión de casos (372, 380, 382, 383, 385, 389-392).
2+	Los programas formativos se relacionan con un aumento de la confianza de los profesionales sanitarios, mejora de sus actitudes y habilidades en la detección y manejo de la depresión, aunque no existe evidencia concluyente sobre su efecto en la conducta suicida (164, 372, 374-376).
2+	No se ha demostrado que los programas formativos dirigidos a profesionales de atención primaria disminuyan las tasas de suicidio, aunque mejoran los conocimientos adquiridos y provocan cambios en la actitud y en la confianza de los participantes en el programa que se mantienen durante 6 meses (372, 373, 380, 382, 383).
2+	Estudios sobre formación de profesionales de salud mental en la prevención de la conducta suicida muestran resultados positivos en la adquisición de conocimientos, cambios de actitud (373, 385) y en la habilidad para manejar estos pacientes, aunque su influencia sobre las tasas de suicidio no ha sido evaluada (385).
2+	Los programas de formación sobre prevención del suicidio en los servicios de urgencias aumentan los conocimientos de los profesionales y la percepción de autoeficacia frente al manejo del paciente con riesgo de suicidio (373, 375, 386-388).
2+	Los programas específicamente desarrollados para profesionales de enfermería y médicos internos residentes, muestran una mayor confianza, actitud y competencia en el manejo de pacientes con conducta suicida (389-392), aunque en el caso de los médicos internos residentes la mejora fue temporal, lo que plantea la necesidad de refuerzo de los programas de forma periódica (392).
4	Para la puesta en marcha de programas preventivo-educativos en profesionales de la salud, el documento "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España" (342) propone tener en cuenta los siguientes aspectos, entre otros: conocer las necesidades del área, mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida, facilitar herramientas de ayuda diagnóstica y realizar una evaluación interna y externa del programa.
2+	Para la implementación de un programa de formación sobre prevención de la conducta suicida es necesario (375): – Contar con un líder o coordinador de apoyo en la organización – Favorecer una mayor demanda de formación – Tener un adecuado soporte financiero para su desarrollo.
En profesionales no sanitarios	
2+	Los programas desarrollados para prevención de la conducta suicida en escuelas, universidades o centros de menores mejoran significativamente el nivel de confianza, la percepción de habilidades y el conocimiento sobre el suicidio y se mantienen a los 3-6 meses de su finalización (incluso a los 18 meses, con sesiones de refuerzo de la formación inicial) (398-403).

4	Para la puesta en marcha de un programa de prevención de la conductsuicida en un centro educativo es recomendable el apoyo del director del centro, ofrecerlo al inicio del curso, ser de corta duración y estar destinado a todo el personal de la institución (399).
4	En los centros penitenciarios, los programas de prevención del suicidio tienen como objetivo principal capacitar al personal para la identificación y manejo de reclusos con riesgo de suicidio (323).
4	Los programas de formación destinados a policías, bomberos y socorristas se pueden desarrollar mediante estudios de casos y situaciones reales y tratan de capacitar a estos profesionales en gestión de crisis (325).
2+	Los programas de formación y sensibilización sobre el suicidio para figuras clave (gatekeeper) o voluntariado se pueden realizar empleando material didáctico junto con visitas a domicilio y *role-playing*. Sus resultados muestran una mejoría en los conocimientos y la gestión de crisis, sobre todo en la búsqueda de ayuda de profesionales (404-406).

Recomendaciones

Programas generales de prevención de la conducta suicida	
C	Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante: – Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo – Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores – Educación a la población general y medios de comunicación – Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio – Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida – Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general – Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.
Potenciación de factores protectores y resiliencia	
✓	Se recomienda el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención del suicidio basados en la potenciación de factores protectores y factores asociados a la resiliencia.

Restricción del acceso a medios letales	
B	Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados en cada país: – Restricción de la venta de psicotrópicos – Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general. – Uso de antidepresivos de menor toxicidad – Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos – Menor toxicidad del gas de uso doméstico – Instalación de barreras en lugares elevados – Restricción sobre posesión y control de armas de fuego – Control de plaguicidas.
Medios de comunicación y suicidio	
D	Se recomienda que los medios de comunicación sigan las directrices de la OMS para la publicación de noticias sobre suicidios, entre las que destacan: – No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista – Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias – Aportar información precisa, responsable y ética – Aprovechar la oportunidad para educar a la población – Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles – Tras un suicidio, tener siempre en cuenta el impacto que la información pueda producir en los familiares y allegados.
✓	Se recomiendan acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.
D	Se recomienda la implantación de medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Entre estas medidas estarían: – Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave – Regularizar el control de los contenidos de Internet mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores – Uso de programas de filtrado para impedir el acceso a determinados foros o blogs.

Programas formativos de prevención de la conducta suicida	
Profesionales sanitarios	
C	De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal sanitario sobre conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis. El formato podrá ser presencial, *online* o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o *role-playing*.
C	Se recomienda que los programas de formación incluyan sesiones de refuerzo de forma periódica (al menos cada dos años).
✓	Se recomienda la evaluación de los programas de formación tras su implementación, sobre todo de su influencia sobre la práctica asistencial.
C	Se recomienda que los programas de formación en atención primaria incluyan, además de contenidos específicos sobre el suicidio, otros referidos a la detección y tratamiento de la depresión.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de urgencias aborden aspectos generales de suicidio y potencien el desarrollo de competencias en la entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores y grupos de riesgo de suicidio.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de salud mental aborden, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida.
Profesionales no sanitarios	
C	Se recomienda que los programas destinados a la formación de personal no sanitario (profesorado, educadores, bomberos, policías…) aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

9. El cribado del riesgo de suicidio

Preguntas para responder:

- ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?
- ¿Preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada?

Es bien conocido que los profesionales de atención primaria juegan un papel relevante en la identificación y manejo de pacientes con ideación o conducta suicidas (128), ya que se estima que en torno a un 2-3% de los pacientes que acuden a un centro de atención primaria presentaron ideación suicida en el mes anterior (408). Así mismo, es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria antes de una tentativa o de un suicidio consumado, y se calcula que un 75% lo ha hecho el año anterior y un 45% el mes previo (129, 130).

Sin embargo, a pesar de la prevalencia de la ideación y la conducta suicidas y del conocimiento de sus factores de riesgo, alrededor del 83% de las personas con conducta suicida no han sido identificadas previamente por su médico, incluso siendo evaluadas en los meses previos al intento (409). Esta situación ha llevado a plantear la pregunta de si la administración de un test de cribado (bien en atención primaria, en los servicios de urgencias o en el ámbito de la salud mental), podría detectar de forma fiable el riesgo de suicidio de los pacientes.

9.1. Fundamentos del cribado

Un cribado es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica. Cabe destacar que un cribado no es una valoración diagnóstica definitiva y que los individuos que dan positivo deberán someterse a pruebas diagnósticas que confirmen la enfermedad o condición para recibir el tratamiento oportuno (410).

Habitualmente, un cribado se recomienda cuando: la enfermedad o condición clínica causa una gran morbilidad o mortalidad, existe un tratamiento efectivo, su prevalencia no es demasiado baja y su detección temprana es considerada crítica (411). El riesgo de suicidio cumple estos requisitos si se asume la efectividad del tratamiento de la depresión, presente en un porcentaje muy elevado de los pacientes con conducta suicida.

Se diferencian dos métodos de cribado: el universal, en el que el test se utiliza en toda la población sin tener en cuenta la presencia de factores de riesgo o síntomas, y el selectivo

en el que se aplica únicamente en aquellos pacientes con determinados factores de riesgo o una serie de síntomas o signos particulares.

Los instrumentos de cribado deberían ser breves, fáciles de utilizar y con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) aceptables. En el caso del riesgo de suicidio interesa detectar todos los casos positivos, a expensas de tener un elevado número de falsos positivos, considerándose más importante la sensibilidad que la especificidad. Sin embargo, la relativa baja frecuencia de la conducta suicida hace difícil encontrar un test de cribado preciso. Por ejemplo, supongamos una frecuencia de 10 por 10 000 personas y que el test tuviese una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80%. El número de verdaderos positivos sería de 9, el de falsos negativos de uno y el de falsos positivos de 1998. En este ejemplo, el VPP del test, es decir la probabilidad de conducta suicida si se obtiene un resultado positivo, sería únicamente del 0,45%. Tan elevado número de falsos positivos supondría una importante carga para el sistema sanitario motivado por las posteriores evaluaciones a las que tendrían que ser sometidos estos pacientes para desestimar la positividad del test de cribado.

9.2. Cribado de riesgo de suicidio en adultos

Los estudios de cribado de riesgo de suicidio son muy escasos. Gaynes et al. (410) realizaron una revisión sistemática en 2004 con el objetivo de conocer si la realización de un cribado de riesgo de suicidio en el ámbito de la atención primaria disminuiría la morbimortalidad en pacientes cuyo riesgo no había sido identificado previamente. Los autores no encontraron estudios que contestasen a esa pregunta, existiendo también poca información sobre la utilización de tests de cribado en este contexto.

RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+

Basándose en la evidencia científica existente, el U.S. *Preventive Services Task Force* (USPSTF) consideró que no había pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en la población general. Más específicamente, el USPSTF no encontró evidencia de que este cribado redujera la conducta suicida o la mortalidad, siendo limitada la evidencia sobre la precisión de las herramientas de cribado para detectar riesgo de suicidio en el ámbito de la atención primaria (412).

Opinión de expertos 4

Posteriormente, se realizó un estudio en el que se evaluaba un programa de cribado de ideación y conducta suicidas y de trastornos mentales graves realizado en 272 pacientes de un distrito urbano de Hungría. Se observó una prevalencia de pacientes con intentos de suicidio del 2,9% de los que el 9% tuvo pensamientos, gestos o intentos suicidas en el mes previo. También se encontró que un 60% de los pacientes con ideación o conducta suicidas tuvieron un episodio depresivo previo, frente al 6,8% de los no suicidas (413).

Estudio observacional 3

Gaynes et al. (410) identificaron un estudio en el que se evaluaba un test de 62 ítems susceptible de ser utilizado en atención primaria, el *Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care*, en el que el riesgo de suicidio durante el mes anterior se evaluaba mediante tres ítems (408). Los resultados, recogidos por un profesional de enfermería, se compararon con una entrevista estructurada, considerada el "gold estándar". El ítem "pensamientos de muerte" presentó una sensibilidad del 100%, una especificidad del 81% y un VPP del 5,9%. El ítem "deseo de estar muerto", una sensibilidad del 92%, una especificidad del 93% y un VPP del 14%. Por último, el ítem "*feeling suicidal*" (ideación suicida) obtuvo una sensibilidad del 83%, una especificidad del 98% y un VPP del 30%. Únicamente la depresión mayor y el abuso de drogas o su dependencia se asociaron de forma independiente con la ideación suicida.

RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+

El cribado de ideación y conducta suicida realizado por Voros et al. (413) utilizó el cuestionario *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Prime-MD) (414) para valorar los trastornos mentales graves y seis preguntas de la *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (415) para valorar la ideación, los gestos e intentos suicidas. El cuestionario Prime-MD catalogó al 6,5% de los participantes con trastorno depresivo y al 4,7% con trastorno de ansiedad. Un análisis multivariante corroboró que los pacientes con conducta suicida toman de forma significativa más antidepresivos y ansiolíticos, tienen más episodios depresivos y ansiosos, más intentos de suicidio previos, más antecedentes de tratamiento psiquiátrico y visitan con menos frecuencia al médico de atención primaria. Para los autores, el cuestionario Prime-MD, complementado con preguntas sobre conducta suicida, es un método efectivo para los médicos de atención primaria a la hora de valorar el riesgo suicida y reconocer los trastornos mentales más frecuentes.

Estudio observacional 3

9.3. Cribado de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia

En respuesta al aumento de las tasas de suicidio en adolescentes de EE.UU., en los últimos 20 años se han llevado a cabo diferentes programas de prevención en el ámbito escolar centrados en el entrenamiento de habilidades o en intervenciones tras un suicidio y que han sido introducidos en los contenidos formativos. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado (416).

Para algunos autores, el cribado de riesgo de suicidio supone un importante reto debido a varios factores (417):

- Gran variación de las propiedades psicométricas de los tests existentes, con una sensibilidad que oscila entre el 48% y el 100%
- Excesiva brevedad de muchos de los instrumentos
- Modificación del punto de corte que puede mejorar la sensibilidad a costa de la especificidad
- Variabilidad de los criterios de identificación de los jóvenes en riesgo
- Variación de los criterios de validez que limitan las comparaciones entre instrumentos
- Necesidad de disponer de la estructura adecuada para realizar un seguimiento de todos aquellos pacientes que dan positivo en el cribado.

Debido a su frecuente asociación, el cribado de depresión suele ser el centro de interés de la prevención del suicidio en adolescentes en atención primaria. Así, y a pesar de la inexistencia de estudios que evaluaran los resultados de un programa de cribado de depresión en jóvenes (418), se ha indicado la realización de un cribado de los adolescentes con elevado riesgo de depresión cuando acuden a la consulta del médico de atención primaria (419). Por su parte, el USPSTF, basándose en estudios realizados con adultos, también sugirió realizar el cribado de depresión mayor en adolescentes de 12 a 18 años siempre que el diagnostico, tratamiento y seguimiento sean adecuados. Este mismo organismo consideró que la evidencia era insuficiente para recomendarlo en niños entre 7 y 11 años de edad (420).

Programas y estudios de cribado de riesgo de suicidio en centros educativos

El *TeenScreen Program* (421) es un programa de cribado cuyo objetivo es identificar, problemas de salud mental como la depresión o el riesgo de suicidio en todos los jóvenes antes de abandonar la escuela secundaria. Los participantes completan uno de las siguientes encuestas autoaplicadas: *Columbia Health Screen* (CHS), *Diagnostic Predictive Scales* (DPS-8), o *Columbia Depression Scale* (CDS). Los jóvenes con una puntuación positiva en la herramienta de cribado son entrevistados con la *Diagnostic Interview Schedule for Children* y entrevistados por un profesional de salud mental, quien determina si es necesaria una evaluación posterior (422).

Opinión de expertos 4

El cribado de riesgo de suicidio en centros educativos se ha desarrollado fundamentalmente en los EE.UU. y se ha descrito a menudo como herramienta, como programa o como ambos, si bien su puesta en marcha sigue siendo controvertida. Pena y Caine, en una revisión sistemática en 2006 (417) recogen los diferentes programas, estudios y herramientas de cribado de riesgo de suicidio existentes hasta ese momento. Los autores concluyeron que la evidencia sobre su efectividad no es suficiente y que se necesitan nuevas investigaciones para determinarla.

RS de distintos tipos de estudios 2+

Posteriores estudios tampoco encontraron datos sobre el posible impacto del cribado en la conducta suicida futura (423-425). En la tabla 43 se resumen los estudios incluidos en la revisión de Pena y Caine (417) así como dos publicados posteriormente.

Tabla 43. Estudios de cribado de riesgo de suicidio en centros educativos

Autor, año, ref	Muestra	Métodos	Resultados
Shaffer et al., 1996 (426)	2004 adolescentes de 8 escuelas secundarias de zona metropolitana de Nueva York.	Columbia Teen Screen. Se administró una segunda vez en el seguimiento.	Los problemas de los estudiantes de alto riesgo eran desconocidos para los demás.
Aseltine, 2003 (427)	92 escuelas norteamericanas del programa Signs of Suicide (SOS).	Encuestas realizadas entre 2000-01. Información sobre el programa obtenida individualmente por cada coordinador.	Cerca del 60% mejoró en la búsqueda de ayuda (6,8/estudiantes/mes el año anterior a 10,6/estudiantes/mes los 30 días después del programa). No efectos adversos.
Aseltine y DeMartino, 2004 (428)	2100 estudiantes de 5 escuelas de secundaria de EE.UU.	Asignación aleatoria. Grupo de intervención (programas de prevención dentro de los contenidos formativos y Columbia Depression Scale). 3 meses de seguimiento.	Grupo de intervención: menos intentos de suicidio en los 3 meses siguientes que grupo control. No mejoría en la conducta de búsqueda de ayuda.
Gutierrez et al., 2004 (429)	390 estudiantes de 9-12º de escuelas secundarias urbanas del mediooeste de EE.UU.	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR. Evaluación por staff de asesoramiento del colegio.	4 niveles de riesgo: 3,1% en crisis, 4,4% preocupación notable, 3,8% necesidad aparente y 88,7% no indicadores 4 niveles de intervención: intensiva, intermedia, monitorización y no intervención.
Gould, 2005 (430)	2342 adolescentes de 6 estados de Nueva York (2002-2004). Estudiantes de escuelas secundarias (13-19 años) y adolescentes de alto riesgo de suicidio.	Asignación aleatoria Grupo experimental incluyó la pregunta de suicidio de Beck Depression Inventory, el Suicidal ideation Questionnaire y preguntas sobre intentos de suicidio previos. Grupo control no incluyó esas preguntas.	No diferencias en los niveles de alteración del estado de ánimo ni en los síntomas depresivos Ideación suicida: (grupo experimental 4,7%, control 3,9%, P=0,49). Los estudiantes de alto riesgo del grupo experimental presentaron menor ideación o conducta suicidas y menos alteraciones de malestar emocional o síntomas depresivos que los estudiantes de alto riesgo del grupo control.
Hallfors et al., 2006 (431)	1323 (9-11 grado) estudiantes de 10 escuelas de secundaria de dos distritos urbanos de EE.UU.	Suicide Risk Screen (SRS) El staff de la escuela sigue los estudiantes con cribado positivo.	29% de positivos (niñas dos veces más que niños) Alto número de falsos positivos por lo que un tercio de estudiantes no realizaron seguimiento.
Nemeroff et al., 2008 (424)	530 estudiantes de escuelas e institutos de EE.UU.	Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV) DISC-IV Entrevista estructurada y posterior diagnóstico de acuerdo con DSM-IV.	72% de alumnos en riesgo de trastorno mental (el 75% no habían estado nunca en tratamiento psiquiátrico). El 28% de los positivos en el test mostraron riesgo de suicidio.
Scott et al., 2009 (425)	1729 estudiantes de 7 escuelas secundarias del área metropolitana de New York.	Columbia Suicide Screen (CSS) y Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3) Profesionales de la escuela y personal ciego al resultado evaluaron los aspectos emocionales.	489 estudiantes (28,3%) en riesgo de suicidio (cribado) y 460 (26,6%) por profesionales. Identificación de problemas mentales: 34% con cribado, 13% por profesionales, 35% por ambos y 18% por ninguno.

Ref: referencia
Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de Pena y Caine (417).

Cribado del riesgo de suicidio de adolescentes en atención primaria

Los médicos de atención primaria son, en muchos casos, los principales referentes en salud mental de los adolescentes y más del 70% visitan a su médico al menos una vez al año (423).

Estudio cuasi-experimental 2+

En 2010 se realizó un estudio para valorar si el cribado de riesgo de suicidio en atención primaria incrementaba la tasa de detección en adolescentes (432). Tres médicos previamente formados participaron en el cribado que consistió en dos preguntas estandarizadas sobre pensamientos de muerte y de ideación suicida y los resultados se compararon con datos de la historia clínica del año anterior. En la fase pre-intervención se cribaron 1561 jóvenes entre 12 y 18 años y se identificaron 13 como de alto riesgo de suicidio. En la fase post-intervención se cribaron 1415 jóvenes y se registarron 51. La exploración del riesgo de suicidio se incrementó un 219%, la detección de personas en riesgo un 392% y la derivación a salud mental aumentó de forma proporcional al incremento en la identificación. Para el autor, el cribado estandarizado permite identificar a los jóvenes con riesgo de suicidio que necesiten derivación a un servicio especializado

Cribado de riesgo de suicidio de adolescentes en los servicios de urgencias

Otro escenario importante para el cribado de riesgo de suicidio en niños y adolescentes son los servicios de urgencia, que en ocasiones constituyen su único contacto con el sistema sanitario. Además, el riesgo de suicidio no detectado en los servicios de urgencia se asocia con una mayor morbimortalidad y con un incremento en la utilización de los servicios de salud.

Estudio cualitativo Q

Sin embargo, datos de una encuesta muestran que los médicos de un servicio de urgencias pediátrico reconocieron realizar cribado de trastornos mentales únicamente al 10% de los pacientes, generalmente tras presentar algún tipo de reclamación (433). Esto podría deberse a la falta de tiempo, de herramientas de detección apropiadas y/o a la ausencia de protocolos consensuados. Cuando se realizaba el cribado, las tres condiciones encontradas con mayor frecuencia fueron la depresión (83%), las tendencias suicidas (76%) y el abuso de sustancias (68%). Como conclusión, los autores destacaron el interés de que los servicios de urgencia cuenten con herramientas adecuadas para el cribado de pacientes con riesgo de suicidio.

Asarnow et al. (434) evaluaron el riesgo de suicidio en niños y adolescentes de entre 10 y 18 años con ideación suicida y uno o varios intentos previos. El estudio se realizó en dos servicios de urgencias diferentes y se utilizó un ítem del cuestionario *Youth Risk Behaviour Survey* (YRBS) ("En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has

intentado suicidarte?") (435). La presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos en ambos servicios de urgencias. Entre los factores específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, el haber tenido contacto o relación con suicidios o intentos y el embarazo de la persona o de su pareja (434).

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

King et al. (436) analizaron la validez y utilidad de un cribado de riesgo de suicidio en 298 adolescentes atendidos en un servicio de urgencias. El riesgo elevado de suicidio se definió como: a) puntuación ≥ 31 en el *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior* (IQ-JR) o un intento de suicidio en los tres meses previos, o b) abuso de alcohol y depresión [≥3 puntos en la *Alcohol Use Disorders Identification* Test-3 (AUDIT-3), ≥76 puntos en la *Reynolds Adolescent Depression Scale-2* (RADS-2)]. Para analizar la validez concurrente se utilizaron la *Beck Hopelessness Scale* (BHS) y el *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT). El 16% de los adolescentes fueron identificados como de alto riesgo de suicidio, y de ellos, un 98% presentaban ideas graves de suicidio o un intento reciente y un 27%, abuso de alcohol y depresión. La adición de estos criterios no incrementó la identificación de casos. De los pacientes identificados como de alto riesgo de suicidio, el 19% habían acudido a Urgencias por causas no psiquiátricas, el 35,4% por quejas psicológicas o somáticas sin ideación o comportamiento suicida y un tercio no recibían ningún tratamiento por trastorno mental o por adicción a drogas.

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

Por último, Fein et al. (437) pusieron a prueba un sistema informatizado de cribado (*Web-based Behavioral Health Screening-Emergency Department, BHS-ED*) para identificar problemas psiquiátricos en un servicio de urgencias hospitalario. El cribado lo completaron 857 adolescentes de 14 a 18 años. Los autores señalaron que la utilización de esta herramienta incrementó significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (4,2% vs 2,5%), y su incorporación aumentó las evaluaciones realizadas por trabajadores sociales o psiquiatras (2,5% vs 1,7%). Noventa y cinco pacientes (11,1%) informaron de ideación suicida en el último año y 31 (3,6%) en las dos últimas semanas. De éstos, 15 habían hecho planes de suicidio o realizado algún intento suicida.

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

Herramientas de cribado de riesgo de suicidio en adolescentes

Una revisión sistemática realizada por Pena y Caine (417) encontró siete herramientas de cribado validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes y utilizadas generalmente en el ámbito escolar: *Columbia Suicide Screen* (CSS), *Diagnostic Predictive Scales* (DPS), *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ), *Suicidal Ideation Questionnaire JR* (SIQ-JR), *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ), *Suicide Risk Screen* (SRS) *y la Suicide Probability Scale* (SPS) (tabla 44).

RS de distintos tipos de estudios 2+

Los instrumentos más comúnmente utilizados para detectar riesgo de suicidio son el SRS (438), el SIQ (439) y el CSS (440). Éste último es el principal test de cribado utilizado en los centros educativos de EE.UU., habiendo demostrado que detecta estudiantes en riesgo de suicidio con mayor fiabilidad que los trabajadores de las escuelas (425). Con el fin de mejorar sus propiedades psicométricas, Scott et al. (441) construyeron dos algoritmos, uno de umbral bajo que clasifica al 35% de los estudiantes como positivos (96% de sensibilidad y 61% de especificidad), y otro de umbral elevado en el que el porcentaje de identificación se reduce al 24% (92% de sensibilidad y 78% de especificidad).

En escuelas de secundaria, el CSS, el SIQ y el SIQ-JR tienen un valor predictivo positivo entre 0,16 y 0,33 lo que origina un importante número de falsos positivos. El RSQ y el DPS, usados generalmente en clínica, tienden a tener un alto VPP (0,53 a 0,55), por lo que podría recomendarse su uso en programas de cribado en escuelas (442). La sensibilidad de los siete instrumentos oscila entre 1,00 y 0,48, lo que significa que hasta un 52% de jóvenes en riesgo de suicidio darán negativo con estos instrumentos (417).

El RSQ se utiliza también para detectar conducta suicida en niños y adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (120). Existe una versión en castellano; aunque validada con niños y adolescentes mejicanos, que obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza (175). Este cuestionario también fue utilizado por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (145).

9.4. Cribado de riesgo de suicidio en personas mayores

Es sabido que las personas mayores tiene un riesgo incrementado de suicidio consumado respecto a otros grupos de edad (446) y los estudios de autopsias psicológicas han demostrado que la principal causa de suicidio es la depresión (447).

Tabla 44. Herramientas de cribado para la prevención de suicidio en adolescentes

Nombre; autor, año, ref.	Muestra	Nº de ítems. Criterio de validación	Valores psicométricos	
Columbia Suicide Screen (CSS) Shaffer et al., 2004 (440)	N: 2538 Siete escuelas superiores del área metropolitana de Nueva York (67% completaron el cribado).	Cuestionario autoaplicado: 11 ítems englobados dentro de un cuestionario de salud general de 32 ítems Trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias según DISC más ideación suicida o intento previo.	S: 75% E: 83% VPP: 16% VPN: 99%	
Diagnostic Predictive Scales (DPS) Lucas et al., 2001 (443)	Jóvenes entre 9-18 años En múltiples residencias y clínicas de EE.UU.	54 ítems principales (84 en total) DISC *(Diagnostic Interview Schedule for Children 2.3).*	S: 67-100% E: 49-96% VPP: 6-74%	
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) Reynolds, 1991 (439)	Jóvenes entre 14-18 años 121 escuelas secundarias en una pequeña ciudad de medio oeste de EE.UU.	30 ítems Punto de corte de 14 en *Suicidal Behavior Interview.*	PC 30 S: 100% E: 49% VPP: 25%	PC40 S: 83% E: 70% VPP: 33%
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR) Keane et al., 1996 (444)	163 escuelas de secundaria.	15 ítems Documentación de los intentos de suicidio ocurridos en los 4 meses después de administrar el SIQJR por trabajador escolar y psicólogo infantil.	S: 80% E: 86% VPP: 27%	
The risk of Suicide Questionnaire (RSQ) Horowitz et al., 2001 (120)	149 niños y adolescentes atendidos en urgencias pediátricas de hospital universitario urbano por razones psiquiátricas.	4 ítems SIQ de 41 o más para adolescentes (grado 10 o mayor). SIQ-JR de 31 o menos para adolescentes (por debajo del grado 10). Existe versión en español (validada en México).	S: 98% E: 37% VPP: 55% VPN: 97%	
Suicide Risk Screen (SRS) Thompson y Eggert, 1999 (438)	581 jóvenes de 7 escuelas de secundaria con abandono de estudios.	20 ítems SIQ-JR de 23-31 Direct Suicide Risk (DSR) usando Measure of Adolescent Potential for Suicide (MAPS) Valoración clínica de global Clinical Risk Assesment (CRA).	S: 87-100% E: 54-100% VPP: 63,1-69%	
Suicide Probability Scale (SPS) Larzelere et al., 1996 (445)	855 jóvenes de centro residencial de tratamiento.	36 ítems Intentos de suicidio según consta en los informes diarios de los supervisores de cada centro desde 1988 hasta 1991.	S: 48,3% E: 80,3% VPP: 8,1%	

Ref: referencia; S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; N: número.
Fuente: elaboración propia a partir de Pena y Caine (417)

Oyama et al. (448) realizaron una investigación para cuantificar el efecto de una intervención comunitaria sobre el riesgo de suicidio consumado en pacientes mayores de 60 años. Incluyeron 5 estudios, todos ellos realizados en Japón, en los que emplearon programas de prevención universales que incluían cribado comunitario de la depresión, seguimiento y educación para la salud. El cribado se realizó en dos fases, mediante un cuestionario autoadministrado y con una evaluación realizada por enfermeras o psiquiatras. Se constituyeron dos grupos, según el seguimiento fuese realizado por un psiquiatra o por un médico de atención primaria. Para el primer caso, el metanálisis incluyó 16 110 personas antes de la implementación del programa y 21 170 después, reduciéndose el número de suicidios de 51 a 19 (riesgo relativo de 0,30 para hombres y de 0,33 para mujeres). En el grupo en el que el seguimiento lo hizo un médico de atención primaria el metanálisis incluyó 23 340 personas antes de la implementación del programa y 27 865 después, reduciéndose el número de suicidios de 71 a 44, siendo el riesgo relativo de 0,73 para hombres y de 0,36 para mujeres. Según esta investigación, la implementación de programas de cribado comunitario de la depresión, seguimiento y educación para la salud se asocia con una reducción del riesgo de suicidio en personas mayores, siendo mayor cuando el seguimiento lo lleva a cabo un psiquiatra. Las ventajas de la intervención se producen especialmente en varones y las causas podrían ser el mayor componente impulsivo de éstos y la mayor dificultad de tratamiento en atención primaria. Remarcar que este estudio fue desarrollado y evaluado únicamente en Japón, siendo difícil la extrapolación de sus resultados a entornos diferentes debido a las diferencias culturales, organizativas y estructurales con otros países.

RS de estudios cuasi-experimentales 2++

Posteriormente, estos mismos autores evaluaron la efectividad de un programa de cribado comunitario de depresión, realizado en 6 municipios rurales del norte de Japón, para la prevención del suicidio (449). Tras una primera valoración inicial, el programa de cribado se realizó en dos etapas. En la primera utilizaron la *Zung Selfrating Depression Scale* (SDS), la *Geriatric Depression Scale-five ítems* (GDS-5) o la *Depression and Suicide Screen* (DSS). De los 2552 participantes, 486 presentaron un test positivo. En la segunda etapa, 420 pacientes con test positivo fueron evaluados por profesionales de enfermería o trabajadores sociales mediante la *WHO Composite International Diagnosis Interview* (WHO-CIDI). Si se consideraba que los pacientes presentaban un episodio depresivo eran derivados bien a un psiquiatra o eran seguidos por estos mismos profesionales. En los municipios en los que se implementó el programa, el riesgo de suicidio se redujo tanto en hombres como en mujeres (61% y 51%, respectivamente, aunque sólo significativamente en los primeros), mientras que en los municipios de referencia no se produjo ningún cambio.

Estudio cuasi-experimental 2++

Herramientas de cribado de riesgo de suicidio en personas mayores

Heisel et al. (450) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de dos escalas breves (*15-item Geriatric Depression Scale*, GDS) y (*5-item GDS subscale*, GDS-SI) para ser empleadas como instrumentos de cribado en personas mayores en el ámbito de atención primaria. Los autores administraron las escalas a 704 personas de ambos sexos y con una media de edad de 75 años. Se evaluó también la presencia de ideación suicida con los ítems de la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRDS) y la entrevista estructurada de la DSM-IV (SCDI). Los pacientes que expresaron ideación suicida (n = 69) obtuvieron puntuaciones más altas en la GDS y en la GDS-SI que las personas sin ideación suicida (n = 557). Con el punto de corte de 4 en la GDS se obtuvo una sensibilidad del 75%, una especificidad del 82%, un VPP del 34% y un VPN del 96%. Las conclusiones de los autores fueron que tanto la GDS, como la GDS-SI identifican adecuadamente aquellos pacientes con ideación suicida, si bien es necesario estudiar su aplicabilidad en la práctica clínica.

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

9.5. Cribado de riesgo de suicidio en centros penitenciarios

Los reclusos tienen mayor riesgo de suicidio que la población general y este riesgo no se relaciona únicamente con la estancia en prisión, sino también con factores presentes a lo largo de sus vidas (451).

Recomendaciones de prevención del suicidio en centros penitenciarios

La OMS publicó en 2000 la guía *"Preventing Suicide. A Resource for Prison Officers"*, como parte de una iniciativa mundial de prevención del suicidio. Posteriormente, Konrad et al. (451) realizaron una actualización de dicha guía que se resume a continuación:

- Cribado al ingreso: deberá realizarse nada más producirse el ingreso en un centro penitenciario y, posteriormente, si las circunstancias o condiciones lo requieren. Cuando sea posible, el cribado debería ser realizado por personal sanitario cualificado o en su defecto por funcionarios de prisiones entrenados. Los cuestionarios de cribado deberán preguntar por variables estáticas (demográficas) y dinámicas (variables situacionales y personales). Una vez identificado el riesgo de suicidio, deberá quedar reflejado en el historial, comunicarse al personal de prisiones y en un breve periodo de tiempo un profesional de salud mental debería evaluar al individuo.

Opinión de expertos 4

– Observación post-ingreso: para ser efectiva la prevención del suicidio debería realizarse una observación periódica. Los funcionarios de prisiones deberán identificar y estar alerta ante indicadores de riesgo de suicidio como labilidad emocional, insomnio, cambios de humor o de hábitos alimentarios, sentimientos de desesperanza, posibles conflictos familiares o con otros presos.
– Seguimiento: deberán establecerse pautas para el seguimiento, la supervisión y la intervención de profesionales de salud mental en aquellos pacientes en los que se haya identificado un alto riesgo de suicidio.

Escalas de evaluación del riesgo suicida en población reclusa

RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+

Perry et al. (452) llevaron a cabo una revisión sistemática con el objetivo de analizar los trabajos que valorasen la validez y fiabilidad de las escalas de cribado y midiesen el riesgo suicida en adultos sometidos a privación de libertad. Los autores compararon cuatro escalas (tabla 45) y, según indicaron, la mayoría de los trabajos aportaba poca información sobre el cumplimiento de los *Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD). Además, se observaron en algunos de ellos, limitaciones metodológicas y heterogeneidad en las muestras. Para los autores, ninguna de las escalas mide la validez de predicción futura de suicidio consumado o conducta suicida, por lo que es difícil establecer la mejor escala de cribado ante muestras tan heterogéneas.

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

Otra escala no incluida en la tabla anterior es la *Massachusetts Youth Screening Instrument Versión 2* (MAYSI-2). Está compuesta por 52 ítems y 7 escalas y fue diseñada para identificar el riesgo de trastornos mentales graves, y trastornos emocionales y de comportamiento en jóvenes reclusos. Stathis et al. (453) la utilizaron en una muestra de 402 jóvenes australianos (298 hombres y 104 mujeres, de los que 212 eran indígenas). Se detectaron problemas de salud mental en el 75% de los varones y en el 90% de las mujeres. Además, el 81% de los indígenas y el 75% de los no indígenas puntuaron por encima del punto de corte en al menos una escala. Entre los varones, el 59% presentaban consumo de alcohol y drogas, el 28% irritabilidad y otro 28%, quejas somáticas. Entre las mujeres, el 67% presentaba consumo de alcohol y drogas, el 45% quejas somáticas, el 42% depresion-ansiedad y el 30% ideación suicida.

Tabla 45. Herramientas de cribado para la prevención de suicidio en centros penitenciarios

Nombre	Características	Nº de ítems	Valores psicométricos
Suicide Concerns for Offenders in Prision Environment (SCOPE)	Escala autoaplicada Valora apoyo social (12 ítems: familia, amigos, funcionarios de prisiones y uso de estrategias para solución de problemas) y optimismo (15 ítems: síntomas de depresión, desesperanza futura, comportamiento e intento suicida).	27	S: 81% E: 71% VPN: 55%
Suicide Checklist (SCL)	Escala heteroaplicada Once ítems valoran depresión e ideación suicida y 6 historia previa de comportamiento suicida.	17	S: 70% E: 21% VPN: 24%
Suicide Probability Scale	Escala autoaplicada Valora desesperanza, ideación suicida, sentimientos de minusvalía y hostilidad.	36	S: 53% E: 78% VPN: 78%
Suicide Potential Scale	Escala autoaplicada Valora historia de suicidio previo, intervenciones psiquiátricas o psicológicas recientes, pérdida reciente de familiares o pareja, problemas actuales, influencia de alcohol y/o drogas, signos de depresión y presencia de un plan suicida.	9	S: 86% E: 80%

S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; Nº: número
Fuente: elaboración propia a partir de Perry et al. (452)

9.6. Posibles efectos adversos del cribado

Gould et al. (430) realizaron un ensayo controlado y aleatorizado con el objetivo de conocer si el hecho de preguntar a estudiantes sobre la conducta o la ideación suicida en un programa de cribado aumentaba el malestar emocional o generaba ideación suicida (tabla 43). A pesar de las limitaciones del estudio (participaron sólo el 64% de alumnos de escuelas suburbanas de población mayoritariamente blanca y de bajo estatus socioeconómico, no extrapolable a otros contextos), los autores no encontraron evidencia de un efecto iatrogénico de los programas de cribado de suicidio.

ECA 1+

Una revisión de la literatura para valorar el efecto sobre la salud del cribado rutinario de trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes (de 7 a 18 años) no encontró estudios que examinasen los posibles daños de los programas de cribado (418).

RS distintos tipos de estudios 2+, 3

Por último, un estudio realizado con jóvenes de 12-20 años utilizando el cuestionario *Coping with difficult emotions* no observó influencia de los ítems de ideación suicida sobre el estado de ánimo (454).

Estudio de pruebas diagnósticas 2+

Resumen de la evidencia

Cribado de riesgo de suicidio en adultos	
2+	Los estudios que abordan el cribado del riesgo de suicidio en adultos son muy escasos y ninguno de ellos contesta a la pregunta de si su realización en el ámbito de la atención primaria disminuye la morbimortalidad en pacientes cuyo riesgo no hubiera sido identificado previamente (410).
3	Un programa de cribado de ideación y conducta suicida realizado atención primaria observó una prevalencia de intentos de suicidio del 2,9% de los que el 9% tuvo pensamientos, gestos o intentos suicidas en el mes previo. Además, un 60% de los pacientes con ideación o conducta suicidas tuvieron un episodio depresivo previo, frente al 6,8% de los no suicidas (413).
2+	Entre las herramientas de cribado de riesgo de suicidio en adultos, el *Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care* ha mostrado una alta sensibilidad y especificidad, asociándose de forma independiente con la ideación suicida, la depresión mayor y el abuso de drogas o dependencia de éstas (410).
2+	El cuestionario Primary *Care Evaluation of Mental Disorders*, complementado con preguntas sobre conducta suicida, es también un buen método para los médicos de atención primaria a la hora de valorar el riesgo suicida y reconocer los trastornos mentales más frecuentes (413).
Cribado de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescentes	
2+	La evidencia acerca de herramientas o programas de cribado de suicidio en centros educativos muestra resultados poco concluyentes ya que no se determinó su efectividad ni su posible impacto sobre la conducta suicida futura (417).
4	Uno de estos programas de cribado es el *TeenScreen* Program que tiene como objetivo identificar, de forma temprana y voluntaria, trastornos mentales como la depresión o el riesgo de suicidio en jóvenes antes de que abandonen la escuela secundaria (109).
2+	El cribado estandarizado del riesgo de suicidio en adolescentes en el ámbito de la atención primaria permite identificar jóvenes en riesgo de suicidio que necesiten una derivación a un servicio especializado (432).
Q	Diferentes factores, como la falta de tiempo, de herramientas de detección y de protocolos consensuados hace que el cribado de riesgo de suicidio se realice en pocas ocasiones en los servicios de urgencias (433).
2+	En niños y adolescentes, la presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos. Algunos factores de estrés específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, la exposición a casos de suicidios o intentos de suicidio cercanos y el embarazo no deseado (434).

2+	En los servicios de urgencias, el cribado de riesgo de suicidio en adolescentes tiene potencial para identificar pacientes con alto riesgo de suicidio que acuden por otros motivos médicos y a pacientes con presencia de depresión, consumo de alcohol e impulsividad (436).
2+	Se ha observado que la utilización de sistemas informáticos de cribado en un servicio de urgencias hospitalario incrementa significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (437).
3	Se han encontrado diferentes herramientas de cribado validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes: *Columbia Suicide Screen* (CSS), *Diagnostic Predictive Scales* (DPS), *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ), *Suicidal Ideation Questionnaire* JR (SIQ-JR), *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ), *Suicide Risk Screen* (SRS) y la *Suicide Probability Scale* (SPS), oscilando su sensibilidad entre 1,00 y 0,48 (417).
Cribado de riesgo de suicidio en personas mayores	
2++	La implementación de programas comunitarios de cribado de la depresión y de seguimiento y educación para la salud en mayores de 60 años se asocia con una reducción del riesgo de suicidio, siendo mayor esta reducción cuando el seguimiento lo realiza un psiquiatra que cuando lo realiza un médico de atención primaria. La reducción del riesgo de suicidio se ha observado en mayor medida en varones asociado especialmente a la impulsividad (448, 449).
2+	En el ámbito de la atención primaria podrían utilizarse como instrumentos de cribado en personas mayores, la *15-item Geriatric Depression Scale* (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI). Dichas escalas identifican adecuadamente aquellos pacientes con ideación suicida (450).
Cribado de riesgo de suicidio en centros penitenciarios	
4	Respecto a la prevención del suicidio en centros penitenciarios, la OMS recomienda realizar un cribado de riesgo de suicidio en el momento del ingreso, preferiblemente por parte de personal sanitario cualificado, y realizar una observación post-ingreso y un adecuado seguimiento (451).
2+	Una revisión sistemática en la que se evaluó la validez y fiabilidad de escalas de cribado y de medición del riesgo suicida en adultos sometidos a privación de libertad mostró que ninguna de ellas (*Suicide Concerns for Offenders in Prision Environment* (SCOPE), *Suicide Checklist* (SCL), *Suicide Probability Scale* y *Suicide Potential Scale*) tenía valor predictivo para detectar conductas suicidas futuras (452).
Posibles efectos adversos del cribado	
1+	Un ensayo controlado y aleatorizado no encontró evidencia de que los programas de cribado de suicidio tuviesen un efecto iatrogénico sobre las personas, como aumentar el malestar emocional o generar ideación suicida (430).

2+ **3**	No se encontraron estudios que evaluasen los posibles daños sobre la salud de los programas de cribado rutinario de trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes (de 7 a 18 años) (418).
2+	Un estudio posterior realizado con preadolescentes y jóvenes de 12-20 años tampoco observó influencia de los ítems de ideación suicida sobre el estado de ánimo (454).

Recomendaciones

Cribado de riesgo de suicidio	
D	En población general, no existen pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en adultos.
C	En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado.
C	En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de cribado puede utilizarse el *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ), por ser el la único validado en castellano.
C	En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo un cribado del riesgo de suicidio en aquellos adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc…), que acudan incluso por otros motivos.
C	En personas mayores se recomienda la implementación del cribado de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. Como instrumentos de cribado podrían utilizarse la *15-item Geriatric Depression Scale* (GDS) y la *5-item GDS subscale* (GDS-SI).
D	En centros penitenciarios se recomienda el cribado de riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de cribado en esta población.

10. La conducta suicida en grupos de riesgo

Preguntas para responder:

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

- ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en la infancia y la adolescencia?
- ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia?
- ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?
- ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en este grupo de edad?

La conducta suicida en pacientes mayores

- ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en pacientes mayores?
- ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en mayores?
- ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicido en personas mayores?
- ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en personas mayores?

Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo

- ¿Qué medidas de prevención se han mostrado efectivas para evitar la conducta suicida en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
- ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían llevarse a cabo en cuidadores no profesionales de enfermos con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
- ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían adoptarse en diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo?
- ¿Qué medidas de prevención podrían recomendarse para evitar la conducta suicida en personas que sufren violencia doméstica?
- ¿Qué medidas de prevención de la conducta suicida se pueden recomendar en la población penitenciaria?

10.1 La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

Uno de los datos más llamativos a nivel internacional es el incremento de las tasas de suicidio entre jóvenes de 15-24 años, convirtiéndose en una de las tres causas más frecuentes de muerte en esta franja de edad. Por debajo de los 15 años el suicidio es relativamente poco frecuente (455), aunque cuando se produce tiene un gran impacto familiar y social.

España se sitúa entre los países de Europa con las tasas más bajas de suicidio en la infancia y adolescencia (455) y el número de casos ha permanecido estable en los últimos años (tabla 46) (456).

A pesar de esto, se ha observado una evolución ascendente global de las tasas de suicidio en jóvenes durante el periodo 1986-2001, mientras que la tendencia en la mayoría de los países es hacia el descenso o estabilización de las tasas (457).

Tabla 46. Número de suicidios por edad y sexo en España en la infancia y la adolescencia (2006-2009)

	Ambos sexos				Varones				Mujeres			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
< de 15 años	5	12	4	8	2	7	2	7	3	5	2	1
15-19 años	50	31	41	47	34	22	30	41	13	9	11	6
Todas las edades	3234	3263	3457	3429	2504	2463	2676	2666	730	800	781	763

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional Estadística (456).

10.1.1. Factores de riesgo y protectores

10.1.1.1. Factores de riesgo

Factores de riesgo individuales

Edad

Los intentos de suicidio y suicidios consumados antes de la pubertad son excepcionales y se incrementan con la entrada en la adolescencia (sobre todo asociados a los trastornos del estado de ánimo y al abuso de sustancias) (343).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

Sexo

De forma general el suicidio es más frecuente en el sexo masculino, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio (343, 458). En España las tasas de suicidio son aproximadamente tres veces más altas en varones, tanto en la adolescencia como en los otros grupos de edad (459).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3

Depresión y otros trastornos mentales

Más del 90% de los adolescentes que se suicidan, presentan algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio, y se estima que más del 50% presentaron un trastorno mental en los 2 años previos al suicidio. Esto es así para los adolescentes de mayor edad, aunque parece que en adolescentes más jóvenes las tasas de psicopatología en el momento del suicidio podrían ser menores (aproximadamente el 60%) (343).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

La depresión se asocia tanto a la ideación como a la conducta suicida. La sintomatología depresiva aumenta el riesgo de suicidio en ambos sexos (460, 461), aunque en el sexo femenino la presencia de depresión es uno de los factores de riesgo más importantes, mientras que en el sexo masculino lo es más la presencia de intento de suicidio previo (243).

Aunque el trastorno bipolar es poco frecuente antes de la pubertad, los niños y adolescentes con trastorno bipolar tienen altas tasas de conducta suicida (462). Los intentos de suicidio a esta edad se han asociado con mayor frecuencia a episodios mixtos y presencia de síntomas psicóticos, aunque en el caso de trastorno bipolar I se han detectado un mayor número de intentos de suicidio que en otras formas de trastorno bipolar (463).

Serie de casos 3

El abuso de sustancias es otro factor de riesgo de suicidio muy importante y suele darse una alta prevalencia entre aquellos que llevan a cabo un suicidio (343). Tanto el hábito de consumo de alcohol durante periodos o momentos de desánimo como el consumo abusivo de alcohol de forma episódica se asocia con un aumento de los intentos de suicidio (464).

Otros trastornos como la distimia, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, se han relacionado con el aumento del riesgo de intentos de suicidio (343).

Respecto al déficit de atención por hiperactividad en la infancia, se ha señalado que podría asociarse con un incremento del riesgo de intento de suicidio en la adolescencia (465), lo que podría estar mediado por la alta asociación que presenta con trastornos de conducta, abuso de sustancias, sintomatología de tipo depresivo y otros factores de riesgo para dicha conducta (conflictividad con los padres, pobres relaciones con iguales) en este grupo de edad.

Los problemas de sueño también se han asociado a la presencia de ideación y conducta suicida, de tal forma que presentar alteraciones en el sueño en la adolescencia temprana se correlacionó con la conducta suicida a los 15-17 años (466). En un estudio de autopsia psicológica se encontró que los adolescentes que se suicidaron presentaron mayores tasas de problemas de sueño, insomnio e hipersomnia en la última semana, y las diferencias se mantuvieron estables tras controlar la presencia de trastorno afectivo entre los grupos (467).

A pesar de que la esquizofrenia es poco frecuente antes de la pubertad, su incidencia aumenta gradualmente con la edad (377). La aparición de un primer episodio en la adolescencia tardía se ha asociado con un aumento del riesgo de suicidio (468).

Serie de casos 3

Factores psicológicos

Algunas variables cognitivas como la rigidez, estar más centrado en las dificultades del presente que orientado al futuro y presentar percepción negativa o desesperanza se han relacionado con la conducta suicida en este grupo de edad. Otros factores como el neuroticismo y presentar un locus de control externo también se han asociado con los intentos de suicidio (343). RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3

La impulsividad es un factor de riesgo importante (343, 469), sobre todo en la adolescencia temprana, al igual que la presencia de bajos niveles de competencia (470).

La inhibición emocional también está altamente relacionada con la sintomatología depresiva, y con la ideación y conducta suicidas (471), así como el estrés agudo y la interacción del mismo con el perfeccionismo socialmente prescrito (pensar que los demás esperan que seamos perfectos y no tolerarán nuestros fallos) (472).

El déficit en las habilidades de solución de problemas es un factor de riesgo, pero su relación con la conducta suicida parece estar mediada por la presencia de depresión y de desesperanza (473).

La presencia de un patrón de apego inseguro durante la infancia se ha relacionado con la ideación suicida (343).

Intento de suicidio previo

La historia de intentos de suicidio antes de la pubertad es un factor de riesgo de suicidio importante, sobre todo en varones (343). RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

Además, los niños y adolescentes que intentan suicidarse tienen mayor riesgo de suicidio, muerte violenta y dificultades psicosociales a los 5 y 10 años tras el primer intento (343).

Factores genéticos y biológicos

Los marcadores genéticos GRIK2 y GRIA3 se han asociado con la presencia de ideación suicida en adolescentes (51). RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

En cuanto a los factores biológicos, en adolescentes el hallazgo más consistente es la disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo (343).

Factores familiares y contextuales

Psicopatología de los progenitores

La historia de trastorno mental de los padres (sobre todo la depresión y el abuso de drogas), así como la historia de conducta suicida de los mismos, incrementan el riesgo de suicidio (343). RS de distintos tipos de estudios 2++

Estructura o funcionamiento familiar

El riesgo de suicidio y conducta suicida en adolescentes aumenta en aquellas familias con relaciones deterioradas entre padres y adolescentes, aunque el riesgo en estos adolescentes podría estar mediado por su propia psicopatología (343).	RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+
La exposición del adolescente a violencia doméstica también se asocia a la presencia de ideación suicida persistente (474).	Serie de casos 3

Acontecimientos vitales estresantes

Los acontecimientos vitales estresantes se asocian frecuentemente tanto a los intentos de suicidio como al suicidio consumado (343). La prevalencia de eventos vitales estresantes es diferente según la edad, el sexo y la presencia de un trastorno mental de base: los conflictos con los padres son más frecuentes en menores de 16 años, las dificultades sentimentales en chicas y la participación en bandas es un factor importante en el sexo masculino. Las pérdidas de relaciones interpersonales y los problemas legales sumadas al abuso de sustancias son frecuentes en adolescentes con conducta suicida (343).	RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

Acoso por parte de iguales (bullying)

El *bullying* en los centros educativos ha sido relacionado con la ideación y conducta suicidas y con altos niveles de malestar emocional (343, 475).	RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+
El *Child and Adolescent Self Harm in Europe* (CASE), realizado en una muestra irlandesa, puso de manifiesto que el 19,4% de los adolescentes reconocía haber sido víctima de acoso por parte de iguales y la probabilidad de estos adolescentes de llevar a cabo un intento de suicidio fue cuatro veces mayor que aquellos que no habían vivido esta experiencia (476).	Serie de casos 3
La asociación entre la conducta suicida y el *bullying* se hace especialmente importante ante la presencia de psicopatología y problemas de conducta, sobre todo en los varones (475).	RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+
Así, parece que la asociación entre el *bullying* y la conducta suicida en los varones desaparece cuando se controlan los problemas de conducta y síntomas depresivos, mientras que en el sexo femenino estas variables parecen no influir (477).	Estudio de cohortes 2++
El *cyberbullying* es la forma más reciente de acoso por parte de iguales, y aunque ha sido menos estudiado, también es un factor de riesgo de ideación y conducta suicidas, tanto en el caso de los agresores como en las víctimas (475, 478).	RS de distintos estudios 2++, 2+, 3

Exposición

La exposición a casos de suicidio cercanos o a determinada información en los medios de comunicación incrementa el riesgo de suicidio en la adolescencia (460). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

La historia familiar de suicidio es un factor de riesgo crucial en adolescentes (343).

Relaciones sociales

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres con el grupo de iguales y la ideación suicida o conducta suicida (460). Factores como el sexo, características culturales o la presencia de depresión parecen influir en el efecto que la red social tiene sobre el riesgo de presentar ideación o conductas suicidas (479). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3

Otros factores

Orientación sexual

La homosexualidad ha sido relacionada con un aumento del riesgo de suicidio en la adolescencia (460). La bisexualidad también podría aumentar la sintomatología depresiva y los intentos de suicidio (480). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3

En un estudio se encontró que los adolescentes con conducta suicida y atracción sexual hacia su mismo sexo, presentaron mayores niveles de ansiedad que la población general y mayor probabilidad de haber visitado a un profesional de salud mental antes de su fallecimiento (481).

Maltrato físico y abuso sexual

La experiencia de abuso físico y sexual tiene como resultado una alta incidencia de conducta suicida en la adolescencia (482). Circunstancias biográficas como las señaladas pueden dificultar la adquisición de competencias sociales, que a su vez también constituyen factores de riesgo de suicidio (343). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

De uno u otro modo, el maltrato y/o el abuso son factores de riesgo muy importantes, tanto para el inicio como para la persistencia de la conducta suicida, especialmente en la adolescencia (483). — Serie de casos 3

Factores desencadenantes

Algunos factores de riesgo que pueden anteceder a la conducta suicida y actuar como factores precipitantes son: — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

- Acontecimientos vitales estresantes (343, 484)
- Crisis con los padres/conflictos familiares (343, 484)
- Factores psicológicos/personales (484)
- Problemas con el grupo de pares (343)
- Dificultades escolares (343).

Se ha propuesto que los factores de riesgo de suicidio en adolescentes podrían clasificarse según el modelo de diátesis-estrés de Mann et al. (485). Según este modelo, algunos factores actuarían como factores de vulnerabilidad o diátesis (predisponentes), otros como factores estresantes (o desencadenantes) y otros que en función de su asociación temporal con la conducta suicida pueden clasificarse como de vulnerabilidad o estrés (460).

En base a esta propuesta, en la tabla 47 se resumen los factores de intento de suicidio y suicidio en la infancia y adolescencia.

Tabla 47. Factores asociados a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia según el modelo de Mann y su nivel de evidencia

	Factores de vulnerabilidad (predisponentes)	Factores estresantes (desencadenantes)	Factores de vulnerabilidad-estrés*
Alto nivel de evidencia	– Factores genéticos y biológicos – Conducta suicida en la familia y psicopatología en los padres.	– Depresión y otros trastornos mentales – Abuso de drogas – Exposición a casos cercanos – Problemas familiares y con el grupo de iguales – Acontecimientos vitales estresantes.	– Intento de suicidio previo – Maltrato físico y abuso sexual – *Bullying* – Factores psicológicos (rigidez cognitiva, desesperanza, neuroticismo y locus de control externo).
Moderado/ Bajo nivel de evidencia	– Funcionamiento familiar disfuncional – TDAH.	– Distimia, trastornos de ansiedad y de la alimentación – Problemas del sueño (insomnio o hipersomnia) – Exposición al suicidio en los medios.	– Otros factores psicológicos (impulsividad, perfeccionismo).

*Factores que pueden actuar como predisponentes o desencadenantes
TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Fuente: modificado de Evans et al. (2004) (460).

10.1.1.2. Factores protectores

A pesar del importante papel de los factores protectores en la reducción del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia, la cantidad de estudios que se centran en estos, es mucho menor en comparación con aquellos que se centran en los factores de riesgo.

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

La existencia de un buen funcionamiento familiar es uno de los factores protectores más sólidos (343). Los adolescentes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son los que presentan menores probabilidades de realizar un intento de suicidio (343, 345, 486).

Estudio caso-control 2+

Otros factores protectores son:

- Habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento (343, 486)
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio (343, 486)
- Sexo femenino (78, 486)
- Creencias religiosas (343)
- Habilidades para estructurar razones para vivir (486)
- Nivel educativo medio-alto (343)
- Locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistemas de apoyo y recursos (78).

10.1.2. Detección y valoración del riesgo suicida

La valoración del riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia requiere una amplia evaluación psicopatológica y social (343). Es importante dirigir esta evaluación hacia los factores de riesgo específicos para este grupo de edad.

RS de distintos tipos de estudios 3

En especial en niños y adolescentes, la evaluación debe ampliarse a personas cercanas, como a los padres o profesores. Es importante conocer el contexto de los adolescentes, ya que la validez de la información que aportan, depende en parte de factores como el nivel de desarrollo cognitivo o el grado de afectación psicológica en el momento de la entrevista. Aún así, es más probable que los menores informen en mayor medida de ideación y conducta suicida que sus padres (243, 343).

Los aspectos en los que hay más acuerdo entre la información aportada por padres e hijos con conducta suicida sobre la sintomatología de éstos, es en lo que se refiere a abuso de sustancias y a trastornos de conducta disruptivos; sin embargo los padres informan en menor medida de trastornos de conducta en los que no predomina la agresividad o sobre la presencia depresión (343).

Estudios de cohortes 2++

Cabe destacar, que no existe evidencia de que la evaluación sobre la presencia de ideación y conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o el malestar en adolescentes, y por el contrario además de su finalidad diagnóstica, podría mejorar los niveles de ansiedad y ayudar a que el adolescente se sienta mejor comprendido (15, 74, 430, 454).

ECA 1+

Serie de casos 3

Opinión de expertos 4

En un ECA, que comparó la evaluación habitual frente a una evaluación terapéutica (evaluación psicosocial e intervención cognitiva), para determinar si existen diferencias entre ambas en el compromiso y adherencia al tratamiento en el seguimiento en adolescentes tras un intento de suicidio, se encontró que la evaluación terapéutica incrementó de forma significativa el compromiso con el tratamiento a los tres meses, por lo que podría ser útil en la primera entrevista en adolescentes con conducta suicida (487).

ECA 1+

10.1.3. Instrumentos psicométricos

Aunque la herramienta esencial en la valoración del riesgo de suicidio es la entrevista clínica, la utilización de escalas puede ser de gran ayuda para los profesionales en la evaluación. Los cuestionarios autoaplicados pueden ofrecer información adicional, sobre todo en casos de actitudes negativistas o en los que existan dificultades para comunicar verbalmente las ideas de suicidio, en las que otra modalidad podría no obtener la información de ideación suicida.

En un estudio se comparó la evaluación del riesgo de suicidio realizada por clínicos frente a una evaluación realizada por evaluadores entrenados con la entrevista semiestructurada KSADS-PL. Los resultados de este estudio muestran como, en el caso de los clínicos, se produjo una infraestimación de la presencia de conducta suicida y una sobreestimación de la ideación suicida, lo que sugiere que el empleo de escalas podría aumentar la fiabilidad de la evaluación basada en la entrevista (488).

Estudio caso-control 2+

En la tabla 48 se incluyen algunos instrumentos que han sido empleados en este grupo de edad.

Tabla 48. Instrumentos de valoración del riesgo suicida y aspectos relacionados en la infancia y la adolescencia

Nombre (ref)	Objetivo y características	Modo de aplicación	Nº de ítems
Cuestionario de suicidio (*Risk of Suicide Questionaire*, RSQ) (120)	Valoración de la conducta suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	14 4 (Versión breve)
Escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) (489)	Evaluación el grado de desesperanza Adaptada y validada en castellano (81).	Autoaplicada	20
Escala de intencionalidad suicida (*Suicidal Intent Scale*, SIS) (490)	Valoración intencionalidad suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	15
Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (86)	Evaluación de la depresión Adaptada y validada en castellano (491-493).	Autoaplicada	21
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (494)	Evaluación de la depresión Adaptada y validada en castellano (495).	Entrevista semiestructurada	
Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) (496)	Evaluación de la gravedad de la depresión (puntúa información verbal y no verbal) Adaptada y validada en castellano (497).	Entrevista semiestructurada	

Ref: referencia; Nº: número
Fuente: elaboración propia.

10.1.4. Intervenciones preventivas

Intervenciones en el ámbito escolar

Prevención universal: Programas de prevención basados en el currículo

Los programas de prevención basados en el currículo, han sido una de las medidas más empleadas en el ámbito escolar en EE.UU., donde se vienen implementando desde hace 20 años. Estructuralmente estos programas suelen constar de 3 a 5 días de clases en las que se emplean vídeos o presentaciones sobre aspectos relacionados con el suicidio. Los objetivos generales de estos programas son (498):

- Concienciación sobre la conducta suicida
- Enseñar a los adolescentes a reconocer los signos de alarma de suicidio, tanto en sí mismos, como en los demás
- Aportar información sobre los recursos asistenciales con los que cuentan los adolescentes para solicitar ayuda y poder resolver sus problemas.

Sin embargo, a pesar de ser una de las modalidades más empleadas en la prevención del suicidio, no existen muchos estudios que hayan evaluado sus resultados. En una reciente revisión sistemática (498), se incluyeron ocho estudios de seis programas de prevención de suicidio con adolescentes de entre 13-19 años, cuyas características más importantes se resumen en la tabla 49.

La mayor parte de los estudios se llevaron a cabo en EE.UU., con la excepción de uno que se llevó a cabo en Israel (190), y otro en Bélgica (502). Aunque ninguno de estos estudios contempló las tasas de suicidio como variable de resultado, en general se encontraron aumentos significativos en el nivel de conocimiento sobre el suicidio, actitudes hacia el mismo y conductas de autoayuda. En dos de los estudios también se encontró una disminución significativa de los intentos de suicidio -Aseltine y DeMartino (504) y Aseltine et al. (416)- (498). RS 1+

De entre todos los programas anteriormente citados, el *Signs of Suicide* (SOS) es uno de los más conocidos. En el SOS los estudiantes reciben información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio. Posteriormente se les enseña a reaccionar ante una persona con riesgo suicida, ofrecerle ayuda y por último, comunicarlo a un adulto responsable. El programa también incluye una parte de cribado de depresión, con la *Columbia Depression Scale* (CDS). La evaluación de este programa de prevención, realizada de forma aleatorizada y controlada, mostró una disminución significativa de intentos de suicidio autoinformados tras la puesta en marcha del programa (416, 504). ECA 1+

Tabla 49. Características de los estudios de programas de prevención del suicidio basados en el currículo para adolescentes

Autor, año (ref.)	N	Conductas objetivo	Intervención
Klingman y Hochdorf, 1993 (190)	237	Conocimientos sobre el suicidio, actitud, empatía, emociones, estrategias de afrontamiento.	Sesiones educativas y de entrenamiento de habilidades, basado en el modelo de intervención de Meichenbaum.
Ciffone, 1993 (499)	324	Actitudes negativas sobre el suicidio, conductas de autoayuda.	2 vídeos de 15 minutos y 40 minutos de discusión estructurada.
Kalafat y Elías, 1994 (500)	253	Actitudes y conocimiento acerca del suicidio por el paciente. Conducta de autoayuda y aceptación de la intervención.	3 clases de 40-45 minutos sobre el suicidio, actitudes y signos de alarma. La tercera clase incluye un vídeo.
Kalafat y Gagliano, 1996 (501)	109	Conductas de autoayuda.	5 días de clases con información sobre el suicidio, inmersas en la asignatura de educación para la salud.
Aseltine y DeMartino, 2004 (428)	2100	Conducta e ideación suicida, conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio, conductas de autoayuda.	Programa "*Signs of Suicide*", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y cribado de depresión.
Portzky y van Heeringen, 2006 (502)	172	Conocimiento y actitudes sobre el suicidio, habilidades de afrontamiento.	Programa "*Signs of Suicide*", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y cribado de depresión.
Ciffone, 2007 (503)	421	Actitudes negativas sobre el suicidio, conductas de autoayuda.	3 días de clases enfocadas a mejorar el conocimiento sobre el suicidio y autoayuda.
Aseltine et al., 2007 (416)	4133	Conducta e ideación suicida, conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio, conductas de autoayuda.	Programa "*Signs of Suicide*", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y cribado de depresión.

Ref: referencia; N: número de pacientes

Fuente: elaboración propia a partir de Cusimano y Sameem (498)

Prevención selectiva: Programas de prevención basados en el entrenamiento de habilidades

Estos programas se centran en adolescentes con riesgo de desarrollar conducta suicida, por lo que comienzan con una evaluación previa donde se identifica a los participantes.

Uno de los programas de este tipo más conocidos es el *Personal Growth Class*. En este estudio se compararon tres grupos: un semestre de actividades grupales para aumentar las habilidades sociales, actividades de valoración del estado de ánimo, comunicación, mejora de la autoestima y toma de decisiones y autocontrol; otro grupo que incluía además un semestre de aplicación de las habilidades aprendidas en casa y en el centro escolar (*Personal Growth Class II*); y un tercer grupo donde solo se realizó la evaluación. En este estudio se encontró una disminución de las conductas de riesgo de suicidio, depresión, desesperanza, estrés, agresividad y un aumento de la autoestima y la red social en los tres grupos; sin embargo se encontró un aumento significativo del control personal sólo en los grupos experimentales y no en el grupo de control (505). — ECA 1+

Existe otro programa de prevención selectiva (Randell et al., 2001 (506)), donde se comparó una breve intervención llamada *Counselors Care* (C-CARE), C-CARE más 12 sesiones de entrenamiento de habilidades y un grupo de tratamiento habitual en el ámbito escolar. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la disminución de la conducta suicida, agresividad o estrés familiar, aunque en los grupos de entrenamiento de habilidades se encontró un aumento significativo del control personal, habilidades de solución de problemas y apoyo familiar percibido. — ECA 1+

Prevención indicada: tratamiento en el ámbito escolar

Tang et al., (234) llevaron a cabo un estudio en adolescentes con riesgo de suicidio, en el que se evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP (10/12 sesiones) en el ámbito escolar en comparación con el tratamiento habitual en los centros escolares (apoyo y psicoeducación). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza. — ECA 1+

Programas de prevención basados en el cribado en el ámbito escolar

El cribado en el ámbito escolar para detectar a jóvenes con alto riesgo de suicidio (intentos de suicidio previos, ideación suicida, depresión o consumo de sustancias) podría ser una buena estrategia en el ámbito escolar. Normalmente se emplean tests autoaplicados y entrevistas individuales realizadas por los profesionales de los centros escolares. Los estudios que han evaluado su eficacia, han puesto de manifiesto que este cribado tiene como resultado un bajo número de falsos negativos, aunque un gran número de falsos positivos. Este hecho plantea el problema de que es necesaria una evaluación clínica posterior para valorar el riesgo real de suicidio. Otro problema que presentan este tipo de programas de cribado es su aceptabilidad, puesto que suele percibirse como una técnica más invasiva que los programas basados en el currículo o de entrenamiento de habilidades (377). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 3

Actualmente, no existe evidencia concluyente sobre la efectividad de los programas de cribado en el ámbito escolar (417).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Entrenamiento de figuras clave

Los programas de entrenamiento de figuras clave o gatekeeper, se basan en la formación de personas que podrían detectar a adolescentes con riesgo de suicidio, normalmente profesores o compañeros (377).

Los programas de entrenamiento de figuras clave dirigidos a profesionales de los centros educativos no han sido investigados suficientemente, aunque algunos estudios han puesto de manifiesto un incremento en los conocimientos y actitudes hacia el suicidio y en las habilidades para la identificación de alumnos con riesgo de suicidio (377).

RS de distintos tipos de estudios 3

En cuanto a los programas dirigidos a los compañeros (*peer helpers*), tampoco han sido evaluados de manera adecuada, por lo que no existe evidencia suficiente de su efectividad y además los posibles efectos adversos de estos programas en los adolescentes que actúan como figura clave también se desconocen (377).

RS de distintos tipos de estudios 1+, 3

Prevención en pacientes con trastornos mentales

La estrecha relación existente entre la conducta suicida y los trastornos mentales, indica que un adecuado manejo de estos pacientes podría prevenir la conducta suicida.

RS de distintos tipos de estudios 3

Algunas áreas de mejora en dicho manejo serían (377):

- Realizar una evaluación rigurosa de cara a valorar cuál sería la estrategia de tratamiento más beneficiosa
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos
- Revisión regular de los síntomas de depresión, desesperanza, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes, ya que el riesgo de suicidio puede cambiar a lo largo del tratamiento
- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales, de cara a realizar un adecuado seguimiento.

Las opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia pasan por el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la TEC.

Otras estrategias de prevención

Líneas telefónicas de ayuda

El fundamento de las líneas telefónicas de ayuda se basa en la concepción de que el suicidio se asocia a momentos de crisis, por lo podría ser importante garantizar la oportunidad de un apoyo inmediato en dichos momentos. El objetivo de estas líneas es ofrecer (507):

Serie de casos 3

- Un servicio de apoyo, cuando es posible que no esté disponible de otra manera
- Confidencialidad y anonimato a las personas que llaman
- Información acerca de los recursos asistenciales disponibles en cada caso
- Contexto de privacidad, en el que las personas puedan expresarse sin sentirse juzgados.

Sin embargo no existe evidencia concluyente de su eficacia (377), y pocos han sido los estudios que han evaluado su uso en adolescentes (508-511).

RS de distintos tipos de estudios 3

Además en un estudio realizado a 519 adolescentes, se puso de manifiesto que solo el 2,1% utilizaban estas líneas de apoyo, y en general presentaron más actitudes negativas hacía este tipo de recurso que hacia otros, como los ofrecidos en Internet (507).

Serie de casos 3

Acceso a métodos

La mayoría de estudios sobre el control del acceso a los diferentes métodos, se han realizado e EE.UU. y se refieren básicamente a las armas de fuego. Su presencia en el domicilio, es un factor de riesgo en adolescentes, y en algunos estudios se ha demostrado que la restricción del acceso a las mismas disminuye las tasas de suicidio, sobre todo en adolescentes y en adultos jóvenes (377, 512).

RS de distintos tipos de estudios 2+, 3

Medios de comunicación e Internet

Los medios de comunicación juegan un papel crucial en la prevención del suicidio en este grupo de edad. En general el impacto de la cobertura en los medios sobre la conducta suicida depende de aspectos como la cantidad, duración y la importancia que se le atribuye a la información sobre suicidios, y este impacto parece aumentar en la adolescencia (512).

RS de distintos tipos de estudios 3

En cuanto al efecto de Internet, aunque ha sido menos investigado que el de otros medios de comunicación, existe evidencia sobre la relación entre las visitas a sitios web y chats donde se aporta información detallada sobre los diferentes métodos de suicidio, y el aumento en las tasas de suicidio, sobre todo en personas jóvenes, aunque no se puede concluir al direccionalidad del efecto (365, 513).

Serie de casos 3

Además, la naturaleza global de Internet, su fácil acceso y la rapidez con la se propaga la información, son dos factores que han favorecido la aparición de fenómenos como los pactos de suicidio, suicidios narrados *online* y los falsos suicidios, fenómenos para los que los adolescentes parecen ser la población más vulnerable (369).

Opinión de expertos 4

Las estrategias de prevención del suicidio en Internet pasan necesariamente por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de programas de filtrado o software de filtrado por parte de los padres (365, 513).

Serie de casos 3

Pero Internet también ofrece nuevas posibilidades de prevención, puesto que es un gran recurso de información utilizado por los jóvenes para consultar información sobre la salud en general y específicamente sobre enfermedades estigmatizadas, como es el caso de los trastornos mentales. Por ello es importante la disponibilidad de información específicamente dirigida a los adolescentes y a sus familiares, basados en la evidencia científica disponible (514).

Opinión de expertos 4

10.2. La conducta suicida en personas mayores

La prevención del suicidio en los mayores de 65 años es una prioridad a nivel internacional (2, 53, 73) ya que estas personas, al igual que los adolescentes y adultos jóvenes, representan un grupo de especial riesgo de suicidio. La edad avanzada es un importante predictor de la conducta suicida y a diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, las tasas de suicidio, sobre todo en la franja por encima de los 80 años, no han presentado en los últimos años una tendencia descendente (515).

En la mayoría de los países que aportan datos sobre suicidios a la OMS, las tasas aumentan progresivamente con la edad, tanto para hombres como para mujeres; aunque existen algunos países con patrones diferentes. En Canadá por ejemplo, los suicidios son más frecuentes entre los adultos jóvenes y de mediana edad del sexo masculino, mientras que en China, las tasas de suicidio más elevadas se sitúan en los grupos de mayor edad en ambos sexos. Estas diferencias parecen deberse en gran medida a los factores culturales de cada país o región (516).

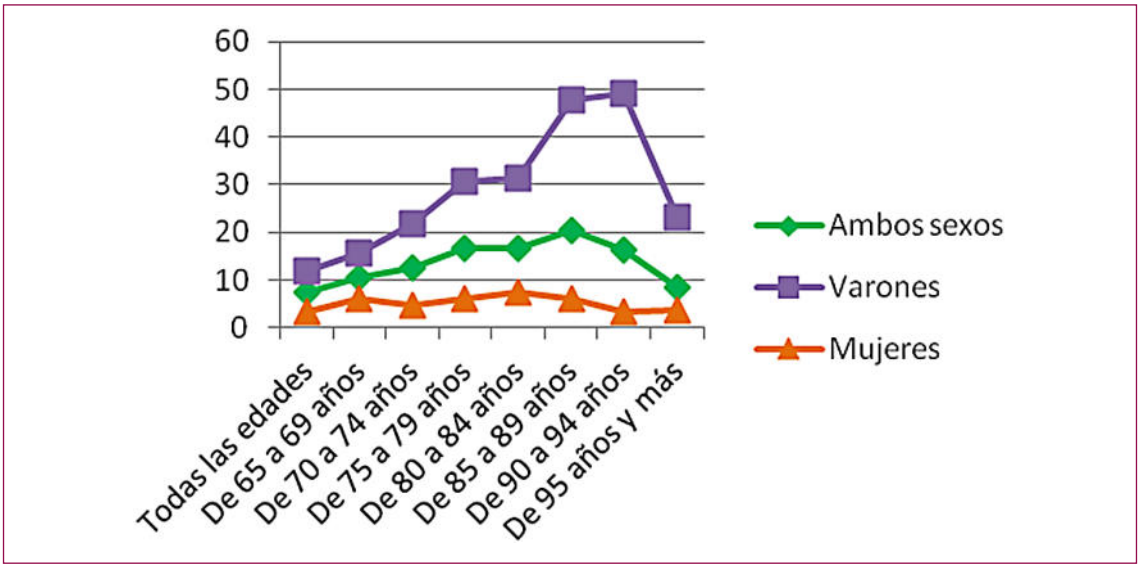
La OMS llevó a cabo en Europa entre los años 1995-2004, un estudio multicéntrico en el que se puso de manifiesto que la incidencia de intentos de suicidio a partir de los 65 años es de 61,4 / 100 000 (57,7/100 000 en hombres y 64/100 000 en las mujeres). Las tasas más altas se encontraron en Suecia, y las más bajas en España (Guipúzcoa), donde fueron de 32,3/100 000 personas (515).

En otro estudio en Reino Unido, se observó una disminución con la edad en la relación entre intentos de suicidio y suicidios consumados, desde 200 en la adolescencia hasta menos de 10 en mayores de 60 años (12,6 en mujeres y 6 en hombres). La diferencia en la ratio entre intentos de suicidio y suicidio consumado en mujeres y hombres también se reduce a lo largo del ciclo vital, de modo particular se encontró en los mayores una pro-

porción más elevada de intentos de alta intencionalidad. Estos datos son extensibles a la mayoría de los países europeos (517).

España presenta unas tasas de suicidio que se incrementan con la edad a partir de los 65 años, sobre todo en los hombres, llegando a los 49,18/100 000 en el grupo de 90 a 94 años. En mujeres, las tasas más altas se encontraron en el grupo de 85-89 años, donde fueron de 7,29 /100 000 (gráfico 5) (INE 2009) (518).

Gráfico 5. Tasas de fallecimientos (x 100 000 habitantes) por suicidio según grupo de edad y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

10.2.1. Factores de riesgo y protectores

10.2.1.1. Factores de riesgo

La conducta suicida en las personas mayores presenta aspectos diferenciales en relación con otros grupos de edad. Los intentos de suicidio en este grupo de edad se caracterizan por presentar mayor intencionalidad (517, 519, 520) y mortalidad asociada (517, 521) que en personas jóvenes. Es de especial importancia realizar una evaluación y detección de aquellos factores de riesgo que más se han asociado con el suicidio en este grupo de edad.

Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida

Los intentos de suicidio previos y la ideación suicida, al igual que en otros grupos de edad, son un factor de riesgo muy importante en personas mayores (317, 515, 519, 522, 523), tanto a corto como a largo plazo (317), sobre todo en las personas con trastornos mentales (515).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

En la valoración de la ideación suicida es necesario tener en cuenta que las personas mayores pueden evitar la comunicación de la ideación suicida o de la sintomatología depresiva (317).

Trastornos mentales y adicciones

En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto que los antecedentes de trastorno mental se asocian al suicidio, sobre todo, los del estado de ánimo y en concreto, la depresión (53, 73, 317, 344, 515, 519, 522-525). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

Por este motivo, es necesario prestar atención a la presencia de depresión o de síntomas depresivos, teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida la depresión suele presentarse con un aumento de somatizaciones, síntomas psicóticos, apatía, irritabilidad y agitación (317, 526, 527). — Estudio caso-control 2+

Otros trastornos que aumentan el riesgo de suicidio son los trastornos psicóticos y el abuso de sustancias, especialmente del alcohol, tanto en hombres como en mujeres (317, 515, 522, 528). Además de la asociación con trastorno mental también es importante contemplar la posible comorbilidad de enfermedad física crónica (529). — Serie de casos 3

En un estudio realizado en una residencia de mayores en España, las muertes por suicidio alcanzaron el 2% y la relación entre intentos y consumación de suicidio fue cercana a 1:1, es decir la eficacia del método suicida fue muy elevada. Todas las personas que se suicidaron presentaban un trastorno mental y casi el 50% habían llevado a cabo un intento de suicidio previo (530). — Serie de casos 3

También es un factor de riesgo de suicidio la historia de tratamiento psiquiátrico previo (523), lo que se interpreta como antecedente de morbilidad psiquiátrica; aunque esto depende de la patología y el tipo de tratamiento (531). — Estudio caso-control 2+

Trastornos y rasgos de la personalidad

Aunque los trastornos de la personalidad son menos frecuentes en este grupo de edad, su presencia podría aumentar el riesgo de suicidio (317, 522), especialmente en la franja de los 65-80 años, por lo que debieran ser valorados específicamente. Parece existir una asociación entre trastornos de la personalidad del grupo B (impulsivo y *borderline*) y paranoides con la conducta suicida (532). — RS de distintos tipos de estudios 2++ 2+

Rasgos de personalidad como la rigidez cognitiva también se han asociado al aumento de conducta suicida. Estos rasgos cobran especial relevancia cuando se combinan con situaciones de pérdida o con la presencia de otras situaciones estresantes (317). — Estudio caso-control 2+

Enfermedad física

La presencia de enfermedad física crónica es un importante factor de riesgo de suicidio (53, 73, 317, 515, 522, 524, 533-535): déficit visual, trastornos neurológicos, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, artritis, fracturas óseas y presencia de dolor moderado o grave. Además de la presencia de una enfermedad, es importante tener en cuenta la percepción que de ella tiene la persona (317, 522). — RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

En cuanto a las demencias no existen datos concluyentes. En general, las tasas de suicidio son mayores en la demencia leve y el riesgo se incrementa después del diagnóstico, en pacientes diagnosticados durante la hospitalización y en la enfermedad de Huntington (536). Un estudio posterior a esta revisión no encontró asociación entre demencia y riesgo de suicidio (523).

Los mayores hospitalizados debido a una enfermedad física presentan mayor riesgo de suicidio, especialmente a partir de los 80 años y particularmente las mujeres (537). También se encontró un riesgo más elevado en los mayores en tratamiento con benzodiazepinas (cuyo tipo o dosis no eran las recomendadas) y con analgésicos narcóticos (535).

Estudio de cohortes 2+

Apoyo social y eventos vitales estresantes

Existe relación entre ciertos factores psicosociales y el riesgo de suicidio. Alguno de los factores primordiales en personas mayores es el aislamiento social (53, 73, 515, 524, 538) y la soledad (523).

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

El riesgo puede ser mayor tras un divorcio o viudedad (73, 317, 515, 522, 523), así como en personas que viven solas (523, 524) o lejos de la familia y los amigos. También constituyen riesgo los problemas familiares (317, 522) e interpersonales (533), el duelo (533), los cambios de domicilio y los problemas legales o financieros (317).

Estudio caso-control 2+

Déficit funcional

El déficit en las habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria aumenta la discapacidad funcional y con ella el riesgo de suicidio en los adultos mayores (317).

RS de distintos tipos de estudios 2++

10.2.1.2. Factores protectores

Se han encontrado algunos factores que pueden reducir el riesgo de suicidio en mayores (317):

- Hábitos de vida saludables
- Contacto con la familia y amigos
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida

RS de distintos tipos de estudios 2++

– Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.

También se han descrito otros factores que aumentando el bienestar psicológico pueden incidir de forma indirecta en la reducción del riesgo de suicidio: percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma, habilidades de afrontamiento, orientación al futuro y espiritualidad (317).

Serie de casos 3

Otros factores protectores se han asociado a la disminución de la ideación suicida (344):

Serie de casos 3

– Locus de control interno
– Percepción de autoeficacia.

En la tabla 50 se resumen los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en personas mayores.

Tabla 50. Factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en personas mayores

Factores de riesgo	Factores protectores
– Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida – Trastorno mental y adicciones – Trastornos y rasgos anancásticos de la personalidad – Enfermedad física crónica – Falta de apoyo social, aislamiento y presencia de eventos vitales estresantes – Déficit funcional.	– Hábitos de vida saludables – Contacto con la familia y amigos – No consumir alcohol de manera excesiva – Mantenerse activo – Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida – Rasgos de la personalidad: extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad – Locus de control interno – Percepción de autoeficacia – Satisfacción con la vida – Habilidades de afrontamiento – Orientación al futuro y espiritualidad.

Fuente: elaboración propia.

10.2.2. Detección y valoración del riesgo suicida

Un alto porcentaje de mayores mantienen un contacto previo con el sistema sanitario antes de un episodio de conducta suicida, sobre todo con atención primaria y en menor medida con salud mental (515). Por ello, es de especial importancia la evaluación de los factores de riesgo y de protección de cara a la prevención de la conducta suicida.

En la evaluación del riesgo de suicidio en las personas mayores, dada la presencia de factores de riesgo específicos ya comentados, se requiere prestar una especial atención a

la valoración de las circunstancias, entorno de la persona, expectativas, calidad de vida y presencia de enfermedad somática (317).

A continuación se listan algunas cuestiones que los profesionales sanitarios deberían tener presente a la hora de abordar la evaluación del riesgo suicida (tabla 52).

RS de distintos tipos de estudios 3

Tabla 51. Cuestiones a considerar en la evaluación de personas mayores con posible riesgo de suicidio

- ¿Con quién vive el paciente? ¿Cómo es su red social? ¿Cómo es su relación con la familia? ¿Existe algún problema que impida su socialización?
- ¿Cómo se desenvuelve el paciente con las actividades de la vida diaria y el autocuidado? ¿Cuenta con algún tipo de ayuda?
- ¿Cuál es el estado físico del paciente? ¿Ha requerido hospitalización recientemente? ¿Cuál es la percepción que tiene sobre el pronóstico y tratamiento de su enfermedad?
- ¿Cuál es el estado mental del paciente? ¿Ha tenido algún ingreso previo debido a un trastorno mental o por haber presentado conducta suicida previa?
- ¿Abusa de bebidas alcohólicas o de alguna medicación prescrita (en especial hipnóticos)?
- ¿Presenta el paciente síntomas de depresión?
- ¿Cree el paciente que la vida merece la pena? ¿Cuál es la actitud del paciente hacia la muerte? ¿Desea morir? ¿Piensa en ello? ¿Tiene planes específicos sobre cómo morir y cómo llevarlo a cabo?

Fuente: Grek A. (522)

10.2.3. Instrumentos psicométricos

Los instrumentos de evaluación pueden ayudar en la valoración del riesgo de suicidio en mayores; aunque al igual que en otros grupos de edad, no pueden sustituir al juicio clínico.

La mayoría de las escalas de evaluación del riesgo suicida, no han sido desarrolladas específicamente para mayores, ni validadas en este grupo de edad. A pesar de esto, algunas de ellas pueden servir para evaluar aspectos como la presencia de sintomatología depresiva, desesperanza, ideación suicida, historia de conducta suicida previa, intencionalidad suicida, satisfacción con la vida o razones para vivir.

Una de las escalas con mejores propiedades psicométricas para la valoración del riesgo de suicidio es la Escala de ideación suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation,* SSI) (94) que, aunque fue inicialmente desarrollada para adultos jóvenes, ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas en personas mayores (87).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Otras escalas como la *Geriatric Depression Scale* (GDS) (539) o la *Geriatric Hopelessness Scale* (GHS) (540); aunque no evalúan específicamente la conducta suicida, incluyen ítems de ideación suicida que identifican adecuadamente a las personas mayores con alta o baja ideación suicida (317).

RS de distintos tipos de estudios 2++

En cuanto a la GDS, tanto la versión de 15 ítems, como la breve de 5 (GDS-I), detectaron adecuadamente la presencia de ideación suicida en comparación con la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) y la entrevista estructurada de DSM-IV, por lo que podrían ser un instrumento de cribado a tener en cuenta; aunque serían necesarios estudios que evaluasen su aplicabilidad en la práctica clínica (450).	Serie de casos 3
La versión de la Escala de Razones para Vivir (*Reasons for Living Scale-Older Adult Version,* RFL-OA) ha demostrado buenas propiedades psicométricas con una alta consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach = 0,98) y adecuadas validez y fiabilidad y capacidad predictiva de ideación suicida, por lo que también podría ser un buen instrumento para valorar el riesgo de suicidio (541).	Serie de casos 3
El Índice Breve de Bienestar de la OMS (*Who-Five Well-Being Index*, WHO-5-J) es una escala de 5 ítems que ha demostrado su adecuación para la evaluación de la ideación suicida. Un estudio realizado en una muestra de mayores en Japón encontró que la escala posee una adecuada consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach = 0,87). El punto de corte de 14 fue el que proporcionó mejores índices de sensibilidad (78%) y especificidad (76%). Cuando la escala se combinó con la ausencia de apoyo social percibido, el punto de corte idóneo fue de 12 o haber puntuado 0 o 1 en alguno de los 5 ítems, ya que se lograron mejores puntuaciones (sensibilidad = 87%, especificidad = 75%, VPN = 99% y VPP = 10%) (542).	Serie de casos 3
La *Brief Symptom Rating Scale* (BSRS-5) fue empleada en un estudio para valorar la necesidad de derivación a salud mental en mayores de 65 años tras un intento de suicidio. Empleando el punto de corte de 5-6, el 33,9% de dichos pacientes necesitarían ser derivados. Esta proporción es baja en comparación con estudios anteriores, lo que puede deberse a la ausencia de valoración de síntomas somáticos en dicha escala y a que las puntuaciones dependen en gran medida de si la escala se administra al propio paciente o a un familiar (543).	Serie de casos 3
Existen otras escalas, como la *Harmful Behaviors Scale* (HBS) (544) y la *Geriatric Suicide Ideation Scale* (GSIS) (545), que se han desarrollado específicamente para pacientes mayores; aunque todavía no se cuenta con estudios sólidos de validación que apoyen su uso en la práctica clínica (317).	RS de distintos tipos de estudios 2++

En la tabla 52 se describen algunas de las características de los instrumentos descritos en este apartado.

Tabla 52. Instrumentos de valoración del riesgo suicida en personas mayores

Nombre (ref)	Objetivo y características	Modo de aplicación	Nº de ítems
Escala de ideación suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation*, SIS) (94)	Valoración de la ideación suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	19
Escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale,* GDS) (539)	Evaluación de la depresión Existe una versión breve, ambas validadas al castellano (546, 547).	Autoaplicada	30 (15 la versión breve)
Geriatric Hopelessness Scale (GHS) (540)	Evaluación del pesimismo y pensamientos de desesperanza.	Autoaplicada	30
Inventario de razones para vivir para mayores (*Reasons for Living Scale-Older Adult Version,* RFL-OA) (541)	Evalúa razones para vivir.	Autoaplicada	69
Índice breve de bienestar de la OMS (*Who-Five Well-Being Index,* WHO-5-J) (542)	Evalúa bienestar Existe versión en castellano.	Autoaplicada	5
Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5) (543)	Evaluación de las dimensiones de ansiedad, depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal y otros síntomas.	Autoaplicada	5

Ref: referencia, Nº: número
Fuente: elaboración propia.

10.2.4. Intervenciones preventivas

Opinión de expertos 4

La clasificación de prevención en salud pública (prevención primaria, secundaria y terciaria) ha sido adaptada para la prevención de los trastornos mentales. En esta clasificación la prevención primaria está compuesta por un contínuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada (548). En la tabla 53 se resumen estos tres niveles de prevención, y se aportan algunas propuestas de intervención que podrían resultar útiles en la prevención del suicidio en personas mayores (516).

Uno de los problemas de la prevención del suicidio en mayores es que, aunque existen programas diseñados para este fin, muchos de ellos no han sido contrastados empíricamente.

Una reciente revisión sistemática, con el objetivo de analizar la evidencia científica sobre los programas de prevención del suicidio en mayores, incluyó 11 intervenciones diferentes cuyo propósito fue la reducción de la conducta suicida o la depresión (348). Sin embargo, para contestar a la pregunta clínica planteada en este apartado de la GPC solo hemos incluido los estudios que evaluasen variables de resultado sobre conducta suicida (ideación suicida o tasa de suicidio).

Tabla 53. Niveles de intervenciones preventivas, objetivos y ejemplos para la prevención del suicidio en personas mayores

Intervención	Objetivos	Ejemplos
Prevención universal	Reducir la morbilidad y mortalidad a través de la intervención sobre factores de riesgo y la potenciar los factores protectores en toda la población.	– Campañas educativas dirigidas al público en general, a los medios de comunicación y a los profesionales implicados sobre el envejecimiento normal, depresión y conducta suicida – Restringir el acceso a medios letales – Promover programas de envejecimiento saludable.
Prevención selectiva	Prevenir la morbilidad y mortalidad a través de los factores que predisponen a la persona a una situación de especial riesgo.	– Promover programas comunitarios de apoyo a personas con aislamiento social – Centrar los servicios médicos y sociales en la reducción de la discapacidad y potenciar la funcionalidad – Entrenar figuras clave para la detección de riesgo de suicidio (gatekeeper) – Favorecer la continuidad de los cuidados después del alta – Enseñar estrategias para mejorar el acceso a salud mental.
Prevención indicada	Tratar personas de alto riesgo, con presencia de signos y síntomas, con el objetivo de prevenir la conducta suicida o algún trastorno mental asociado.	– Aumentar el cribado y el tratamiento en atención primaria, sobre todo en personas con depresión, ansiedad y abuso de sustancias – Mejorar la evaluación y restringir el acceso a medios letales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Conwell et al. (516).

Prevención universal

Formación de los profesionales y medidas educativas

La formación sobre la conducta suicida es esencial en los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de personas mayores. Algunas áreas que se deberían contemplar en la formación de dichos profesionales son (317):

RS de distintos tipos de estudios 3

- Identificación de los factores de riesgo y de protección específicos para este grupo de edad
- Evaluación y manejo de instrumentos psicométricos de valoración del riesgo de suicidio en personas mayores
- Competencias para la intervención en situaciones de riesgo de suicidio
- Manejo del riesgo de suicidio y su seguimiento.

El contacto con los profesionales sanitarios puede ser crucial a la hora de prevenir el suicidio, puesto que puede favorecer la comunicación de la ideación o de la intencionalidad suicida para establecer las medidas oportunas (549).

Estudio cualitativo Q

La educación debe ir orientada a grupos de riesgo, cuidadores, población general y medios de comunicación, con el fin de concienciar sobre los problemas específicos de este grupo de edad y reducir el estigma asociado al suicidio (317).

RS de distintos tipos de estudios 3

Restricción del acceso a medios

Según datos del INE, los métodos de suicidio más frecuentes en España en mayores de 65 años son el ahorcamiento, la precipitación y el ahogamiento (550). En cuanto al ahorcamiento, varios estudios en diferentes zonas de nuestro país lo han destacado como el método de suicidio más empleado desde hace décadas (551).

Serie de casos 3

Otro método frecuentemente utilizado es el uso de fármacos. En un estudio, llevado a cabo en un hospital general de Inglaterra, de 730 intentos de suicidio en mayores, el 86% se realizaron mediante intoxicación medicamentosa (49,3% con paracetamol, 24% con tranquilizantes y 15,9% antidepresivos). Aproximadamente la cuarta parte de los episodios se efectuaron con alta intencionalidad suicida y la repetición de la misma se llevó a cabo en el 15,3% de los casos, en el 8,2% en el primer año tras el intento. Al final del período de seguimiento (20 años) se registraron 30 suicidios (552).

Serie de casos 3

La restricción del acceso a medios potencialmente suicidas es fundamental. Así, los médicos deberían limitar el riesgo de sobredosis, prescribiendo envases del menor tamaño disponible y haciendo un seguimiento de su uso (317).

RS de distintos tipos de estudios 3

Prevención selectiva

Líneas telefónicas de apoyo

Existe cierta evidencia sobre la efectividad de las líneas telefónicas de apoyo para prevenir el suicidio. En Italia se llevó a cabo un estudio de seguimiento telefónico (servicio *Telehelp/Telecheck*) en el que se evaluaron los efectos a largo plazo de dicho seguimiento sobre la conducta suicida. Este estudio se realizó en el nivel de prevención selectiva, ya que se realizó en una muestra de personas mayores con aislamiento social y déficit funcional (553).

Estudio caso-control 2+

El programa consistió en el mantenimiento de contacto telefónico dos veces por semana para ofrecer apoyo y evaluar las necesidades y un servicio de urgencias las 24 horas. Se contactaron 18 641 mayores (84% mujeres) durante 11 años. En este período, se redujo el número de los suicidios en las personas que participaron en el estudio, especialmente en las mujeres, en comparación con la población mayor de la región donde se llevó a cabo.

Intervenciones comunitarias

La falta de apoyo social es un factor de riesgo de suicidio. En una zona rural de Japón se realizó un estudio basado en la autoevaluación de la depresión, promoción de actividades grupales y psicoeducación. La población pertenecía a una zona con unas altas tasas de suicidio, baja comunicación así como una pobre percepción de la salud. Tras la implementación del programa, la tasa de suicidio se redujo en un 76% en mujeres mayores de 65 años, dando lugar a un descenso significativo en comparación con la población de un área de referencia. En hombres no se encontraron cambios tras la implementación (554).

Estudio caso-control 2+

Terapias dirigidas a fomentar la resiliencia

Recientemente se ha adaptado la TIP para su uso con personas mayores con riesgo de suicidio. La teoría de la TIP postula la existencia de una asociación bidireccional entre el funcionamiento interpersonal y la depresión. De manera similar los problemas interpersonales y los déficits en habilidades sociales pueden causar o exacerbar la ideación y la conducta suicida, y viceversa. Este nuevo enfoque de la TIP se centra en los factores de riesgo de suicidio durante la evaluación y las sesiones de tratamiento, temas que no se recogen en los manuales de TIP estándar. La TIP adaptada (16 sesiones semanales) se empleó en una muestra de 11 participantes mayores de 60 años que tenían ideación suicida manifiesta, deseos de morir o habían realizado intentos previos de suicidio. Los resultados mostraron una disminución tanto en las ideas de muerte y en la ideación suicida como en la gravedad de los síntomas de depresión (352).

Serie de casos 3

Las características de estos dos estudios de prevención selectiva se resumen en la tabla 54.

Tabla 54. Estudios de prevención selectiva de la conducta suicida en mayores

Autor, año (ref.) Tipo de estudio, NE	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Intervención
De Leo et al., 2002 (553) Estudio caso-control, NE 2+	18 641	Tasa de suicidio	Contacto telefónico dos veces a la semana y servicio de urgencias las 24 horas.
Oyama et al., 2005 (554) Estudio caso-control, NE 2+	12 812	Tasa de suicidio	Actividades grupales, psicoeducación y evaluación de la depresión.
Heisel et al., 2009 (352) Serie de casos, NE 3	11	Ideación suicida	TIP

NE: nivel de evidencia; N: número de pacientes; Ref: referencia; TIP: terapia interpersonal

Fuente: elaboración propia.

Prevención indicada

Cribado de depresión y tratamiento

En Japón se han llevado a cabo 5 estudios de cohortes basados en el cribado de depresión en zonas rurales, donde las tasas de suicidio en mayores son elevadas. Los resultados de estos estudios se han recogido en un metanálisis.

La intervención consistió en un cribado comunitario de la depresión y posterior seguimiento y educación para la salud. El cribado se realizó en dos pasos: primero, con un cuestionario autoaplicado y en segundo lugar con una evaluación realizada por profesionales de enfermería o psiquiatras. El seguimiento, podía hacerlo el psiquiatra o del médico de primaria. El estudio puso de manifiesto que las intervenciones comunitarias de cribado de la depresión con posterior seguimiento reducen el riesgo de suicidio consumado. Las intervenciones en las que el seguimiento lo realizó un psiquiatra obtuvieron mejores resultados, sobre todo en varones (448).

Metanálisis
2++

Posteriormente al metanálisis se realizó otro estudio en Japón en el que se llevó a cabo otra intervención comunitaria similar a las anteriores. Primero, se hizo un cribado con instrumentos autoaplicados y, después, una evaluación y posterior seguimiento por parte del psiquiatra, trabajadores sociales o psicólogos. En este estudio, el riesgo de suicidio consumado se redujo significativamente en los hombres un 61%, y fue menor en las mujeres (449).

Estudio cuasi-experimental
2++

Cuidados Compartidos (Collaborative Care)

Se han realizado pocas investigaciones con personas mayores que contemplen la conducta suicida como variable de resultado. En concreto, solamente se llevaron a cabo dos ensayos clínicos aleatorizados con la finalidad de reducir la ideación suicida en pacientes mayores. Ambos ensayos se efectuaron con pacientes con depresión y en el ámbito de atención primaria, en el contexto de *Collaborative Care*, por lo que son intervenciones de prevención indicada.

En un estudio en atención primaria (IMPACT *study*) realizado con pacientes con depresión mayor y/o distimia y con el objetivo de reducir la ideación suicida, se comparó la intervención de incorporar la figura de un *Depression Care Manager* (profesionales de enfermería y psicología), encargados de realizar la evaluación y psicoeducación. Las opciones de tratamiento fueron antidepresivos y la posibilidad de realizar terapia de resolución de problemas (4-8 sesiones), además de un seguimiento cercano con una entrevista personal o telefónica de forma semanal/quincenal en una primera fase y posteriormente mensual. En el grupo de tratamiento habitual, éste consistió en antidepresivos, *counselling* o derivación a un especialista en salud mental.

Las personas que recibieron la intervención experimental, obtuvieron tasas significativamente más bajas de ideación suicida a los 6, 12, 18 y 24 meses (219). La prevalencia de ideación suicida en este estudio fue de 14% y la incidencia acumulada en los 24 meses fue 31%. La probabilidad de aparición de ideación suicida estuvo mediada por la evolución de los síntomas de depresión (555).

Entre las limitaciones del estudio destaca que, aunque se aporta información sobre la intervención y el grupo de tratamiento habitual de forma global, no se aportan datos sobre el efecto de los tratamientos específicos (antidepresivos en cada grupo, pacientes que recibieron la TRP o el *counselling* o derivaciones a salud mental). Además, se excluyeron pacientes de alto riesgo y, aunque no tuvo lugar ningún suicidio, no se presentan datos sobre los intentos de suicidio o las hospitalizaciones debidas a la ideación suicida.

ECA 1+

Bruce et al. (232) evaluaron la efectividad de una intervención frente al tratamiento habitual en pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor o menor y presencia de ideación suicida (PROSPECT *study*). En el grupo experimental se puso en funcionamiento un algoritmo de tratamiento de la depresión con citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. Además de este algoritmo, se incluyó a un profesional entrenado en el manejo de la depresión (trabajador social, profesional de enfermería o psicólogo). En el grupo de tratamiento habitual, se dio información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión.

A los 12 meses, tanto la intervención del grupo experimental como la del grupo que recibió tratamiento habitual obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida; aunque los pacientes tratados según el algoritmo presentaron una disminución más rápida de los síntomas de depresión (incluída la ideación suicida) y una mayor tasa de recuperación que el grupo control. La recuperación fue más lenta en las personas mayores con ideación suicida más intensa o con historia de conducta suicida previa, y en este subgrupo se produjeron más recaídas.

A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (233).

En este estudio, al igual que en el anterior, no es posible identificar el efecto específico de cada uno de los tratamientos (medicación o psicoterapia).

Programas clínicos de prevención

Esta intervención se comparó con un grupo de mayores de otro estudio. Las características de los pacientes de este grupo fueron similares a las del grupo ESPP; aunque incluyó mayor número de personas viviendo solas y el porcentaje de depresión y de conducta suicida previa fue significativamente más elevado. La tasa de suicidio a los dos años fue significativamente menor en el grupo ESPP (1,99% vs 7,58%) en comparación con el grupo control, y el grupo que más se benefició de la intervención fue el de las mujeres mayores de 85 años. No surgieron diferencias significativas entre los grupos en las tasas de reintentos a los dos años (556).

Serie de casos 3

En un estudio realizado en China se evaluó la efectividad de un programa de prevención del suicidio en mayores con intentos de suicidio previos (*Elderly Suicide Prevention Program*, ESPP) (556). Los componentes de la intervención experimental fueron: tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento en figuras clave en la detección del riesgo, y seguimiento tras el intento de suicidio siguiendo un modelo psiquiátrico orientado a la comunidad.

En la tabla 55 se resumen las características más importantes de los estudios de prevención indicada.

Tabla 55. Estudios de prevención indicada de la conducta suicida en mayores

Autor, año (ref.) Tipo de estudio, NE	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Intervención
Oyama et al., 2008 (448) Metanálisis, NE 2++	49 035	Tasa de suicidio	Cribado de depresión + seguimiento
Oyama et al., 2010 (449) Estudio de cohortes cuasi-experimental, NE 2++	486	Tasa de suicidio	Cribado de depresión + seguimiento
Unutzer et al., 2006 (555) ECA, NE 1+	1801	Ideación suicida	Cuidados compartidos (Collaborative Care).
Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004 (232, 233) ECA, NE 1+	599	Ideación suicida	Cuidados compartidos (Collaborative Care).
Chan et al., 2011 (556) Serie de casos, NE 3	351	Tasa de suicidio	Tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento de figuras clave o gatekeeper y seguimiento.

ECA: ensayo clínico aleatorizado; N: número de pacientes; NE: nivel de evidencia; Ref: referencia; N: número
Fuente: elaboración propia.

10.3. Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo

10.3.1. Pacientes con gran dependencia o enfermedad somática grave

La pérdida de salud puede ser un desencadenante de la conducta suicida, especialmente si se acompaña de cronicidad, dolor, discapacidad o de un pronóstico negativo de la enfermedad (38, 499). Otros factores a considerar son si la enfermedad produce una desfiguración o si existe la presencia comórbida de trastornos mentales, en especial de depresión (36, 499, 557). También hay que tener en cuenta aquellas enfermedades que generan un aumento de la impulsividad, agresividad u hostilidad (499, 558-560) ya que pueden presentar mayor riesgo de conducta suicida. Hay una relación lineal entre el número de problemas físicos y el riesgo de suicidio (561).

En los estudios *postmortem* existe una gran variabilidad a la hora de determinar el porcentaje de personas que sufren algún tipo de afección somática cuando se suicidan. La mayoría de los autores reconocen que es raro el suicidio en ausencia de algún trastorno mental (557, 562).

Enfermedad crónica

Habitualmente la enfermedad crónica supone una modificación del estilo de vida del paciente y una carga social, tanto desde un punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacidad del sujeto.

Algunos estudios revelan que la enfermedad crónica puede ser un factor de riesgo para la depresión (535, 563, 564), lo que podría incrementar las ideas e intentos de suicidio (565) que, con frecuencia, suceden sin antecedentes de intentos previos (153). Además, la discapacidad física y el dolor se asocian significativamente con la ideación suicida, independientemente de variables como el tratamiento y la depresión (54).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Serie de casos 3

Por todo ello se necesita un seguimiento especial de estos pacientes por parte del médico para identificar precozmente una posible conducta suicida (561, 563, 564).

Dolor crónico

Los pacientes con dolor crónico tienen mayor riesgo de sufrir depresión que la población general por lo que se podría esperar que este tipo de pacientes presente mayores tasas de ideación, intentos de suicidio y suicidios consumados (50, 566).

Tang et al. (567) realizaron una revisión sistemática de estudios prospectivos con el objetivo de identificar los factores de vulnerabilidad al suicidio en personas con dolor crónico. La población estudiada fueron personas con dolor crónico asociado a peor salud y menor calidad de vida y con mayor riesgo de depresión mayor, observando una prevalencia de suicidio 2-3 veces mayor que entre la población general. También la ideación suicida fue tres veces mayor entre la población con dolor crónico respecto a pacientes con dolor no crónico.

RS de distintos tipos de estudios 2+

Los factores de riesgo cuya presencia incrementaba el riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico fueron los siguientes:

- Ubicación y tipo del dolor: el dolor de espalda y el dolor generalizado se asociaron con mayor suicidio que en la población sin dolor. Respecto al tipo, los pacientes con migrañas con aura presentaron dos veces más intentos de suicidio que aquellos con migrañas sin aura, y el dolor abdominal crónico se asoció con una mayor ideación suicida que el dolor neuropático.
- Duración: a mayor duración en el tiempo, mayor probabilidad de presentación de ideación suicida.
- Presencia de insomnio comórbido: fue un discriminador significativo para evaluar la presencia o ausencia de ideación suicida en pacientes con dolor crónico.
- Intensidad: los estudios no fueron concluyentes en este tema.

Los autores subrayan la necesidad de una evaluación del riesgo de conducta suicida en pacientes con dolor crónico y la realización de nuevos estudios que investiguen el papel de los factores de riesgo y que permitan desarrollar intervenciones que minimicen este riesgo.

Los estudios posteriores a esta revisión (567) apoyan la necesidad de realizar evaluaciones específicas sobre las tendencias suicidas y realizar tratamientos específicos que disminuyan el riesgo de suicidio en personas con dolor crónico (529, 535, 568-570).

Estudio caso-control 2+

Series de casos 3

Discapacidad física

La discapacidad física (deficiencia que afecta a una estructura o función corporal) aparece como consecuencia de una enfermedad, limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida (571) y se considera un factor de riesgo de conducta suicida (572). En la tabla 56 se resumen los estudios recuperados en la búsqueda bibliográfica.

Los estudios anteriores coinciden en la relación existente entre discapacidad física y conducta suicida y apoyan la necesidad de una evaluación psicopatológica de las personas con discapacidad física, ya que la presencia de síntomas depresivos comórbidos es un factor importante en esta relación. Por último, los autores recomiendan instaurar programas de prevención sobre los propios pacientes así como formación para los facultativos que los atienden (572-579).

RS de distintos tipos de estudios 2+

Serie de casos 3

Tabla 56. Características de los estudios incluidos sobre discapacidad física y suicidio

Autor, año, ref. TE y NE	Objetivos	Resultados
Kishi et al., 2001 (573) Serie de casos, NE 3	Evaluar la relación entre las características clínicas y la ideación suicida en pacientes con enfermedades físicas graves. El estudio incluyó pacientes con un accidente cerebrovascular, lesión cerebral traumática, infarto de miocardio o lesión de la médula espinal (n = 496).	Un 7,3% de pacientes con enfermedad física grave presentaban ideación suicida, sobre todo en aquellos con depresión mayor. Tras la mejora del trastorno depresivo, la ideación suicida fue disminuyendo.
Kaplan et al., 2007 (574) Estudio transversal, NE 3	Evaluar si la enfermedad crónica o la limitación funcional pueden ser predictores de conducta suicida. Realizado con datos recogidos en la encuesta nacional de salud durante los años 1986-94 (356 845 encuestas realizadas).	Las limitaciones funcionales parecen ser un predictor significativo de suicidio; aunque las enfermedades crónicas por sí solas no lo fueron.
Everett et al., 2008 (575) Serie de casos, NE 3	Evaluar la relación entre discapacidad física o problemas de salud a largo plazo y una serie de comportamientos de riesgo para la salud, entre ellos intentos de suicidio (encuesta a 9324 estudiantes).	Los estudiantes con discapacidad física o problemas de salud describen su salud como mala y presentan mayor comportamiento de riesgo para la salud, como p.ej., ideación suicida.
Gadalla et al., 2008 (576) Serie de casos, NE 3	Evaluar la discapacidad física a corto plazo, la limitación en las actividades de la vida diaria y la ideación suicida en personas con enfermedades físicas con o sin comorbilidades de trastornos del ánimo.	Las personas con discapacidad física y trastorno de ánimo, que a su vez presentan mayores necesidades de ayuda en las tareas diarias, muestran mayor ideación suicida.
Zochling et al., 2008 (577) Opinión de expertos, NE 4	Evaluar la causa de mortalidad en pacientes con espondilitis anquilosante.	Las muertes violentas, incluyendo las secundarias a accidente y suicidio, fueron casi el doble que en la población general. Los resultados mostraron falta de adaptación psicológica y un consumo elevado de alcohol.
Jurisic et al., 2009 (578) Serie de casos, NE 3	Analizar las consecuencias psicológicas después de un accidente (encuesta a 50 personas).	Los pacientes con discapacidad física informaron de pensamientos negativos, ideas suicidas y planificación e intento de suicidio, sin importar el tipo de discapacidad presentada. Las personas con antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio fueron más propensas a la planificación suicida.
Dennis et al., 2009 (579) Serie de casos, NE 3	Investigar la relación entre la ideación suicida y los problemas de salud y discapacidad física (encuesta a 8580 adultos).	Existencia de asociación entre limitaciones de actividades de la vida diaria e ideación suicida.
Giannini et al., 2010 (572) RS distintos tipos de estudios, NE 2+	Investigar los factores de riesgo de suicidio en personas con discapacidad (intelectual, lesión de médula espinal o esclerosis múltiple).	Tasas de suicidio significativamente más altas entre las personas con esclerosis múltiple o lesión medular que en población general. En ambas, la depresión se observó como el mejor indicador de ideación suicida.

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; NE: nivel de evidencia
Fuente: elaboración propia.

Otras enfermedades y conducta suicida

Aunque no en todas las enfermedades se ha investigado su relación con el suicidio, en algunas concretas se ha visto un mayor riesgo de conducta suicida, no tanto por la enfermedad en sí, sino debido a los síntomas o discapacidades esperadas por el paciente. Así, los pacientes con cáncer presentan mayor riesgo de conducta suicida ya que se sigue asociando con muerte, dolor, mal pronóstico y tratamiento prolongado (50, 54, 574). En el caso del SIDA, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica (55). Sin embargo dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (56).

En ambas enfermedades el riesgo es más alto en el momento del diagnóstico y en los primeros años de evolución (50, 499) y un estado avanzado o un mal pronóstico incrementa notablemente el riesgo de suicidio (50, 580).

Opinión de expertos 4

El *New York State Department of Health* (581) realiza una serie de recomendaciones sobre cómo se debe actuar ante un paciente con SIDA que presenta conducta suicida, algunas de las cuales podrían ser aplicables a cualquier población con riesgo suicida:

- Evaluar la sintomatología depresiva y los factores de riesgo específicos para conducta suicida
- Evaluar el comportamiento suicida y/o violento al inicio y por lo menos anualmente, como parte de la evaluación de salud mental
- Tratar de involucrar a amigos y familiares en la planificación del tratamiento y en el desarrollo del mismo
- En caso de identificar pacientes con ideas de suicidio o conducta violenta, discutir con ellos los motivos y desarrollar un plan para modificar los factores de riesgo.

En resumen, en pacientes con enfermedad crónica (561, 563, 564), dolor crónico (567-570) o discapacidad física (572-579), así como en ciertas enfermedades específicas como el cáncer (54) o el SIDA (55) es necesaria una especial evaluación y seguimiento para identificar posibles conductas suicidas.

10.3.2. Cuidadores no profesionales de enfermos

El perfil más común del cuidador es el de una mujer (esposa o hija del dependiente), ama de casa, que reside con el paciente y que presta sus servicios varias horas al día durante todos los días de la semana. La mayoría de las veces, estas tareas y responsabilidades del cuidador se realizan sin percibir remuneración económica por su trabajo (582).

Un grupo importante de cuidadores lo constituyen los mayores de 65 años, generalmente cónyuges, de especial importancia por la elevada comorbilidad que suelen presentar (582). La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, emocional, social, económico, familiar o laboral y conforman un auténtico "síndrome del cuidador" que es necesario conocer, diagnosticar y tratar (583).

Existe poca bibliografía sobre la prevalencia de suicidio entre los cuidadores de enfermos crónicos o dependientes, pero sí sobre la depresión o ansiedad en este grupo de población. No podemos olvidar que la depresión mayor es el trastorno mental más frecuentemente asociado con la conducta suicida (40).

Una revisión sistemática (584) sobre intervenciones dirigidas a disminuir la sintomatología del cuidador de personas dependientes observó que las intervenciones con participación activa de los cuidadores principales y basadas en TCC centrados en ansiedad (585, 586), depresión (586-592) y sobrecarga (592-595) fueron más eficaces que aquellas cuyo contenido se centró exclusivamente en la adquisición de conocimientos (584).

RS de estudios 2+

Otro estudio, no incluido en la revisión anterior, también encontró resultados positivos en la gestión del estrés de cuidadores de personas mayores con demencia, accidente cerebrovascular o discapacidad física, mediante una intervención con formato grupal en la que se incluía información sobre las distintas enfermedades y el estrés y técnicas de resolución de problemas y de relajación (596).

Estudio caso-control 2+

Existe poca información sobre otro tipo de violencia, la del homicidio-suicidio, en la que familiares, habitualmente esposos, atentan contra la vida de la persona dependiente y posteriormente se suicidan o lo intentan (597). Los factores de riesgo para el homicidio-suicidio son los sentimientos de impotencia, desesperanza y agotamiento por el cuidado, unidos a la imposibilidad de mejorar la situación (597).

Los autores consideran necesario realizar una valoración del riesgo de aquellos cuidadores mayores con síntomas de depresión, cuando existe evidencia de conflictos domésticos (divorcios, violencia doméstica, separaciones…) o una historia de ideación o conducta suicida o violenta (36, 597), teniendo en cuenta, además, que la mayoría de los agresores ha visitado a su médico en el mes o semana anterior a la realización del acto violento (597).

10.3.3. En diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo

Tipo de trabajo

La OMS define al trabajador con riesgo de suicidio como "el resultado de una compleja interacción entre las vulnerabilidades individuales, condiciones estresantes de trabajo y condiciones estresantes de la vida". La prevención del suicidio entre los trabajadores debería abordarse a través de (324):

Opinión de expertos 4

- Reducción del estrés laboral
- Desestigmatización de los problemas de salud mental y búsqueda de ayuda

– Reconocimiento y detección temprana de dificultades emocionales
– Intervención y tratamiento adecuado.

Un programa de prevención deberá tener como meta crear un ambiente de trabajo respetuoso, no estresante, que facilite las relaciones sociales, proporcione una identidad corporativa positiva y al mismo tiempo potencie al trabajador como individuo. Estas estrategias pueden realizarse tanto en empresas pequeñas como grandes (324).

Ciertas profesiones tienen mayor riesgo de suicidio que otras y, aunque no se ha encontrado su causa, se cree que el fácil acceso a los medios y circunstancias específicas, como presión en el trabajo, dificultades económicas o aislamiento social, pueden ser la explicación de esta mayor tasa de suicidio (499). Según la OMS, la disponibilidad inmediata de un método es un factor importante para determinar si una persona cometerá suicidio o no, por lo que es necesario reducir el acceso a los medios como estrategia efectiva en la prevención del suicidio (190).

RS de distintos tipos de estudios 2+

Estudio caso-control 2+

Serie de casos 3

Como en el caso de las enfermedades, no todas las profesiones han sido estudiadas en su relación con la conducta suicida, lo que puede llevar a una sobreestimación en alguna de ellas. Así, la mayoría de los estudios hacen referencia a profesionales de la salud, incluyendo estudiantes de medicina (250, 560, 598-602) o a policías, bomberos y militares (560, 603-607).

En el caso de los médicos, además del fácil acceso a los medios, se consideran factores de riesgo, un exceso de horas de trabajo, la exigencia de los pacientes, el rechazo a pedir ayuda (250), o el desgaste (600). Tanto en la profesión médica como en la policía, las mujeres presentan mayor tasa de suicidio que los hombres (250, 598, 607). Los autores de estos estudios ven necesario adoptar medidas preventivas para la reducción del acceso a medios y la promoción de la salud entre los trabajadores.

RS de estudios 2+

Estudio cuasi-experimental 3

Dos estudios abordan la evaluación de programas de prevención del suicidio en centros de trabajo: el primero es una revisión sistemática que incluye distintos lugares, como escuelas, centros médicos, cárceles, etc (606), y el segundo un programa llevado a cabo en las fuerzas aéreas de EE.UU. (604). Los puntos comunes de estos programas son:

– Educación y formación sobre el suicidio a todos los trabajadores, directivos o mandos
– Desarrollo de una adecuada relación entre los trabajadores y el personal sanitario. Entrevistas de evaluación en momentos de mayor estrés

– Cooperación entre recursos internos y externos (médico de empresa y médico general o servicio de salud mental)
– Mejora en la gestión del personal, cuidado sanitario y detección y atención a personas de alto riesgo
– Evaluación de los programas mediante aspectos como factores asociados al suicidio, actitudes no deseables, conocimientos de salud mental y habilidades de afrontamiento.

Los resultados obtenidos por el programa de prevención de las fuerzas aéreas muestran que es posible reducir la tasa de muerte por suicidio cuando se realiza su implementación (604).

Desempleo

El desempleo es un importante factor de riesgo de suicidio, fundamentalmente en el grupo entre 35-45 años, consumidores de alcohol, personas que sufren trastornos de personalidad y aquellos que han perdido el trabajo recientemente (38, 50). Se ha visto, además, una asociación inversa entre el nivel socioeconómico del área de residencia y las tasas de suicidio, y que las áreas con mayor desempleo y menor nivel educativo presentan mayores tasas de suicidio (608). Por otra parte, la lucha contra el desempleo puede reducir las tasas de suicidio entre los desempleados y los trabajadores que se sienten inseguros en el mercado laboral (560).

Se ha estimado que el riesgo de suicidio entre desempleados es 2-3 veces mayor que en la población con empleo. Además, el riesgo de suicidio aumenta a medida que se alarga el desempleo hasta llegar a los dos años y a partir de los cuatro el riesgo se mantiene o disminuye en los hombres, pero sigue aumentando en las mujeres (36).

RS de distintos tipos de tipo de estudios 2+, 3

La guía de la APA destaca la importancia de determinar la situación laboral de las personas como parte del proceso de valoración del riesgo suicida. Además se deben considerar otras situaciones estresantes, como la pérdida de empleo, dificultades económicas y de pareja o presentar un trastorno mental o abuso de sustancias o alcohol (36).

Un reciente estudio (609) analiza las tasas de suicidio desde 1928 hasta 2007 y encuentra que los suicidios aumentan o disminuyen en función de los ciclos económicos, fundamentalmente entre las personas en edad laboral. Los problemas económicos pueden influir en cómo las personas se sienten con ellas mismas, así como en sus relaciones sociales.

Opinión de expertos 4

En estas circunstancias, las estrategias de prevención serían, entre otras (609):

– Proporcionar apoyo social a aquellas personas que pierden su trabajo
– Aumentar el grado de integración social
– Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud mental.

Trabajo en grandes empresas

La existencia de suicidios en cadena en grandes empresas, hace pensar en la necesidad de planes de prevención. La OMS recomienda que en las grandes compañías, la prevención del suicidio debe abordarse mediante el desarrollo de una fuerte infraestructura de salud laboral, con inclusión de programas de apoyo a los trabajadores y favoreciendo el acceso a los servicios sanitarios (324).

Opinión de expertos 4

Aunque no se han encontrado estudios específicos sobre el tema, el suicidio en las grandes empresas suelen asociarse con factores como la dinámica de trabajo, reubicaciones de personal y restructuraciones o despidos masivos.

Acoso psicológico y sexual en el ambiente laboral

El *mobbing* o acoso psicológico en las empresas produce un detrimento de la salud de los trabajadores afectados y un deterioro psicológico progresivo que pueden causar su baja laboral (610).

El Informe Cisneros sobre acoso psicológico y moral en el trabajo indicaba en 2001 que más del 15% de los trabajadores en activo encuestados manifestaban haber sido objeto de acoso laboral o *mobbing* en los últimos 6 meses. Sin embargo, el número de trabajadores que sufren el acoso podría ser mayor, ya que muchos de ellos no se deciden a denunciarlo, ya sea por temor a perder el trabajo, por la dificultad de poder demostrarlo o por qué creen que no tendrán apoyo por parte de sus superiores (611).

Algunos estudios revelan que el *mobbing* puede ser un factor de riesgo de presentar depresión, ansiedad y estrés, lo que podría incrementar la conducta suicida en estas personas (53, 612-615). Así, aproximadamente entre el 10% y el 20% de los individuos que se suicidan anualmente en Suecia tienen antecedentes de acoso psicológico en el trabajo (613). Estos trabajadores pueden presentar somatizaciones, como cefalea, taquicardia, trastornos del sueño o gastrointestinales entre otros, o síntomas psicológicos como alteraciones del estado de ánimo y ansiedad (616-618), lo que repercute en su vida social (612-614).

Serie de casos 3

Varios estudios han observado una asociación entre *mobbing* e ideación suicida. Concluyendo con la necesidad de elaborar programas preventivos y de realizar una especial atención a todas estas personas que denuncian o sufren acoso psicológico en el trabajo (53, 612-615).

El acoso sexual puede presentarse de dos formas (619):

- *Quid pro quo*, cuando se condiciona a la víctima con un beneficio
- Ambiente laboral hostil, cuando se intimida o humilla a la víctima.

Las consecuencias del acoso sexual para la víctima son graves, produciéndose sufrimiento psicológico, cambios de comportamiento (aislamiento y deterioro de relaciones sociales), enfermedades físicas producidas por el estrés, abuso de sustancias, abandono del trabajo, pudiendo llegar en ocasiones al suicidio (620).

Opinión de expertos 4

Así, se ha observado que de 32 mujeres con acoso sexual, todas sufrieron síntomas depresivos y de ansiedad, siete tuvieron depresión mayor y tres, intentos de suicidio (621).

Serie de casos 3

10.3.4. Personas que sufren violencia doméstica

La violencia doméstica se asocia con una mayor tasa de ideación e intentos de suicidio, siendo 4 a 8 veces superior que en aquellas personas que no la han sufrido (36). Esta no sólo incluye las repercusiones del suceso traumático, como la muerte o un embarazo no deseado, si no también problemas de salud física o mental a largo plazo, como depresión, estrés postraumático, somatización, abuso de sustancias y suicidio (59, 615, 622).

RS de distintos tipos de estudios 3

Serie de casos 3

Las víctimas de violencia familiar son principalmente los niños, esposas/parejas y adultos mayores. Aunque la violencia de las mujeres contra los hombres también se produce, las mujeres presentan entre 7 y 14 veces más probabilidad de sufrir graves lesiones físicas por parte de su pareja (615).

RS de distintos tipos de estudios 3

Se considera que hasta el 25% de las mujeres experimentan algún tipo de violencia doméstica a lo largo de su vida (53), siendo la posibilidad de que padezcan trastornos mentales dos veces superior de las que no la sufren (623, 624). Las mujeres embarazadas son particularmente susceptibles de maltrato con tasas que van desde el 11% al 21%, presentan más problemas emocionales y hasta un 20% de ellas presentan intentos de suicidio (624).

RS de distintos tipo de estudios 2+, 3

Serie de casos 3

También se ha observado un riesgo de suicidio entre los agresores o quienes observan esa violencia (36, 60). Datos del 2010 nos muestran que en España los agresores, tras atentar contra su pareja, realizan un intento de suicidio en el 22% de los casos y lo consuman en un 16% (60).

RS distintos tipo de estudios 2+, 3

Estudio caso-control 2+

Los estudios sobre este tema se centran en los factores asociados a la conducta suicida en la población que sufre violencia doméstica y la mayoría están realizados en mujeres (36, 59, 625) y adolescentes (36, 622, 623). En la tabla 57 se resumen los estudios más relevantes recuperados en la búsqueda bibliográfica.

Serie de casos 3

Tabla 57. Características de los estudios incluidos sobre violencia doméstica y suicidio

Autor, año, ref. TE y NE	Objetivo/población	Resultados
Golding, 1999 (59) Metanálisis NE 2++	Revisar la evidencia existente sobre la prevalencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia de género.	Incluyeron 13 estudios sobre conducta suicida en mujeres maltratadas, con tasas de prevalencia entre el 4,6-77% y una media ponderada de 17,9%.
Guía de la APA, 2003 (36) GPC 2+, 3	---	Encuentran que la violencia doméstica está asociada con un aumento del riesgo de intentos de suicidio en las personas que la sufren y que, los individuos que la ejercen o quienes la observan también aumentan el riesgo de suicidio.
Renner et al., 2009 (625) Serie de casos NE 3	Investigar los factores asociados a la ideación suicida entre las mujeres maltratadas en las relaciones de pareja.	El 43% de las mujeres presentaba ideación suicida asociada con abuso sexual o maltrato en la infancia, o cuando el maltrato en la relación de pareja era de menos de 12 meses de duración.
Espinoza-Gomez et al., 2010, (623) Estudio caso-control NE 2+	Estimar en adolescentes universitarios el grado de asociación entre violencia doméstica (verbal, física y sexual) y conducta suicida.	Hayan una asociación estadisticamente significativa entre violencia y conducta suicida. También encuentran que las mujeres refieren significativamente mayor violencia física, verbal y sobre todo sexual que los hombres.

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; NE: nivel de evidencia
Fuente: elaboración propia.

Los estudios anteriores encuentran una asociación entre violencia doméstica y conducta suicida, y destacan la necesidad de desarrollar programas preventivos o realizar una especial atención a todas estas personas, generalmente mujeres, que han sufrido o sufren violencia doméstica (59, 623, 625).

Metanálisis 2++

Estudio caso-control 2+

10.3.5. Población penitenciaria

El suicidio es a menudo la causa más común de muerte en las instituciones penitenciarias, con tasas 7,5 veces superiores en cárceles preventivas y 6 veces en prisiones, en relación a la población general (323). Si comparamos por sexo, las mujeres reclusas presentan mayor riesgo que los hombres (73).

RS de distintos tipo de estudios 3

El riesgo de suicidio en esta población aumenta debido a los siguientes factores ambientales e individuales (323):

Opinión de expertos 4

- Los centros penitenciarios son depositarios de población de alto riesgo de suicidio (población con trastornos mentales, jóvenes, abuso de sustancias o alcohol y/o aislamiento social)
- Impacto psicológico de la detención y encarcelamiento
- La no identificación de un individuo en riesgo
- Falta de profesionales de salud mental.

La población reclusa con mayor riesgo de conducta suicida son los jóvenes reclusos por un primer delito, de raza blanca, solteros y con abuso de tóxicos (73). Los momentos cuando la conducta suicida puede ser mayor son: inmediatamente después del ingreso en prisión, después de complicaciones legales, de malas noticias familiares o tras un abuso sexual u otro trauma (36, 323).

RS de distintos tipo de estudios 3

Opinión de expertos 4

Desde 1988, la Administración penitenciaria española viene manteniendo en todos los establecimientos programas específicos encaminados a la detección y prevención de conductas suicidas, ya que en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria se dice que "corresponde a la Institución Penitenciaria velar por la vida, la integridad y la salud de los internos" (626).

Por su parte, el documento de la OMS sobre prevención del suicidio en cárceles y prisiones del año 2007 (323) y su actualización del mismo año realizada por Konrad et al. (451) concluyen que a pesar de que los programas existentes carecen de la capacidad de predecir de forma fiable el momento del suicidio, los funcionarios de prisiones y los sanitarios están en mejor posición para identificar, evaluar y tratar el comportamiento potencialmente suicida de los reclusos.

Opinión de expertos 4

A pesar de que no todos los suicidios en población reclusa se pueden prevenir, sí se puede conseguir una reducción significativa de éstos con los programas integrales de prevención (36, 323, 627). En la tabla 58 se presentan los aspectos más importantes de los diferentes programas de prevención del suicidio en cárceles recuperados en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 58. Principales aspectos en los programas de prevención del suicidio en población penitenciaria

Guía de la APA, 2003 (36)	Programa marco de prevención de suicidios. Tratamiento, sanidad y vigilancia; 2005 (626)	Konrad et al., 2007 (451). Actualización de las recomendaciones de las OMS (323)	Pompili et al., 2009 (627)
– Capacitación del personal – Identificación de sujetos en riesgo – Seguimiento – Evaluación – Inspección de la celda – Comunicación	– Valoración del riesgo de suicidio al ingreso – Detección (le corresponde a todo el personal de la administración penitenciaria e irá asociada a la adopción de medidas provisionales) – Valoración de la inclusión del recluso en el programa de prevención de suicidio	– Capacitación del personal – Procedimiento de cribado a la llegada y seguimiento – Comunicación entre el personal – Favorecer un buen clima social, minimizar violencia y estrés, maximizar relaciones de apoyo entre reclusos y personal	– Capacitación del personal – Procedimientos de selección del sujeto – Comunicación entre el personal – Documentación del caso
– Intervención – Notificación – Presentación de informes.	– Difusión entre el personal y colaboración con el grupo de “internos de apoyo” • Acciones que permitan una mejora del sistema: • Formación del personal • Cultura de la intervención, aumento de actividades • Perfeccionar el sistema de coordinación de la información • Coordinación entre profesionales (vigilancia, tratamiento, sanidad).	– Procedimiento escrito que describa los requisitos mínimos de celda en individuos de alto riesgo (apoyo social, inspecciones rutinarias, observación…) – Detección y observación de reclusos con trastornos mentales y desarrollo recursos internos o externos de salud mental – Estrategia para el interrogatorio. – Tratamiento de los intentos de suicidio – Manejo de los intentos de suicidio que se entienden como manipulativos – Tras un suicidio deben mejorarse las actividades de prevención (riesgo de suicidio en racimo).	– Recursos internos – Informes después de un suicidio.

Fuente: elaboración propia.

Resumen de la evidencia

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	
Factores de riesgo y protectores	
2++ **2+** **3**	Los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida en la infancia y adolescencia son: – Edad adolescente (343) – Sexo masculino (343, 458, 459) – Depresión (243, 343, 460, 461), abuso de sustancias y otros trastornos mentales (343, 462-468) – Factores psicológicos: variables cognitivas, impulsividad, inhibición emocional, dificultad en solución de problemas y patrón de apego inseguro en la infancia (343, 469, 471-473) – Intento de suicidio previo (343) – Factores genéticos y biológicos (51, 343) – Factores familiares y contextuales: psicopatología de los padres (343), conflictos familiares o violencia doméstica (343, 474), acontecimientos vitales estresantes (343), *bullying* (343, 475-477) y *ciberbullying* (475, 478), exposición a casos de suicidio cercanos (343, 460), malas relaciones con el grupo de iguales (460, 479) – Orientación sexual: homosexualidad (460, 481), bisexualidad (480) – Maltrato físico y abuso sexual (343, 482, 483)
2++ **2+**	Algunos factores de riesgo que pueden anteceder a la conducta suicida en este grupo de edad y actuar como factores precipitantes son: – Acontecimientos vitales estresantes (343, 484) – Crisis con los padres/conflictos familiares (343, 484) – Factores psicológicos/personales (484) – Problemas con el grupo de iguales o de pares (343) – Dificultades escolares (343).
2++ **2+**	Los factores protectores asociados a una reducción del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia son: – Alta cohesión familiar y bajo nivel de conflictos (343, 345, 486) – Habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento (343, 486) – Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio (343, 486) – Sexo femenino (78, 486) – Creencias religiosas o espirituales (343) – Habilidades para estructurar razones para vivir (486) – Nivel educativo medio-alto (343) – Locus de control interno, alta autoestima, buen nivel de inteligencia y adecuados sistemas de apoyo y recursos (78).

Detección y valoración del riesgo suicida	
3	La evaluación del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia requiere una amplia evaluación psicopatológica y social (343). Esta evaluación debe ampliarse a las personas cercanas (padres o profesores), debido a la necesidad de contextualizar y a que la información aportada por los menores en ocasiones no coincide con la de los adultos (343).
1+ **3**	No existe evidencia de que la evaluación de la presencia de ideación o conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o produzca malestar en adolescentes. Al contrario, ayuda a mejorar los niveles de ansiedad y a que el adolescente se sienta mejor comprendido (430, 454).
1+	La evaluación psicopatológica y social acompañada de una intervención cognitiva incrementó de forma significativa el compromiso con el tratamiento a los tres meses, en comparación con la evaluación habitual (487).
Instrumentos psicométricos	
2+ **3**	Las escalas que han demostrado propiedades psicométricas aceptables para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia son: – Cuestionario de riesgo de suicidio (*Risk of Suicide Questionaire*, RSQ) (628) – Escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) (44, 80, 81) – Escala de intencionalidad suicida (*Suicidal Intent Scale*, SIS) (490) – Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) (86) – *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS) (494) – *Children Depression Rating Scale, Revised* (CDRS-R) (496).
Intervenciones preventivas	
• Intervenciones en el ámbito escolar	
1+	En el ámbito escolar, los programas curriculares de prevención universal (3-5 días de clases) se asocian con aumentos significativos del nivel de conocimiento sobre el suicidio, mejores actitudes hacia el mismo y aprendizaje de conductas de autoayuda. El programa *Signs of Suicide* se ha asociado con una disminución significativa de los intentos de suicidio. En él, los estudiantes recibieron información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio y sobre como reaccionar ante una persona con estos signos, y se les realizó un cribado de depresión (416, 504).
1+	El programa *Personal Growth Class* comparó la efectividad de tres intervenciones (un semestre de actividades grupales, de valoración del estado de ánimo, comunicación, mejora de la autoestima y toma de decisiones y autocontrol; otro grupo que incluyó además un semestre de aplicación de las habilidades aprendidas; y un tercer grupo donde solo se realizó la evaluación). En los tres grupos se encontró una disminución significativa de conductas de riesgo de suicidio, depresión, desesperanza, estrés, agresividad y un aumento de la autoestima y la red social (505).

1+	El programa *Counselors Care* comparó una intervención basada en 12 sesiones de entrenamiento de habilidades frente a un grupo de tratamiento habitual. No se encontraron diferencias entre los grupos en disminución de la conducta suicida, agresividad o estrés familiar. En el grupo de entrenamiento de habilidades se encontró un aumento significativo del control personal, habilidades de solución de problemas y apoyo familiar percibido (506).
1+	En pacientes de alto riesgo de suicidio, la terapia interpersonal (10/12 sesiones) fue más efectiva que el tratamiento habitual (apoyo y psicoeducación) en la disminución de los niveles de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (234).
2++ **3**	En la actualidad no existe evidencia sobre la efectividad del cribado en el ámbito escolar que cuenta, además, con una baja aceptabilidad entre los profesionales ya que suele percibirse como una técnica invasiva (377, 417).
1+ **3**	Los estudios de programas de figuras clave en el ámbito escolar han puesto de manifiesto un incremento en los conocimientos y actitudes hacia el suicidio y de las habilidades en la identificación de alumnos con riesgo de suicidio (377). Los programas dirigidos a compañeros (*peer helpers*) tampoco han sido evaluados de manera adecuada, por lo que no existe evidencia suficiente de su efectividad ni de sus posibles efectos adversos (377).
• Prevención en niños y adolescentes con trastornos mentales	
3	Algunas áreas de mejora en el manejo del suicidio en la infancia y la adolescencia son (377): – Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa – Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos – Revisión regular de los síntomas de depresión, ideación suicida y presencia de posibles eventos vitales estresantes, ya que el riesgo de suicidio puede cambiar a lo largo del tratamiento – Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales, de cara a realizar un adecuado seguimiento.
• Otras estrategias de prevención de la conducta suicida	
3	No existe evidencia de eficacia de las líneas telefónicas de ayuda en la prevención del suicidio en la infancia y la adolescencia (377, 507).
2+ **3**	La mayoría de estudios sobre el control de acceso a métodos de suicidio se ha realizado en EE.UU, en donde la restricción del acceso a armas ha disminuido las tasas de suicidio, sobre todo en adolescentes y en adultos jóvenes (377, 512).
3	El impacto de los medios de comunicación sobre la conducta suicida parece aumentar en la adolescencia, y depende del tratamiento que se le de a la información sobre los suicidios (365, 513).
3	Existe evidencia de una relación entre las visitas a sitios web y chats donde se aporta información detallada sobre métodos de suicidio y el aumento de suicidios en personas jóvenes (365, 513).

3	Las estrategias de prevención del suicidio pasan necesariamente por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de programas de filtro por parte de los padres (365, 513).
4	Es importante disponer en Internet de información basada en la evidencia científica sobre la prevención del suicidio, específicamente dirigida a los adolescentes y sus familiares (514).
La conducta suicida en personas mayores	
Factores de riesgo y protectores	
2++ **2+** **3**	Los factores de riesgo que más se asocian a la conducta suicida en mayores son: – Intentos de suicidio previos e ideación suicida (44, 515, 519, 522, 523) – Presencia de trastorno mental (sobre todo depresión) y adicciones (44, 53, 73, 344, 515, 519, 522-525, 528, 529) – Presencia de trastornos y rasgos de la personalidad específicos (especialmente del grupo A y B) (44, 522) – Enfermedad física crónica (44, 53, 73, 515, 522-524, 533-537) – Aislamiento social y eventos vitales estresantes (44, 53, 73, 515, 522-524, 533, 538) – Déficit funcional (44).
2++	Los factores protectores asociados a la reducción del riesgo de suicidio en mayores son (44): – Hábitos de vida saludables – Contacto con la familia y amigos – No consumo excesivo de alcohol – Mantenerse activo – Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida – Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.
3	Los factores protectores que se asocian con una disminución de la ideación suicida son (344): – Locus de control interno – Percepción de autoeficacia – Satisfacción con la vida.
3	Otros factores protectores que podrían actuar de forma indirecta, aumentando el bienestar psicológico son (44): – Percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma – Habilidades de afrontamiento – Orientación al futuro y espiritualidad.

Detección y valoración del riesgo suicida	
3	La evaluación del riesgo de suicidio en personas mayores requiere especial atención de las circunstancias y del entorno de la persona, sus expectativas, calidad de vida y presencia de trastorno mental o enfermedad somática (44).
Instrumentos psicométricos	
2+ **3**	Las escalas con mejores propiedades psicométricas para la valoración del riesgo de suicidio en personas mayores son: – Escala de ideación suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation,* SIS) (94) – Escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale,* GDS) (539) – *Geriatric Hopelessness Scale* (GHS) (540) – Inventario de razones para vivir para mayores (*Reasons for Living Scale-Older Adult Version,* RFL-OA) (541) – Índice breve de bienestar de la OMS (*Who-Five Well-Being Index,* WHO-5-J) (542) – *Brief Symptom Rating Scale* (BSRS-5) (543).
Intervenciones preventivas	
• Medidas de prevención universal: – *Formación de los profesionales y medidas educativas*	
3	La formación de los profesionales implicados en el manejo de personas mayores es esencial. Algunas áreas son (44): – Identificación de los factores de riesgo y de protección específicos del suicidio – Evaluación y manejo de instrumentos psicométricos de valoración del riesgo de suicidio en personas mayores – Aptitudes para la intervención en situaciones de riesgo de suicidio – Manejo del riesgo de suicidio y su seguimiento.
Q	El contacto con los profesionales sanitarios puede ser crucial en la prevención del suicidio, al favorecer la comunicación de ideación o intencionalidad suicidas y posibilitar el establecimiento de las medidas oportunas (549).
3	Con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma del suicidio, es importante orientar la educación a las personas mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación (44).
	– *Restricción del acceso a medios*
3	Uno de los métodos de intento de suicidio más frecuente en mayores es la intoxicación medicamentosa. Otros métodos de suicidio utilizados son el ahorcamiento, la precipitación y el ahogamiento (551, 552).

3	El control del acceso a los medios potencialmente letales es fundamental en la prevención del suicidio. Los médicos podrían limitar el riesgo de sobredosis prescribiendo envases de pequeñas cantidades de fármacos y haciendo un seguimiento de su uso (44).
• Prevención selectiva	
– *Líneas telefónicas de apoyo*	
2+	El mantenimiento de contacto telefónico dos veces por semana y el servicio telefónico de urgencias las 24 horas se asoció con una disminución significativa de la tasa de suicidios en mujeres, no así en en hombres (553).
– *Intervenciones comunitarias*	
2+	Una intervención comunitaria basada en actividades grupales, psicoeducación y evaluación de la depresión obtuvo, tras su implementación, una reducción significativa del 76%, respecto de un área de referencia, en las tasas de suicidio de mujeres mayores de 65 años (554).
– *Promoción de la resiliencia*	
3	La TIP adaptada a pacientes mayores (16 sesiones de frecuencia semanal) consiguió una disminución significativa de las ideas de muerte, de ideación suicida y de la gravedad de los síntomas de depresión (352).
• Prevención indicada	
– *Cribado de depresión y seguimiento*	
2++	Las intervenciones comunitarias de cribado de la depresión (evaluación + seguimiento por parte de psiquiatra o médico de atención primaria) redujeron las tasas de suicidio de forma significativa. El seguimiento realizado por el psiquiatra obtuvo mejores resultados en la reducción del riesgo de suicidio, sobre todo en hombres (448, 449).
– *Cuidados compartidos (Collaborative Care)*	
1+	Un estudio realizó una intervención de cuidados compartidos en mayores con depresión o distimia basada en la incorporación de profesionales de enfermería y psicólogos quienes realizaron su evaluación y psicoeducación. Las opciones de tratamiento fueron antidepresivos o terapia de resolución de problemas (4-8 sesiones), además de un seguimiento cercano (contacto telefónico o entrevista personal). En comparación con el tratamiento habitual (antidepresivos, *counselling* y derivación a salud mental), se obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida a los 6, 12, 18 y 24 meses (219, 555).
1+	Un estudio realizado en mayores con depresión e ideación suicida comparó la prescripción de ISRS (citalopram) y/o TIP con tratamiento habitual, logrando una reducción significativa de la ideación suicida a los 12 meses (232, 233).
– *Programas clínicos de prevención*	
3	Un programa de prevención basado en el tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento de figuras clave en la detección del riesgo (*gatekeeper*) y seguimiento tras el intento de suicidio con un modelo psiquiátrico orientado a la comunidad, obtuvo una reducción significativa de la tasa de suicidios a los dos años, aunque la reducción de los reintentos en el mismo plazo de tiempo no fue significativa (556).

La conducta suicida en otros grupos de riesgo	
Pacientes con gran dependencia o enfermedad somática grave	
2+ **3**	Los estudios muestran una asociación entre la presencia de enfermedades crónicas con dolor y el riesgo de conducta suicida. La discapacidad física y el dolor pueden presentar asociación con ideación suicida sin trastorno depresivo asociado (54, 153, 565).
2+	La evidencia indica que los pacientes con dolor crónico presentan mayor prevalencia de suicidio que la población general. Los factores cuya presencia aumentan el riesgo son su localización, el tipo y la duración del dolor y/o la presencia de insomnio comórbido (567).
3	Se han encontrado distintos estudios sobre la relación existente entre las personas con discapacidad física y la presencia de conducta suicida, que es mayor cuando presentan síntomas depresivos comórbidos (572-574).
3	Los estudios muestran la necesidad de un seguimiento y evaluación por parte del médico de las personas que padecen una enfermedad crónica (561, 563, 564), dolor (567-570), discapacidad física (572, 575-579), o que presentan un mal pronóstico (54, 55).
3 **4**	En pacientes con enfermedades graves, existe un mayor riesgo de conducta suicida en el momento del diagnóstico, en el primer año de la enfermedad y cuando está en estado avanzado o tiene un mal pronóstico (50, 580).
Cuidadores no profesionales de enfermos	
4	La enfermedad crónica y la dependencia no solo afectan al propio paciente sino que también repercuten en la familia y en especial en la persona que asume el rol de cuidador (583).
2+	Existe evidencia sobre distintas intervenciones dirigidas a disminuir la sintomatología negativa del cuidador: la participación activa basada en TCC fue más eficaz que la basada solo en adquisición de conocimientos (584); otra intervención eficaz fue en formato grupal con técnicas de resolución de problemas y relajación (596).
4	Se ha encontrado poca información y de escasa evidencia sobre los factores de riesgo para el homicidio-suicidio en cuidadores; sin embargo, parecen tener peso los sentimientos de impotencia, desesperanza y agotamiento, unido a la imposibilidad de mejorar la situación (36, 597).
Situaciones laborables consideradas de riesgo	
2+ **3**	Varios estudios abordan la relación entre el tipo de trabajo y el suicidio, aunque existen profesiones más estudiadas que otras. Los profesionales con fácil acceso a métodos letales, estrés, exceso de horas de trabajo o rechazo a pedir ayuda, presentan mayor riesgo de suicidio (250, 560, 598-607).
2+	Los programas de prevención del suicidio en centros de trabajo deben integrar aspectos sobre educación y formación a los trabajadores, servicios de apoyo, cooperación entre distintos estamentos, programas de mejora de gestión de personal y evaluación de los programas (604, 606).

2+	Existe evidencia sobre la relación entre el desempleo (38), las dificultades financieras (608, 609) o el aislamiento social y el aumento de riesgo de suicidio (36, 609).
4	Son también estrategias de prevención de la conducta suicida, determinar la situación laboral de las personas como parte del proceso de valoración, proporcionar apoyo social a los desempleados y aumentar el grado de integración social (560, 609).
3	Parece existir una asociación entre ideación suicida y acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*). Además, los trabajadores que sufren *mobbing* suelen presentar somatizaciones, como dolores de cabeza, taquicardias, trastornos del sueño o gastrointestinales (616-618). El *mobbing* puede también causar conflictos en la vida cotidiana fuera del trabajo (612-614).
3 **4**	El acoso sexual en el trabajo se ha asociado con cambios de comportamiento, enfermedad física, abuso de sustancias, abandono del trabajo, síntomas depresivos, de ansiedad y conducta suicida (620, 621).
Personas que sufren violencia doméstica	
3	Existe poca información y de baja calidad sobre la asociación de ideación y conducta suicidas en personas que sufren violencia doméstica. Sin embargo, las tasas de ideación e intentos de suicidio son 4-8 veces mayores que en población general (36, 53).
2++ **2+**	Los estudios encontrados se centran en su mayoría en mujeres (59, 625) y adolescentes (623). Las personas que sufren este tipo de violencia pueden presentar ideación suicida dentro de un contexto de estrés postraumático o depresión. La asociación encontrada entre violencia doméstica y conducta suicida hace necesario elaborar programas de prevención y de especial seguimiento de todas las víctimas.
Población penitenciaria	
4	Las personas en prisión presentan entre 6 y 7 veces mayor riesgo de suicidio que la población general. Este aumento se debe, entre otros factores, a un mayor porcentaje en la población penitenciaria de personas con trastornos mentales, abuso de sustancias o aislamiento social (323).
4	El riesgo de suicidio en la población reclusa aumenta justo después del ingreso, en jóvenes tras su primer delito, en personas con abuso de sustancias y cuando existen problemas legales o familiares (36, 73, 323).
3 **4**	Los programas preventivos pueden disminuir de forma significativa el número de suicidios en la prisión. Todos los programas presentan los siguientes puntos en común: formación del personal, identificación y seguimiento de sujetos de riesgo, comunicación entre el personal, utilización de recursos internos como "internos de apoyo" e informes después de un suicidio (451, 626, 627).

Recomendaciones

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	
D^{GPC}	En niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo de conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social.
C	En la evaluación del riesgo de suicidio en el niño o adolescente se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres o profesores).
✓	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de: – Escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) – Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) – *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS) – *Children Depression Rating Scale, Revised* (CDRS-R).
C	Dentro de la formación escolar se recomienda la implementación de programas de prevención universal del suicidio, como por ejemplo el programa *Signs of Suicide*, una vez adaptado y contextualizado al entorno sociocultural.
C	Se recomienda la implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio, como el *Personal Growth Class* o el *Counselors Care*, una vez adaptados y contextualizados.
C	No existen datos suficientes que nos permitan recomendar el uso de herramientas o programas de cribado de suicidio en el ámbito escolar.
D	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (*gatekeeper*) para el personal de los centros educativos, orientados a la identificación de alumnos con riesgo de suicidio.
D	De cara a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con trastornos mentales se recomienda: – Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso – Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos – Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes – Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.

✓	Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva.
✓	Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.
C	En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.
D	Se recomienda ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares.
La conducta suicida en personas mayores	
D	En la evaluación del riesgo de suicidio en mayores se recomienda valorar especialmente la presencia de depresión, otras enfermedades, abuso de alcohol o de alguna medicación.
D	Se recomienda también valorar el entorno, la calidad de vida y las expectativas de la persona: – Con quién vive, presencia de apoyo y relaciones sociofamiliares – Capacidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria – Presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte.
C	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en la persona mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas, como la Escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale*, GDS).
D	Se recomienda orientar la educación sobre el suicidio a los propios mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación, con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma.
D	En pacientes con factores de riesgo de suicidio se recomienda la prescripción de fármacos en el envase de menor cantidad y hacer un seguimiento de su uso por parte del médico.
C	En mayores con riesgo de suicidio se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación.
D^{GPC}	Para el manejo y tratamiento de la conducta suicida en mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos.
Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo	
✓	En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio.

✓	Se recomienda realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado.
✓	Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico se deben llevar a cabo en tres niveles diferentes: – Universal: • Evaluar la desesperanza y la ideación suicida • Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida… • Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión • Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo. – Selectivo: • Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas. – Indicado (presencia de ideación y/o conducta suicida): • Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método • Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio • Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.
D	Se recomienda una valoración del riesgo de suicidio en cuidadores con síntomas de depresión.
C	En cuidadores con ansiedad, depresión y sobrecarga se recomienda la realización de intervenciones de corte cognitivo-conductual con el fin de disminuir el riesgo de suicidio.
C	En el ámbito laboral se recomienda realizar programas de promoción de la salud que ofrezcan apoyo y asesoramiento a los trabajadores, así como aumentar el grado de integración y la accesibilidad a los servicios de prevención.
D	Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio.
C	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia doméstica.
D	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos.

11. Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de los allegados tras un suicidio?
- Tras el suicidio de una persona, ¿existe alguna intervención preventiva que reduzca el impacto en sus familiares y allegados?
- ¿Existe alguna intervención comunitaria para la prevención tras un suicidio?
- ¿Existe alguna intervención tras el suicidio de un paciente que reduzca el impacto en los profesionales implicados en su manejo?

11.1. Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio

El término superviviente de un suicidio se emplea para referirse a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados no familiares (pareja, amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos) (629).

El fallecimiento a causa de un suicidio supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados quienes, en comparación con la población general, además de un mayor riesgo de trastornos como la depresión o el trastorno por estrés postraumático (247) presentan un incremento de entre dos y diez veces del riesgo de suicidio (630).

Existen algunas diferencias entre el duelo tras un suicidio y el duelo tras otro tipo de fallecimiento, que pueden complicar el proceso o prolongarlo en el tiempo y que sitúan a los allegados en situación de riesgo. Entre los factores subyacentes que podrían explicar esta diferencia destacan el estigma y las implicaciones emocionales que el suicidio provoca en las personas cercanas, como los sentimientos de culpa y la búsqueda de una explicación al suicidio (247,631).

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática sobre estudios cuantitativos y cualitativos que se centran en las necesidades y expectativas de los allegados de una persona fallecida a causa de un suicidio (629). En esta se detectaron tres grandes áreas hacia donde se deberían dirigir los esfuerzos en este tipo de medidas:

– Apoyo de pares o iguales: los allegados demandan diferentes modalidades de intervenciones con iguales, como grupos de apoyo con otras personas que están pasando por la misma situación, o iniciativas individuales. Este tipo de intervenciones son percibidas como un entorno seguro y confidencial en donde las personas pueden expresarse con libertad y aportar su experiencia. A la mayoría de las personas en esta situación, les gustaría conocer a alguien que hubiese pasado por lo mismo.

- Apoyo social: el apoyo recibido por la familia, amigos, compañeros de clase o trabajo y vecinos es importante tras un suicidio. Dicho apoyo ayuda a normalizar la vida diaria, mediante la incorporación a las actividades cotidianas. Lo que se demanda a este tipo de apoyo es ayuda práctica para el día a día, así como su presencia y disponibilidad
- Ayuda profesional: este tipo de ayuda es la más demandada (la necesidad de ayuda profesional percibida es 9 veces mayor que en otro tipo de duelo). Aunque algunas personas sienten que pueden sobrellevar la situación sin ayuda profesional, otras exponen la existencia de diferentes barreras para recibir la ayuda profesional deseada. Sería necesario que dicha ayuda se ofreciese de forma rápida y que no fuese necesario que la persona demande la ayuda por sí misma. Los aspectos en donde se debiera hacer un especial hincapié son: aportar la información necesaria en estas circunstancias (sobre el suicidio, el proceso de duelo y cómo puede afectar el fallecimiento en la familia), ofrecer diferentes modalidades de ayuda, ofrecer tratamientos específicos en la infancia y adolescencia y realizar un seguimiento a largo plazo.

Algunos aspectos clave a considerar de cara al desarrollo de este tipo de programas son (629):

- Contextualizar las estrategias de intervención tras un suicidio en las diferentes culturas
- Tener en cuenta el efecto del estigma
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.

Uno de los estudios de esta revisión investigó las experiencias de duelo de padres cuyos hijos se habían suicidado (16 madres y 6 padres) y puso de manifiesto un conflicto entre la necesidad de hablar del suicidio libremente y estigma social percibido, motivo por el cual estos padres tuvieron menor apoyo social, algo que se considera crucial en situaciones de duelo (632).

Estudio cualitativo Q

Otro estudio se centró en las necesidades y experiencias de los adolescentes que han superado el suicidio de una persona cercana y puso de manifiesto que una buena atención incluiría: proporcionar ayuda inmediata tras el suicidio, adaptada a las necesidades de la persona y de forma prolongada en el tiempo. Para los adolescentes también es esencial que esta atención sea flexible, empática y con la posiblidad de participar en sesiones individuales (633). El estudio enfatiza el impacto negativo del suicidio en los adolescentes, y las posibles dificultades escolares y disminución de la concentración (634).

Estudio cualitativo Q

11.2. Intervenciones preventivas en familiares y allegados

La posvención o intervenciones tras un suicidio, son aquellas actividades desarrolladas con los allegados con la finalidad de prevenir posibles efectos negativos, incluyendo el mismo suicidio. Normalmente este tipo de intervenciones se dirigen a disminuir el impacto que el fallecimiento por suicidio puede tener, pero no se enfocan al tratamiento de la conducta suicida propia (en el caso de personas con intento de suicidio) (635).

Son intervenciones muy importantes debido a que, por un lado, se proporciona el apoyo necesario en una situación de duelo que puede devenir patológica (por la presencia de factores como el estigma asociado, el riesgo de depresión o trastorno de estrés postraumático, sentimientos de abandono y búsqueda de una respuesta al suicidio) y, por otro, son una intervención de prevención del suicidio en sí misma (630).

La posvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo y el trabajo psicoterapéutico con los familiares puede incluir los aspectos (342):

Opinión de expertos 4

- Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros
- Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones
- Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro
- Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera
- Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.

Intervenciones en la familia

Se han llevado a cabo diferentes estudios de intervenciones familiares tras un suicidio (636), dirigidas a parejas (637, 638), padres (639) o niños (640), aunque lo más habitual es que se realicen con adultos en general. En cuanto a quién realiza la intervención, existe una gran variedad:

RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+, 3

- Equipos de intervención en crisis (641)
- Voluntariado (642)
- Profesionales de enfermería de salud mental (637, 638)
- Psicólogos clínicos (640)
- Equipos multidisciplinares (639).

Los estudios incluídos evalúan su efecto a corto plazo (tras la intervención), y solo uno de ellos realiza seguimiento a los 12 meses (638).

En la tabla 59 se resumen las características más importantes de los estudios realizados con familias recogidos en las revisiones sistemáticas realizada por Szumilas et al. (636) y McDaid et al. (643).

En estos estudios se encontró que las intervenciones obtuvieron una mejoría significativa en:

RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+, 3

- Síntomas de depresión, tanto a corto (637, 640) como a largo plazo (638)
- Ansiedad, también a corto y a largo plazo (637, 640)
- Factores psicológicos a corto (637) y largo plazo (638): funcionamiento social, duelo, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, funcionamiento interpersonal, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo

– Reducción del distrés a corto plazo (639)
– Evolución del duelo (6 meses (639) y 12 meses (638))
– Satisfacción con la participación en la terapia (641, 642, 644).

Tabla 59. Características de los estudios incluidos realizados en familias

Autor, año (ref.). TE	N	Intervención	Variables	Duración / Sesiones
Rogers et al., 1982 (642) Estudio Pre-post	53	Programa estructurado de apoyo a familias tras un suicidio.	Síntomas Satisfacción.	8 semanas 2h/semana + 4sesiones/ 2semanas.
Battle, 1984 (641) Serie de casos	36	Grupos de apoyo.	Número de sesiones, motivos para dejar la terapia.	4 meses 1,5h/semana + 4 meses 1,5h/2semanas.
Farberow, 1992 (644) Estudio controlado	82	Discusiones grupales y biblioterapia vs no tratamiento.	Sentimientos Satisfacción.	8 semanas 1,5h/semana + sesiones mensuales opcionales.
Constantino y Bricker, 1996 (637) ECA	32	Intervención grupal de apoyo (enfatiza los 12 factores de Yalom) vs grupos sociales (promoción de la socialización y ocio).	Depresión Síntomas Funcionamiento social Duelo.	8 semanas 1,5h/ semana.
Murphy et al., 1998 (639) ECA	261	Intervenciones grupales+ sesiones psicoeducativas + entrenamiento de habilidades vs tratamiento habitual.	Distrés Estrés postraumático Duelo Estado de salud Estrés del papel marital *(Marital role strain).*	12 semanas 2h/ semana.
Constantino et al., 2001 (638) ECA	60	Intervención grupal de apoyo (enfatiza los 12 factores de Yalom) vs grupo social (promoción de la socialización y ocio) .	Depresión Síntomas Funcionamiento social Duelo.	8 semanas 1,5h/ semana.
Pfeffer et al., 2002 (640) Estudio controlado	75 (52 familias)	Intervención grupal vs no tratamiento.	Estrés postraumático Depresión Ansiedad Funcionamiento social.	10 semanas 1,4h/semana.
De Groot et al., 2007 (645) ECA	134 (74 familias)	TCC vs tratamiento habitual.	Duelo complicado Depresión Ideación suicida Culpabilidad por el suicidio.	4 sesiones de 2 horas.
Cerel y Campbell, 2008 (646) Caso-control retrospectivo	397	Intervención en la escena del suicidio (proveer confort, explicación de protocolos, ofrecer información) vs Intervención pasiva (modelo en el que es el propio paciente el que demanda la atención).	Tiempo transcurrido de la muerte a la intervención Asistencia e implicación en los grupos Apetito, ejercicio, sueño y concentración. Ideación suicidio.	1 sesión

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; N: número de participantes; ECA: ensayo clínico aleatorizado; TCC: terapia cognitivo-conductual.
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Szumilas et al. (636) y McDaid et al. (643).

Las intervenciones que se realizaron en la escena del suicidio se relacionaron con un aumento significativo de conductas de autoayuda en los allegados y mayor participación en terapias de apoyo (646). En uno de los estudios se encontró un mayor nivel de depresión y desconcierto en los participantes de la intervención grupal; aunque también se encontró una reducción en la severidad del duelo y los sentimientos de culpa (644).

En la revisión de McDaid (643) se incluye un ensayo clínico que emplea una intervención de TCC para familiares de primer grado en comparación con el tratamiento habitual. La intervención consistió en 4 sesiones de TCC llevada a cabo por enfermeras de salud mental realizada en los 3-6 meses tras el suicidio. A los 13 meses del fallecimiento, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las reacciones complicadas de duelo, ni en la presencia de ideación suicida o depresión. Sin embargo, el grupo que recibió la TCC mostró menos reacciones desadaptativas y menor percepción de culpabilidad por la conducta suicida de su familiar (645). También se encontró que las personas que presentaron ideación suicida, se beneficiaron más del tratamiento, y la TCC redujo el riesgo de duelo patológico en estas personas (647).

Intervenciones en el ámbito escolar tras un suicidio

Szumilas et al. (636), incluyeron en su revisión seis estudios sobre intervenciones en el ámbito escolar: realización de *counselling* a los amigos cercanos (648, 649), intervenciones de posvención (incluido *debriefing*) a todo el centro escolar (650, 651) y formación de los profesionales (652, 653) (tabla 60).

RS de distintos tipos de estudios 3

Dos de los estudios consideraron como variable de resultado la conducta suicida; aunque no se aportó análisis estadístico (650, 651). En uno de los estudios, los autores describieron un efecto negativo de la intervención, con seis hospitalizaciones y 30 casos de conducta suicida (gestos o intentos de suicidio) a los seis meses de su implementación (650).

RS de distintos tipos de estudios 3

Hazell y Lewin (648), no encontraron un efecto significativo del *counselling* grupal para amigos cercanos. En el estudio llevado a cabo por Sandor et al. 1994 (649), se encontró un aumento significativo en la puntuación en autoeficacia, que se mantuvo en el seguimiento a los dos meses.

Los programas de entrenamiento de profesionales, tanto el de *gatekeeper* como el de intervención en crisis, se asociaron con un aumento significativo en el nivel de conocimientos sobre el suicidio (652, 653), y con altos niveles de satisfacción y utilidad (652).

En la revisión de McDaid et al. (643) se incluyó un ECA que comparó dos intervenciones: una terapia basada en la redacción de la situación de duelo y emociones asociadas y otra basada en la redacción de temas triviales. En este estudio se encontró una mejoría significativa en la experiencia de duelo a las 8 semanas en el grupo de redacción sobre el duelo, pero no se encontraron diferencias en otras variables medidas, como la percepción de recuperación, impacto y visitas no rutinarias al centro de salud. Sin embargo, cabe destacar que el grupo que realizó la redacción en relación al suicidio presentó menor intensidad de la reacción de duelo al inicio del estudio (654).

RS de distintos tipos de estudios 1+

Tabla 60. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito escolar

Autor, año (ref.) TE	N	Intervención	Variables	Duración/ Sesiones
Hazell y Lewin, 1993 (648) Caso-control	126	*Counselling* (grupos de 20-30 personas).	Conducta suicida Riesgo de suicidio Ideación suicida Consumo de drogas.	90 minutos
Sandor et al., 1994 (649) Análisis descriptivo comparativo	15	Intervención comunitaria de apoyo.	Aceptación social Competencia deportiva Apariencia física Competencia laboral Capacidad de seducción Conducta/moralidad Autoeficacia.	2 horas de debriefing tras el suicidio y 2 sesiones en días consecutivos.
Grossman et al., 1995 (652) Ensayo de campo	400 cuidadores (53 escuelas)	Entrenamiento de respuesta a situaciones de crisis en profesionales.	Cambios en conocimientos/habilidades Satisfacción Utilidad del entrenamiento.	19 sesiones de 3 horas a lo largo de 1 año.
Callahan, 1996 (650) Serie de casos	400	Intervenciones de posvención, incluído debriefing.	Intentos de suicidio. Muertes por suicidio.	ND
Mackesy-Amiti et al., 1996 (653) Estudio Pre-Post	205	Entrenamiento de figuras clave o *gatekeeper*	Nivel de conocimientos.	12 sesiones de 3 horas en 4 meses.
Kovac y Range, 2000 (654) ECA	42	Terapia de redacción relacionada con el suicidio vs redacción trivial.	Experiencia y recuperación del duelo Impacto Visitas no rutinarias al centro de salud.	2 semanas 15minutos/ semana.
Poijula et al., 2001 (651) Cuasi-experimental	89	*Debriefing*	Incidencia de suicidio.	2 horas

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; N: número de participantes; ECA: ensayo clínico aleatorizado; ND: no disponible.
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Szumilas et al. (636) y McDaid et al. (643).

11.3. Intervenciones comunitarias

Se han llevado a cabo diversas iniciativas para prevenir el suicidio a nivel comunitario, pero la mayoría no han sido evaluadas.

RS de distintos tipos de estudios 3

Szumilas et al. (636), incluye dos estudios de este tipo (tabla 61). En uno de ellos se decriben los resultados de un programa de prevención que consistió en la elaboración de guías para los medios de comunicación y de campañas de prevención en Viena (Austria), tras un gran número de suicidios en el metro de esta ciudad. En este estudio se encontró una disminución del número de suicidios en el período analizado (1980-1996) en comparación con el número de suicidios previos a la intervención (360). En el otro estudio incluído se describe un programa de prevención de 2 años realizado en jóvenes en Maine (EE. UU.), que consistó en la implementación de un programa comunitario amplio basado en las recomendaciones del *Centers for Disease Control and Prevention* para la prevención del contagio de suicidio (655). Estos estudios; aunque no permiten obtener conclusiones claras acerca de sus efectos sobre el suicidio, pueden ser útiles como ejemplos de implementación de programas de prevención del contagio de suicidio (636).

Serie de casos 3

En Canadá se llevó a cabo otra intervención comunitaria, que se basó en la comparación de cuatro grupos de apoyo, que duraron dos, cuatro, seis y doce meses. Se encontró una mejoría en el Inventario de depresión de Beck al año de la intervención (con una menor reducción en las puntuaciones de dicho inventario en el grupo cuya intervención duró dos meses). Es de interés señalar que en este estudio no se tuvieron en cuenta los abandonos de los participantes en los análisis estadísticos y que los grupos ya presentaban diferencias en las variables clínicas al inicio de la intervención, además debido a la complejidad de los factores que intervienen en la terapia de apoyo, no se pueden atribuir los resultados solamente a la duración de la intervención (tabla 61) (656).

Tabla 61. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito comunitario

Autor (año) (ref) TE	N	Intervención	Variables	Duración/ Sesiones
Etzersdorfer y Sonneck, 1998 (360) Ensayo de campo prospectivo	ND	Desarrollo de guías para los medios de comunicación.	Número de intentos de suicidio y suicidio en el metro.	ND
Seguin et al., 2004 (656) Estudio observacional	69	Grupos de apoyo de distinta duración.	Depresión.	2, 4, 6 y 12 meses
Hacker et al., 2008 (655) Ensayo de campo	ND	Servicios de apoyo en colegios y sistema de salud. Medidas educativas para medios de comunicación.	Número de muertes por suicidio.	2 años (2003-2005)

Ref: referencia, TE: tipo de estudio; ND: no disponible; N: número de participantes
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Szumilas et al. (636).

También en Canadá, en el 2004 la *Canadian Mental Health Association* (CMHA) introdujo un programa basado en el apoyo de iguales o de pares (*Peer Helpers*) que vivieron un suicidio cercano. Los participantes se distribuyeron por parejas según su edad, sexo y relación con la persona fallecida. Aunque el tamaño muestral de este estudio fue muy pequeño (7 pacientes y 9 voluntarios), los participantes mostraron resultados positivos a corto plazo en su reacción de duelo (657).

Serie de casos 3

11.4. Intervenciones en profesionales de la salud tras el suicidio de un paciente

Los profesionales de la salud se relacionan con frecuencia con pacientes que presentan conducta suicida, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la especializada. El suicidio de un paciente es siempre un hecho de gran impacto, fundamentalmente cuando ha existido una importante relación terapéutica, llegando a generar distrés grave en tres de cada diez profesionales (658). Sin embargo, la investigación sobre la trascendencia y las necesidades de los profesionales ante estas situaciones es muy limitada.

Serie de casos 3

Las diferentes fases que suelen presentarse en un profesional tras el suicidio de un paciente, son las siguientes (659):

Opinión de expertos 4

- Fase 1 (inmediata): de shock
- Fase 2 (intermedia): de ansiedad, desasosiego y sentimientos de culpa
- Fase 3 (postraumática): de hacerse preguntas y de dudas de uno mismo
- Fase 4 (recuperación): de renovación de la confianza.

En ocasiones pueden presentarse síntomas de depresión y trastorno por estrés postraumático, agresividad, sentimientos de duelo y culpa, de aislamiento y humillación, así como baja autoestima y preocupación por la reacción de los compañeros (243, 247).

Opinión de expertos 4

Entre los factores que se han relacionado con la aparición de distrés en los profesionales destacan cuestiones relacionadas con el plan terapéutico, posibles reacciones negativas de los compañeros o directivos y la posibilidad de implicaciones legales del caso, fundamentalmente si el paciente no estaba hospitalizado (660). No se han localizado estudios que evalúen intervenciones específicamente dirigidas a disminuir las posibles consecuencias del suicidio en estos colectivos.

Serie de casos 3

Los profesionales de salud mental han puesto de manifiesto que buscar apoyo en los compañeros fue la estrategia más útil (661, 662) y que la revisión del caso ofrece la oportunidad de mejorar el manejo del suicidio y de su impacto (662, 663). También se considera importante recibir formación específica sobre el manejo del suicidio (664).

Un colectivo de especial interés es el de los médicos en formación, especialmente vulnerables a la aparición de distrés tras el suicidio de un paciente (663, 665). Aunque sus programas de formación suelen incluir módulos sobre el manejo de la conducta suicida (factores de riesgo, reconocimiento de los signos de alarma y tratamiento), un estudio mostró que sólo el 19% de los médicos residentes se sintieron preparados para enfrentarse al fallecimiento por suicidio de un paciente (666).

Un caso particular lo forman los pacientes hospitalizados, en los que los supervivientes abarcan no sólo los familiares y amigos cercanos, sino también los pacientes de la unidad y el personal, tanto sanitario como no sanitario que conocía al paciente. Bartels (667) recomienda que, inmediatamente tras el suicidio de un paciente hospitalizado se realice una reunión de todo el personal de la unidad para informar del suicidio y para desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes de la unidad y contener reacciones potencialmente peligrosas, incluyendo la imitación de la conducta suicida.

En cuanto a las guías de práctica clínica, se recomienda que se garantice el apoyo necesario a los profesionales (tanto por parte de los compañeros como de los supervisores o directivos) (243, 317, 372), así como realizar una revisión de los factores subyacentes al suicidio (243, 317). La formación específica también podría ser útil en estas situaciones (243, 372).

RS de distintos tipos de estudios 3, 4

Resumen de la evidencia

Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio	
3 **Q**	Los allegados de las personas fallecidas a causa de un suicidio demandan mayor número de intervenciones de apoyo basadas en figuras clave, apoyo social y ayuda profesional. En cuanto a la ayuda profesional, se considera crucial contar con la información necesaria en estas circunstancias, poder elegir entre diferentes modalidades de ayuda, tratamientos específicos en la infancia y adolescencia y seguimiento a largo plazo (629).
Q	Los padres en situación de duelo por un hijo fallecido a causa de un suicidio presentan un conflicto entre la necesidad de hablar del suicidio libremente y el estigma social percibido (632).

Q	Para los adolescentes que han superado el suicidio de una persona cercana, una buena atención sanitaria incluiría: atención automática tras el suicidio, adaptada a sus necesidades y prolongada en el tiempo. También es esencial que la atención sea flexible, empática y con la posiblidad de participar en sesiones individuales (634).
4	Los aspectos clave a considerar de cara al desarrollo de programas de intervención tras un suicidio son: atender a las diferentes realidades culturales, tener en cuenta el efecto del estigma y considerar las necesidades y expectativas de los allegados (629).
Intervenciones preventivas en familiares y allegados	
4	La posvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo, y el trabajo psicoterapéutico con los familiares debe incluir los siguientes aspectos (342): – Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros, y el sentimiento de abandono – Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones – Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro – Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera.
1+ **2+** **3**	Las intervenciones familiares en formato grupal obtuvieron mejorías significativas en diferentes variables como: síntomas de depresión, ansiedad, factores psicológicos, reducción en distrés a corto plazo, evolución del duelo y satisfacción con la participación en la terapia (636).
2+	Las intervenciones que se realizaron de forma inmediata tras un suicidio se relacionaron con un aumento significativo de conductas de búsqueda de autoayuda en los allegados y mayor participación en terapias de apoyo (636).
1+	En un ECA en el que se comparó la TCC familiar (4 sesiones realizadas en los 3-6 meses tras el suicidio) con el tratamiento habitual, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las reacciones complicadas de duelo, ni en la presencia de ideación suicida o depresión. Sin embargo, el grupo que recibió la TCC mostró menos reacciones desadaptativas y menor percepción de culpabilidad por la conducta suicida de su familiar. También se encontró que las personas con ideación suicida se beneficiaron más del tratamiento y que la TCC redujo el riesgo de duelo patológico en estas personas (643).
Intervenciones en el ámbito escolar tras un suicidio	
1+ **2+** **3**	No existe evidencia concluyente sobre las intervenciones tras un suicidio dirigidas a alumnos en el ámbito escolar (636, 643).
3	Los programas de entrenamiento de profesionales en el ámbito escolar (*gatekeeper* e intervención en crisis) se asociaron con un aumento significativo en el nivel de conocimientos sobre el suicidio y con altos niveles de satisfacción y utilidad (636).

Intervenciones comunitarias	
3	No existe evidencia concluyente sobre la efectividad de los programas de intervención comunitaria tras un suicidio (636).
Intervenciones tras un suicidio en profesionales de la salud	
4	Las diferentes fases que suelen presentarse en un profesional tras el suicidio de un paciente son (659): – Fase 1 (inmediata): de shock – Fase 2 (intermedia): de sensación y sentimientos de presión, desasosiego o desazón – Fase 3 (postraumática): de hacerse preguntas y de dudas de uno mismo – Fase 4 (recuperación): de renovación de la confianza.
3	En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto que después del suicidio de un paciente puede presentarse: trastorno por estrés postraumático, agresividad, sentimientos de duelo, culpa, aislamiento y humillación, así como baja autoestima y preocupación por la reacción de los compañeros (243, 247).
3	Entre los factores que se han relacionado con la aparición de distrés en los profesionales destacan cuestiones referidas al plan terapéutico, posibles reacciones negativas de los compañeros o directivos y la posibilidad de implicaciones legales del caso, fundamentalmente si el paciente no estaba hospitalizado (660).
3	Algunas estrategias útiles tras el suicidio de un paciente son: buscar apoyo en los compañeros y la revisión del caso (661-663).
3	Se considera muy importante recibir formación específica sobre el manejo del suicidio y las posibles implicaciones emocionales en los profesionales (663, 665, 667).
4	En el caso de un suicidio en un paciente hospitalizado puede ser conveniente realizar una reunión de todo el personal de la unidad para informar del suicidio y desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes de cara a la prevención de la imitación de la conducta suicida (667).

Recomendaciones

D	A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda: – Contextualizar la estrategia de intervención – Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados – Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.
✓	Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona.

D	Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan apoyo a los allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.
B	Tras un suicidio se recomienda la terapia cognitivo-conductual en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación suicida, ya que reduce el riesgo de duelo patológico en estas personas.
D	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (*gatekeeper*) en el ámbito escolar, de cara a aumentar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la conducta suicida y el impacto del suicidio en las personas allegadas.
C	Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias.
D	Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes.

12. Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España

Preguntas para responder:

- ¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en España en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?

Para contestar a esta pregunta se describen una serie de programas clínicos de prevención terciaria de la conducta suicida desarrollados en España. Estos se basan en la puesta en marcha de dispositivos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio de conducta suicida. Aunque hablamos de prevención terciaria, estos programas abordan también la prevención secundaria ya que otro de sus objetivos es la sensibilización, formación y educación sanitaria, para incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida.

Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (393, 394)

Objetivos del programa

- Incrementar la detección de pacientes en riesgo de suicidio en atención primaria
- Dar asistencia específica a pacientes derivados de atención primaria o urgencias tras un intento de suicidio o por presentar ideación suicida de riesgo, mediante un programa específico
- Reducir la mortalidad por suicidio y los intentos en pacientes que han realizado un intento previo en Ourense.

Descripción del programa

Fase 1: Formación en atención primaria:

Se llevó a cabo de noviembre de 2008 a enero de 2009 y se realizaron 19 cursos de formación de hora y media en los principales servicios de atención primaria del Area sanitaria de Ourense, dirigidos a médicos y profesionales de enfermería. Incluían un entrenamiento en la detección de pacientes en riesgo, técnicas de manejo inicial y criterios de derivación. La formación fue en los centros de trabajo y sus objetivos:

- Incrementar la capacidad de detección del riesgo de conducta suicida

– Poner en su conocimiento las alternativas asistenciales y los criterios de derivación al programa.

Fase 2: Asistencia a pacientes en riesgo de suicidio:

Se inició en abril de 2009 y se mantiene hasta la actualidad.

– Las principales vías de entrada del paciente en riesgo de suicidio al programa:
  - Atención primaria: en donde se detectan fundamentalmente pacientes que tienen ideación suicida de riesgo
  - Urgencias: en su mayoría personas que han intentado suicidarse
  - Unidades de agudos: tras el alta de intento de suicidio
  - Unidades de salud mental: pacientes que hayan realizado un intento de suicidio.
– Criterios de inclusión:
  - Pacientes que hayan realizado un intento de suicidio o que tengan ideas de suicidio de riesgo, derivados desde atención primaria, servicios de urgencias o unidades de agudos:
    – Pacientes que hayan realizado un intento de suicidio en el último mes
    – Pacientes con ideación suicida persistente al menos durante la última semana
  - En aquellos pacientes que cumplan parcialmente los criterios anteriores, valorar:
    – Diagnóstico psiquiátrico actual (especialmente depresión mayor o esquizofrenia)
    – Acontecimiento vital percibido por el paciente como grave, prolongado y/o de difícil solución
    – Desesperanza
    – Edad > 60 años
    – Varón
    – Escaso apoyo social (soledad)
    – Dolor-discapacidad-cronicidad (sobre todo en pacientes diagnosticados recientemente de enfermedad que perciban como una pérdida de funcionalidad o empeoramiento de la calidad de vida).
  - Sólo serán derivados al programa pacientes candidatos a tratamiento ambulatorio que, tras entrevista inicial, expresen intención de controlar impulsos suicidas y acepten una serie de medidas de seguridad (acompañamiento por allegado, retirada del medio empleado o planeado, toma de medicación supervisada y aceptación de tratamiento ambulatorio).
– Criterios de exclusión:
  - Deberán ser remitidos al servicio de urgencias hospitalarias, aquellos pacientes con intento de suicidio en las 24 horas previas, así como aquellos que cumplan criterios de urgencia: rechazo de medidas de control y tratamiento ambulatorio,

presencia de clínica psicótica activa, agitación psicomotriz y depresión inhibida con deterioro de estado general

- Para los derivados desde atención primaria, aquellos que ya estén a tratamiento en unidades de salud mental
- Pacientes con diagnóstico primario de alcoholismo u otra conducta adictiva.

– Intervención:
  - Se realiza valoración y tratamiento por parte de un psiquiatra
  - Psicoterapia de corte cognitivo conductual específica y reglada, orientada a aprendizaje en el manejo de situaciones de ideas de suicidio e intención por parte de un psicólogo clínico. Se dan al menos 10 sesiones en 6 meses
  - Se realiza un diagnóstico de enfermería y un plan de cuidados específico por parte de un DUE especialista en salud mental que, además, hace un apoyo telefónico que garantice un soporte de alta intensidad los primeros meses y se responsabiliza del seguimiento asertivo.

Indicadores

De proceso:

– Asistencia a los cursos en atención primaria
– Espera menor a siete días en primera consulta (psiquiatra)
– Espera menor a siete días entre primera consulta (psiquiatra) e inicio de tratamiento con psicólogo
– Cumplimentación de evaluación al inicio y al finalizar la psicoterapia, así como al año de seguimiento
– Realización de diez sesiones de psicoterapia en seis meses
– Registro de datos de actividad
– Tasa de pacientes derivados vs atendidos
– Adecuación de la derivación
– Carga de trabajo generada:
  - Primeras consultas y revisiones por profesional y paciente
  - Número de contactos telefónicos con atención primaria
  - Numero de contactos telefónicos con pacientes que no acuden a las primeras consultas
  - Número de contactos telefónicos con pacientes que faltan a revisiones.

De resultado:

– Riesgo de suicidio inicial/riesgo de suicidio final (Escala de desesperanza de Beck)
– Calidad de vida previa y final (WHO-DAS 32)

- Síntomas depresivos previos y finales (BDI-21)
- Pacientes derivados desde primaria, unidades de salud mental o urgencias hospitalarias por ideación suicida en la semana anterior o por intento de suicidio en el mes previo, por 100 000 habitantes
- Tasa de abandonos antes de finalizar el programa
- Tasa de nuevos intentos por paciente al año
- Tasa de suicidios consumados al año.

Principales resultados (comunicación personal)

En este momento se están analizando los datos de eficacia con una muestra de 89 pacientes atendidos por intento de suicidio entre abril de 2009 y junio de 2010 y que completaron un año de seguimiento. Está pendiente el análisis de los pacientes admitidos en el programa por ideas de suicidio de riesgo. Los resultados preliminares más importantes son los siguientes:

- Se realizó un análisis de cohortes para evaluar la eficacia de la intervención de prevención de reintentos (n = 89) frente a tratamiento convencional en una unidad de salud mental (n = 102), en los intentos de suicidio atendidos, al año de seguimiento
- La comparación entre grupos no mostró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a distribución por sexos, método empleado, necesidad de ingreso, ni distribución por edad al intento índice o número de intentos previos
- Los pacientes que siguen el programa de intervención recaen un 10% frente a un 20,6% de los que reciben asistencia habitual (p = 0,047). El riesgo de recaída de los pacientes que reciben el programa en relación al grupo control es del 0,49, por lo que el programa reduce el riesgo de recaída en un 51% en relación al grupo control. La reducción absoluta de riesgo (RAR) fue del 0,1048 (10,5%) lo que significa que de cada 100 personas tratadas en el programa podemos evitar 10 casos de recaída. Por su parte, el número necesario a tratar (NNT) fue de 9,54, lo que significa que necesitamos tratar a 9,5 pacientes con el programa para evitar un caso de recaída
- Usando un modelo de Cox y controlando el evento de recaída por número de intentos previos, edad, sexo y necesidad de ingreso tras el intento índice se observa que estar en el programa supone una odds de 0,4 (no estar de 2,5) para recaer en un nuevo intento de suicidio (p = 0,031), siendo independiente del sexo, la edad, el número de intentos previos y de la necesidad de ingreso tras el intento y siendo el único factor predictor de protección el haber estado en el programa
- De entre los pacientes que recaen, ningún paciente que estaba en el programa necesitó ingresar frente al 28,6% de los pacientes no incluidos en el programa.

En resumen, se puede concluir que el programa es una intervención más eficaz para prevención de reintentos de suicidio que la asistencia habitual y quizás, en base a las diferencias de las curvas de supervivencia de las dos muestras, esta eficacia se mantenga a lo largo de años sucesivos. Además, parece que los pacientes en el programa hacen reintentos menos graves que los que reciben tratamiento habitual ya que necesitan ingresar en menos ocasiones.

Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (396)

Coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el *Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample* se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008. El programa compara los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS.

Descripción del programa

Las acciones desarrolladas fueron las siguientes:

Primera fase (septiembre 2005-abril 2006)

- Creación de un equipo multidisciplinar para tomar contacto con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos sociales
- Consenso sobre protocolo de recogida de datos
- Diseño de los circuitos asistenciales para los pacientes.

Segunda fase:

- Elaboración de un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas
- Elaboración de materiales audiovisuales (trípticos, DVD) para informar y alertar sobre el tema del suicidio
- Creación de un sitio web (www.suicidioprevencion.com) que ofrece la posibilidad de consulta directa con profesionales adscritos al PPCS
- Formación sobre el riesgo suicida a las áreas básicas de salud, *gatekeepers*, servicios de bienestar social, dispositivos de asistencia geriátrica, servicios de urgencias hospitalarias, asociaciones cívicas del distrito, comerciantes, familiares de enfermos mentales, comisión de pastoral diocesana, fuerzas de seguridad y bomberos, gestores de transporte público, y medios de comunicación.

Tercera fase (abril 2006-diciembre 2007):

Se destinó a la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida. Los pacientes acudían al PPCS derivados de los servicios de urgencias de psiquiatría, de los médicos de familia del sector y de la interconsulta hospitalaria.

- Características de la asistencia:
    - Atención preferente en un máximo de 48 horas
    - Evaluación por un psiquiatra e inclusión en PPCS si:
        - mayor de 18 años
        - intento de suicidio o ideación suicida activa

– voluntad de participar en el PPCS

- Plan terapéutico individualizado (psiquiatra de referencia encargado de coordinar la asistencia durante los 3-6 meses en que el paciente era atendido en el PPCS, psicoterapia individual o grupal con psicólogo clínico y enfermería y consultas a asistente social si precisaban)
- Posterior integración del paciente en el circuito asistencial de salud mental
- Organización de grupos de psicoterapia cognitivo conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes.

Cuarta fase (durante el año 2008)

Fase de seguimiento en la que se evaluaba a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, realizadas por el psiquiatra o la enfermera, recogiendo datos sobre la repetición de la conducta suicida, si habían requerido ingreso hospitalario por conducta suicida, el seguimiento en el programa o la mortalidad.

Principales resultados

Desde el inicio del programa asistencial en abril de 2006 a su final en diciembre de 2007, se asistieron 325 sujetos de la *Dreta de l'Eixample* y 664 de otras zonas. De los 325 pacientes de la Dreta de l'Eixample, sólo se incluyeron 219. El resto no participó y fueron remitidos a su psiquiatra habitual (60%), estaban vinculados a programas de drogodependencias (20%), o no participaron por otros motivos (20%).

De los 664 pacientes de otras zonas, sólo se incluyeron 180 en el grupo control, pertenecientes a un mismo barrio, que recibieron asistencia de manera contemporánea a los pacientes del PPCS y que accedían voluntariamente a realizar los controles a los 6 y 12 meses. De esta manera, 219 pacientes de la *Dreta de l'Eixample* e incluidos en el PPCS se compararon con los 180 pacientes del grupo control.

Pacientes incluidos en el PPCS (219):

– 152 realizaron el seguimiento hasta los 6 meses

– 44 fueron dados de alta al cabo de 2 o 3 visitas ya que no persistía la ideación suicida, o se había resuelto su situación de crisis

– 23 restantes abandonaron el seguimiento (2 consumaron suicidio)

– 148 pacientes continuaron el seguimiento hasta los 12 meses.

Pacientes controles (180):

– 172 realizaron el seguimiento hasta los 6 meses y 167 continuaron hasta los 12 meses, de los que uno consumó el suicidio y 4 no fueron localizados.

Datos sociodemográficos

Fueron similares entre el grupo PPCS y el de control en cuanto a edad, distribución por sexo y convivencia. Únicamente se observó un mayor porcentaje de solteros y pensionistas adultos jóvenes en el grupo control.

Distribución diagnóstica (ejes del DSM-IV)

En el grupo PPCS predominan los trastornos afectivos y de adaptación (48% y 32% frente a 32% y 15%, en el grupo control), mientras que en el grupo control hay más trastornos psicóticos y trastornos de dependencia a tóxicos (15% y 15% frente a 4% y 3%, en el grupo PPCS). Respecto al eje II, la proporción entre los diagnósticos fue similar, así como la puntuación en el nivel de adaptación social en el último año (eje V).

Características de la conducta suicida

Se observó un mayor porcentaje de ideas suicidas en el grupo PPCS (59% vs 37%; $p < 0,0001$) y un mayor porcentaje de tentativas de suicidio en el grupo control (57% vs 31%; $p < 0,0001$). El método autolítico utilizado, la gravedad somática y la impulsividad de la conducta fueron similares en ambos grupos. En el grupo control hubo más pacientes con tentativas previas (54% vs 33%; $p < 0,0001$); aunque el número de tentativas previas fue similar.

Derivación

El grupo PPCS presentó menor proporción de ingresos hospitalarios (6,5%) y mayor seguimiento ambulatorio (89,5%) que el grupo control (36,5% y 56,5%, respectivamente; $p < 0,0001$).

Seguimiento a 12 meses

- Repetición de la tentativa de suicidio: 11% (grupo PPCS) y 32% (grupo control; $p < 0,001$)
- Número de repeticiones: 1,5 (grupo PPCS) y 2,9 grupo control; $p = 0,001$)
- Número de ingresos durante el seguimiento: 9,5% (grupo PPCS) y 18% grupo control; $p = 0,03$)
- Cinco pacientes que vivían en el sector Dreta de l'Eixample consumaron el suicidio durante el periodo de estudio, de ellos 2 mujeres estaban vinculadas al programa de prevención, los otros 3 (1 mujer y 2 varones) tenían vinculación con su dispositivo de asistencia primaria.

Conclusiones

- La significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida (11% grupo PPCS y 32% grupo control; $p < 0,001$) y de las hospitalizaciones (9,5% grupo PPCS y 18% grupo control; $p = 0,03$) confirman la efectividad del PPCS

- La información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó una "epidemia de tentativas de suicidio" ni una sobredemanda asistencial
- Entre los pacientes atendidos por conducta suicida que pertenecen al sector Dreta de l'Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo control, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria o por la iniciativa de los pacientes o su familia
- Los resultados son indicativos de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda
- Dificultad para delimitar cuál de las fases del programa tiene mayor eficacia respecto a las otras (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos)
- La mortalidad por suicidio no ha podido ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población.

Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) (668)

El proyecto "Alianza Europea contra la Depresión (*European Alliance Against Depression*, EAAD)" es una red internacional de expertos que tiene por objetivo promover la atención de pacientes con depresión mediante programas de intervención comunitaria. En la actualidad, la estrategia de la EAAD se está aplicando en la ciudad de Sabadell mediante el "Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio".

El programa se basa en intervenciones comunitarias desarrolladas en cuatro niveles:

a) Cooperación con los médicos de atención primaria y pediatras (sesiones formativas)

b) Actividades de relaciones públicas, cooperación con los medios de comunicación local e implementación de programas escolares para estudiantes de 14-16 años de edad, folletos de información sobre la depresión y sesiones formativas para profesores.

c) Sesiones de formación de figuras clave (como trabajadores sociales, profesores, educadores, etc.)

d) Intervenciones específicas en salud para grupos de alto riesgo (por ejemplo, tras varios intentos de suicidio).

Respecto al último punto, se elaboró un programa de gestión telefónica que fue aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). El programa consistió en un seguimiento telefónico regular durante un año (a la semana y a los 1, 3, 6,

9 y 12 meses). Se evaluó el tiempo transcurrido entre la primera y segunda tentativa y los cambios en la tasa anual de reintentos autolíticos respecto al año anterior y a la población control (Hospital de Terrassa), que recibió el tratamiento habitual. Los resultados fueron clínicamente relevantes en la reducción de la tasa de pacientes que realizan un reintento autolitico.

Principales resultados (comunicación personal):

- Los pacientes que siguieron el programa de gestión telefónica tardaron más tiempo en cometer el siguiente reintento de suicidio en relación al año anterior ($p < 0,0005$) o a la población control en el mismo periodo ($p < 0,0005$).
- En el grupo de intervención se redujo la tasa de pacientes con reintentos de suicidio en un 8% con respecto al año anterior y a la población control.

Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio. Áreas de salud de Valladolid Este y Oeste (669).

Objetivos del programa

- Incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas en el Área de salud de Valladolid Este y Oeste
- Mejorar la eficiencia de los servicios de salud mediante la identificación de intervenciones específicas y efectivas para la reducción de los intentos de suicidio
- Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de los determinantes del suicidio y sus actitudes y comportamientos de autoayuda
- Evaluar y prevenir posibles recaídas.

Descripción del programa

Los participantes fueron aquellas personas entre 12 y 70 años del Área de salud de Valladolid Este y Oeste hospitalizadas por tener ideas de suicidio o haber realizado una tentativa, ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica en un período de 6 meses. Se realizó un seguimiento longitudinal para determinar la efectividad del programa mediante un diseño cuasiexperimental de comparación interna de tipo pre-postest. La estimación en la población diana en caso de que no se hubiera aplicado el programa se realizó a partir de los resultados del pretest.

Principales resultados

El 90% de los pacientes derivados al programa aceptaron participar y el 10% restante padecía comorbilidad psicótica u obsesiva grave. Abandonaron el programa el 17,9% de los participantes, de los que el 25% eran transeúntes y carecían de residencia fija, por lo que su seguimiento era muy difícil. El 80% de los pacientes no tuvieron recaídas durante el período de seguimiento. El 23% fueron puesto en contacto en tratamiento estable con otros dispositivos del área. De ellos, la tercera parte acudió a un hospital de día, el 8,7% a una unidad de convalecencia y el 57,4% se puso en contacto con asociaciones de autoayuda.

Resumen de la evidencia

Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (393, 394)	
2+	El programa se llevó a cabo en dos fases. En la primera, desde noviembre de 2008 a enero de 2009, se realizaron 19 cursos de formación de hora y media en los principales servicios de atención primaria del Area sanitaria de Ourense, dirigidos a médicos y profesionales de enfermería. Incluían un entrenamiento en la detección de pacientes en riesgo, técnicas de manejo inicial y criterios de derivación. La segunda fase o de asistencia a pacientes en riesgo de suicidio se inició en abril de 2009 y se mantiene hasta la actualidad. Este programa atiende pacientes que hayan realizado un intento de suicidio o que tengan ideas graves de suicidio, siendo derivados desde atención primaria, servicios de urgencias o unidades de agudos. A los pacientes se les realiza valoración y tratamiento farmacológico por parte de un psiquiatra, psicoterapia de corte cognitivo conductual específica y reglada por parte de un psicólogo clínico y un plan de cuidados específico por parte de un DUE especialista en salud mental con apoyo telefónico. Los pacientes que siguieron el programa de intervención recayeron un 10% frente a un 20,6% en los que recibieron asistencia habitual (p = 0,047). El riesgo de recaída de los pacientes del programa en relación al grupo control fue del 0,49, lo que quiere decir que el programa reduce el riesgo de recaída en un 51%. De cada 100 personas tratadas en el programa se evitaron 10 casos de recaída y se necesitaron tratar a 9,5 pacientes con el programa para evitar un caso de recaída. Estar en el programa supuso un riesgo seis veces menor de recaer en un nuevo intento de suicidio que no estar en él, siendo independiente del sexo, la edad, el número de intentos previos y de la necesidad de ingreso tras el intento. El único factor predictor de protección asociado fue haber estado en el programa.
Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (396)	
2+	El programa se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008. Fue coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample. Se compara los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS. El programa tuvo varias fases: – Primera fase (septiembre 2005-abril 2006): creación de un equipo multidisciplinar y diseño de los circuitos asistenciales para los pacientes. – Segunda fase: de elaboración de un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas; elaboración de materiales audiovisuales; creación de un sitio web y formación sobre el riesgo suicida a diferentes sectores de la población general.

	– Tercera fase (abril 2006-diciembre 2007): asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida. Los pacientes acudían al PPCS derivados de los servicios de urgencias de psiquiatría, de los médicos de familia del sector y de la interconsulta hospitalaria. El programa consistió en una atención preferente en un máximo de 48 horas, evaluación por un psiquiatra, plan terapéutico individualizado (psiquiatra de referencia encargado de coordinar la asistencia durante los 3-6 meses en que el paciente era atendido en el PPCS, psicoterapia individual o grupal con psicólogo clínico y enfermería y consultas a asistente social si precisaban), posterior integración del paciente en el circuito asistencial de salud mental y organización de grupos de psicoterapia cognitivo conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes. – Cuarta fase (durante el año 2008): fase de seguimiento en la que se evaluó a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, realizadas por el psiquiatra o la enfermera. Las conclusiones más importantes fueron: – Confirmación de la efectividad del PPCS mediante la significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida (11% grupo PPCS y 32% grupo control; $p < 0,001$) y de las hospitalizaciones (9,5% grupo PPCS y 18% grupo control; $p = 0,03$). – La información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó un efecto contagio ni una sobredemanda asistencial. – Entre los pacientes del sector Dreta de l'Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo control, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria o por la iniciativa de los pacientes o su familia. – Los resultados fueron indicativos de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda. – Se encontró dificultad para delimitar cuál de las fases del programa tenía mayor eficacia respecto a las otras (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos). – La mortalidad por suicidio no pudo ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población.
Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) (668)	
2+	El programa se basa en intervenciones comunitarias desarrolladas en cuatro niveles: 1) cooperación con los médicos de atención primaria y pediatras; 2) actividades de relaciones públicas, cooperación con los medios de comunicación local e implementación de programas escolares, folletos de información y sesiones formativas para profesores; 3) sesiones de formación de figuras clave; 4) intervenciones específicas en salud para grupos de alto riesgo.

	Se elaboró un programa de gestión telefónica aplicado a 991 pacientes atendidos por tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). El programa consistió en un seguimiento telefónico regular durante un año (a la semana y a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses). Los resultados se compararon con una población control (Hospital de Terrassa) que recibió el tratamiento habitual. – Los pacientes que siguieron el programa de gestión telefónica tardaron más tiempo en cometer el siguiente reintento de suicidio en relación al año anterior ($p < 0,0005$) o a la población control en el mismo periodo ($p < 0,0005$). – En el grupo de intervención se redujo la tasa de pacientes con reintentos de suicidio en un 8% con respecto al año anterior y a la población control.
Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio. Áreas de Salud de Valladolid Este y Oeste (669)	
2+	Los participantes fueron personas entre 12 y 70 años del Área de salud de Valladolid Este y Oeste hospitalizadas por tener ideas de suicidio o haber realizado una tentativa, ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica en un período de 6 meses. Se realizó un seguimiento longitudinal para determinar la efectividad del programa mediante un diseño de comparación interna de tipo pre-postest. Principales resultados: – El 90% de los pacientes derivados al programa aceptaron participar y el 10% restante padecía comorbilidad psicótica u obsesiva grave. Abandonaron el programa el 17,9% de los participantes, de los que el 25% eran transeúntes y carecían de residencia fija, por lo que su seguimiento era muy difícil. – El 80% de los pacientes no tuvieron recaídas durante el período de seguimiento. El 23% fueron puestos en contacto en tratamiento estable con otros dispositivos del área. De ellos, la tercera parte acudió a un hospital de día, el 8,7% a una unidad de convalecencia y el 57,4% se puso en contacto con asociaciones de autoayuda.

Recomendaciones

Programas clínicos de intervención sobre al conducta suicicda en España	
C	Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación sanitaria y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado.

13. Aspectos legales del suicidio en España

Preguntas para responder:

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

13.1. Código Penal y suicidio

¿Está penado el suicidio en España?

El suicidio en España no está penado aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado. Lo que sí está castigado por el Código Penal (CP) en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la inducción al suicidio (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión) (670).

En cuanto a la cooperación por razones humanitarias (Art. 143.4 CP) (670) es decir, "el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos y difíciles de soportar, solamente será castigado con la pena inferior en grado".

¿Cómo recoge el Código Penal la imprudencia profesional?

Con el título genérico de imprudencia punible, el Código Penal recoge los delitos culposos, es decir, aquellos delitos en los que se origina un daño, sin intención, pero cuyo resultado puede evitarse o debió ser previsto (670).

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

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

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

El Código Penal español tipifica el delito de imprudencia en su Art. 142 punto 1º, "el que por imprudencia grave causare la muerte a otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años". En el punto 3º del referido artículo se matiza lo siguiente: "Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años" (670, 671).

13.2. Tratamiento de la conducta suicida en régimen de internamiento

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

Los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales del Sistema Sanitario vienen regulados por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (68, 672) cuyos principios básicos señalan que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la Ley. Estas excepciones tienen que ver por una parte con la existencia de un riesgo para la salud pública y por otra con la existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización (consultando cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con él). La existencia de riesgo suicida queda incluida en el último epígrafe.

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

La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero regula en su Art. 763 (673) lo referente al Internamiento no voluntario por trastorno psíquico señalando que "el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por si, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento". La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida.

El internamiento hay que comunicarlo al juez en el plazo de 24 horas debiendo el tribunal aprobar o dejar sin efecto la medida en un plazo máximo de 72 horas, período de tiempo que en nuestro estado de derecho corresponde con el denominado "habeas corpus" (671, 674).

Como es lógico, la indicación de internamiento plantea la cuestión de la duración del mismo. Es evidente que un paciente no puede estar indefinidamente ingresado debido a la existencia de un eventual riesgo suicida, sino que debe ser valorado en su evolución, hasta que este riesgo sea controlable en tratamiento ambulatorio (675).

El Tribunal Constitucional, en la Sentencia del 2 de Diciembre de 2010 (BOE 5 Enero 2011) (676) declara inconstitucional los párrafos primero y tercero del Art 763.1 de la Ley 1/2000 de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil (673). El Tribunal Constitucional realiza dicha declaración en base a que la privación de libertad individual debe contemplarse obligatoriamente en una Ley Orgánica al quedar afectado un derecho fundamental.

Señalar por último que de forma general, la responsabilidad civil derivada de la actividad sanitaria determina una obligación de medios, no de resultados, lo que implica que el fracaso de las medidas preventivas no supone necesariamente una mala práctica, sino que ésta vendría aparejada cuando el profesional sanitario no hubiera prestado atención a signos evidentes de riesgo o que apreciándolos no hubiera tomado decisiones para evitarlos (negligencia o imprudencia).

¿Quién puede pedir un ingreso involuntario?

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

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

13.3. Responsabilidades sanitarias derivadas del suicidio

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

La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica (677). En la mayor parte de los casos se pide la aplicación de la figura de "imprudencia temeraria" por no prever ni prevenir adecuadamente el comportamiento suicida del paciente (678).

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

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

Responsabilidad es la obligación de responder ante la Ley de nuestra actuación profesional y la obligación de reparar o satisfacer el daño originado, los perjuicios ocasionados y el sufrimiento creado. Su fundamento es la producción de un daño originado por una conducta inadecuada, no voluntaria pero que debió ser prevista y en la que se ha vulnerado el deber objetivo de cuidado. Dicha conducta inadecuada puede ser, según la jurisprudencia, imprudente (asumiendo riesgos innecesarios), negligente (con grave dejadez o descuido) o imperita (carencia de conocimientos o de experiencia) (671).

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

- Diagnóstico incorrecto-negligente que da lugar a un alta indebida de un paciente que posteriormente se suicida o se lesiona.

– Diagnóstico incorrecto-negligente del que deriva un ingreso o retención improcedente.

– En el manejo del paciente: fracaso para proteger o controlar a un paciente con conducta suicida.

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

– Se ha de valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio, y si no se dispone de medios suficientes, remitir al enfermo para su tratamiento apropiado a otros profesionales o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada.

– El profesional sanitario debe ser también capaz de manejar las situaciones de crisis, informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico, motivar al paciente para el tratamiento y asumir la responsabilidad de su situación.

– Es necesario efectuar las oportunas advertencias del potencial suicida del tratamiento a fin de evitar demandas legales por imprudencia profesional. A efectos legales conviene saber que, aunque el prospecto de los medicamentos por analogía actúa como un "consentimiento informado", es mucho más correcto y seguro anotar en la historia clínica las advertencias sobre el riesgo de suicidio que se han hecho, tanto al paciente como a su familia.

– En último lugar, existen medidas de control consistentes en el ingreso con un mayor o menor grado de vigilancia.

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

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

¿Cuándo hay responsabilidad de la Administración?

La Ley del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Real Decreto (RD) 429/1993 establece que los particulares deben ser indemnizados por la administración de toda lesión que sufran salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea por consecuencia de un funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Tiene que haber una relación causa-efecto directa, inmediata y exclusiva entre el daño y el servicio público (671).

En el caso del tratamiento de pacientes que presentan antecedentes de conducta suicida, se hace preciso extremar las funciones de vigilancia y de custodia, en cumplimiento de la función garante asignada al personal e instituciones sanitarias por el Art. 10.6.c) de la Ley General de Sanidad (679).

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

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

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

¿Qué dice el Código Penal sobre el secreto profesional?

El secreto profesional se regula por primera vez en España en el actual Código Penal (Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre), Arts. 197,198 y 199, ya que hasta ese momento sólo existía una consideración deontológica y administrativa, pero no penal (670).

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

- Constitución Española (Arts. 18-20-24) (680)
- Código Penal (Arts. 197-199) (670)
- Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Art. 7) (672)
- Ley General de Sanidad de 1986 (679)
- Ley 5/92 de Protección de Datos Informáticos (681)
- Código Deontológico (apartado 6; Arts. 43 a 53) (682).

El secreto profesional obliga a todos cuantos estén de una forma u otra en contacto con el paciente y el actual Código Penal, en su Art. 199.1, se expresa en los siguientes términos: "el que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de 6 a 12 meses". El mismo artículo en el punto 2 añade: "el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo y reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de presión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión de 2 a 6 años" (670).

¿Cuáles son las excepciones al secreto profesional sanitario?

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

- Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito (no debemos olvidar que el Art. 263 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal no exime al personal sanitario de denunciar los hechos delictivos que conozca por razón de su oficio, como sí lo hace con eclesiásticos y abogados y que el Art. 411 del mismo texto legal tampoco contempla el secreto médico como causa de dispensa para no declarar como testigo en procedimientos penales) (683). En los procesos civiles se prevé expresamente la posibilidad de solicitar al juez que te exima de guardar el secreto profesional si se declara como perito.

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

Resumen de aspectos legales

Código Penal y suicidio: el suicidio en España no está penado. Sí se recoge en el Código Penal la inducción y la cooperación al suicidio y la imprudencia profesional.
Internamiento involuntario en caso de riesgo suicida es una de las excepciones de la Ley de Autonomía del paciente y sólo sería posible si existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización. Requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas. Cualquier persona puede pedir un internamiento involuntario poniendo en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo a sí mismo o hacia terceros precise esta medida. Precisa de informe realizado por cualquier facultativo en la que conste la necesidad de ingreso.
La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica. La Responsabilidad profesional puede ser por: – Conducta imprudente (asumiendo riesgos innecesarios) – Negligente (dejadez o descuido) – Impericia (carencia de conocimientos y experiencia) Casos más frecuentes mala praxis: – negligencia al no ingresar o dar de alta a un paciente que a continuación se suicida o lesiona; – diagnóstico incorrecto del que deriva un ingreso o detención improcedente, fracaso en la protección o control de un paciente suicida. El profesional sanitario tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

Formas de actuación preventiva sobre la conducta suicida:

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

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

Excepciones al secreto profesional:

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

14. Indicadores de calidad

Una vez realizada una GPC y sus recomendaciones, es importante conocer si se alcanzan los objetivos esperados en la práctica asistencial. Para ello, se han diseñado un conjunto de indicadores, elaborados a partir de las recomendaciones (basadas en la evidencia científica disponible y la opinión de los expertos), que puedan ser empleados para monitorizar e impulsar la mejora continua del manejo de la conducta suicida.

Los indicadores propuestos miden aspectos relevantes del manejo de la conducta suicida y se han consensuado (mediante el método RAND-UCLA) con el grupo elaborador de la guía. Se obtuvieron un total de 25 indicadores, que se han fusionado en 16 tras unificar algunos indicadores más específicos (en el caso de valoración del riesgo de suicidio, tratamiento combinado y tratamiento farmacológico).

Indicadores propuestos:

Área	Enfoque de la evaluación	Nombre del indicador
Diagnóstico	Proceso	1. Valoración del riesgo de suicidio: 1a: en atención primaria 1b: en salud mental 1c: en servicios de urgencias
		2. Registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio
		3. Valoración especializada tras conducta suicida atendida en un servicio de urgencias
Manejo	Proceso	4. Derivación preferente a salud mental desde atención primaria
		5. Derivación urgente a salud mental desde atención primaria
		6. Derivación urgente a servicio de urgencias hospitalario desde atención primaria
		7. Tiempo de demora en la atención a pacientes con conducta suicida en los servicios de urgencias
		8. Adopción de medidas de seguridad en los pacientes con conducta suicida atendidos en los servicios de urgencias
		9. Hospitalización por riesgo de suicidio
Tratamiento	Resultado	10. Tratamiento psicoterapéutico
		11. Frecuencia de las sesiones de psicoterapia
		12. Terapia cognitivo conductual en pacientes con ideación suicida tras el fallecimiento de un familiar a causa de un suicidio
		13. Tratamiento combinado (psicoterapéutico y farmacológico): 13a: en infancia y adolescencia 13b: en mayores

		14. Tratamiento farmacológico: 14a: en pacientes con depresión 14b: en pacientes con ansiedad y depresión 14c: en pacientes con trastorno bipolar 14d: en pacientes con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos
	Resultado	15. Terapia electroconvulsiva en pacientes de alto riesgo de suicidio
Formación de los profesionales	Estructura	16. Formación de los profesionales sobre detección y tratamiento de la conducta suicida y la depresión: 16a: en atención primaria 16b: en salud mental 16c: en servicios de urgencias

Denominación del indicador	**1. Valoración del riesgo de suicidio**
Justificación	La evaluación del riesgo de suicidio es una tarea crucial en el manejo y prevención de la conducta suicida. De modo general, tanto en el ámbito de atención primaria (1a), como en los servicios de urgencias (1b) y salud mental (1c), ante un paciente con riesgo de conducta suicida, se realizará una evaluación psicopatológica y social (de carácter básico en el caso de atención primaria y urgencias), que incluya la valoración de los factores de riesgo y protección, tanto personales como contextuales. Aunque se pueden emplear instrumentos psicométricos como apoyo, la evaluación se realizará mediante entrevista clínica y la valoración del riesgo de suicidio dependerá del juicio clínico del profesional.
Fórmula	1a, 1b, 1c)* Total de pacientes con riesgo de suicidio a los que se les realiza una valoración específica ---------- x 100 Número de pacientes con riesgo de suicidio *Según el ámbito a evaluar, en el numerador y denominador se incluirán los pacientes de atención primaria, servicios de urgencias o salud mental, o todos ellos.
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental, abuso de sustancias, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo. Evaluación psicopatológica y social: evaluación que incluye factores de riesgo personales y contextuales (situación social, acontecimientos vitales estresantes, historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, ideación e intencionalidad suicida, abuso de alcohol y otras drogas), Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con riesgo de suicidio atendidos por un determinado médico de atención primaria, servicio de urgencias, servicio de salud mental. Se incluirán aquellos pacientes evaluados en el período establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	2. Valoración especializada tras conducta suicida atendida en un servicio de urgencias
Justificación	En los pacientes con conducta suicida que acuden a un servicio de urgencias, y tras la valoración del médico de urgencias, se decidirá si es pertinente una valoración psiquiátrica in situ. Esta evaluación especializada es fundamental cuando están presentes algunos factores (criterios de valoración psiquiátrica) o cuando existen dudas sobre el riesgo de conducta suicida futura.
Fórmula	Total de pacientes a los que se les realiza una evaluación psiquiátrica en el servicio de urgencias ---------- x 100 Total de pacientes que acuden a un servicio de urgencias por un episodio de conducta suicida
Descripción de términos	Criterios de valoración psiquiátrica in situ: alta letalidad del episodio, intentos previos, trastorno mental grave, situación sociofamiliar de riesgo o dudas sobre el riesgo de repetición. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con conducta suicida evaluados en un servicio de urgencias. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	3. Registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio
Justificación	La información recabada en la historia clínica es, en parte, el reflejo de la calidad asistencial, ya que es el registro de la actividad y la atención prestada. Además permite la continuidad del proceso, la comunicación entre los profesionales y constituye un documento médico-legal muy importante. Toda la información recabada en la evaluación del riesgo de suicidio se registrará de forma explícita y detallada en la historia clínica, haciendo un especial hincapié en los factores de riesgo actuales y las características de la ideación o conducta suicida.
Fórmula	Total de pacientes con registro adecuado en su historia clínica ---------- x 100 Total de pacientes con ideación o conducta suicida a los que se les realiza una valoración del riesgo de suicidio
Descripción de términos	Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes del área geográfica de referencia (atención primaria, servicio de urgencias, servicio de salud mental). Se incluirán aquellos pacientes evaluados en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	4. Derivación urgente a salud mental desde atención primaria
Justificación	Los profesionales de atención primaria tienen una extraordinaria importancia en la evaluación y manejo de la conducta suicida. Una vez valorado el riesgo de suicidio, existen casos de ideación (4a) o conducta suicida (4b) que son susceptibles de ser evaluados por un psiquiatra, según el cumplimiento de los criterios de derivación urgente. La atención urgente por parte del servicio de salud mental, dependiendo de la organización funcional, podrá realizarse en el servicio de urgencias del hospital de referencia o en otra ubicación.
Fórmula	4a y 4b)* Total de pacientes derivados de forma urgente ---------- x 100 Total de pacientes con ideación o conducta suicida atendidos en atención primaria que cumplen criterios de derivación urgente a salud mental *En el numerador se incluirán los pacientes con ideación, conducta suicida o ambos.
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Criterios de derivación urgente de ideación suicida: se derivará de forma urgente cuando están presentes los siguientes factores: presencia de trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Criterios de derivación urgente de intento de suicidio: se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si están presentes factores como alta letalidad del plan (independientemente de su resultado), presencia de enfermedad mental grave, conducta autolítica grave reciente, intentos de suicidio previos, situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo, duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con ideación o conducta suicida evaluados en atención primaria. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	5. Derivación preferente a salud mental desde atención primaria
Justificación	En caso de ideación o conducta suicida en atención primaria, se podría considerar la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no esten presentes ninguno de los criterios de derivación urgente y se cumplan una serie de circunstancias (criterios de derivación urgente).
Fórmula	Total de pacientes a los que se deriva de forma preferente desde atención primaria a salud mental / Número de pacientes con riesgo de suicidio en atención primaria x 100
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Criterios de derivación urgente: casos de ideación suicida en personas con trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo; y los casos de conducta suicida cuando además están presentes factores como alta letalidad del intento independientemente del resultado. Criterios de derivación preferente: ausencia de criterios de derivación urgente y cumplimiento de alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, apoyo sociofamiliar efectivo. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con ideación o conducta suicida evaluados en atención primaria. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	6. Derivación urgente a servicio de urgencias hospitalario desde atención primaria
Justificación	En muchos casos, los episodios de conducta suicida deben ser derivados a un servicio de urgencias hospitalario para el tratamiento de las lesiones producidas.
Fórmula	Total de pacientes derivados de forma urgente / Número de pacientes con conducta suicida atendidos en atención primaria que cumplen criterios de derivación urgente a un servicio de urgencias x 100
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Criterios de derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario: todo episodio de conducta suicida que precise tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria; intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con conducta suicida evaluados en atención primaria. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	7. Tiempo de demora en la atención a pacientes con conducta suicida en los servicios de urgencias
Justificación	La presentación de la conducta suicida en los servicios de urgencias es muy heterogénea, abarcando desde situaciones de compromiso vital hasta situaciones menos graves. Independientemente del nivel de gravedad de las lesiones físicas, todos los pacientes con conducta suicida en los servicios de urgencias deberían ser catalogados en el triaje de forma que se garantizase su atención dentro de la primera hora desde su llegada (en el caso del Sistema de Triaje de Manchester, al menos en el nivel 3).
Fórmula	Total de pacientes con conducta suicida atendidos dentro de la primera hora desde su llegada al triaje ---------- x 100 Número de pacientes con conducta suicida atendidos en un servicio de urgencias
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con conducta suicida atendidos en los servicios de urgencias. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	8. Adopción de medidas de seguridad en los pacientes con conducta suicida que acuden a los servicios de urgencias
Justificación	En los servicios de urgencias deben adoptarse medidas para evitar la auto o la heteroagresividad y/o la fuga del paciente. De forma general se deberán retirar los objetos potencialmente dañinos y los medicamentos al alcance. Cuando existe riesgo inminente de conducta suicida, además deberá valorarse la contención mecánica, el acompañamiento y asegurar el contacto regular con algún profesional del servicio de urgencias.
Fórmula	Total de pacientes con conducta suicida en el servicio de urgencias a los que se aplican medidas de seguridad ---------- x 100 Número de pacientes con conducta suicida atendidos en un servicio de urgencias
Descripción de términos	Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con conducta suicida atendidos en los servicios de urgencias. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	9. Hospitalización por riesgo de suicidio
Justificación	La hospitalización de un paciente tras un episodio de conducta suicida depende de varios factores que se deberán valorar, como la repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, el riesgo de suicidio inmediato, la necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base y falta de apoyo social y familiar efectivo.
Fórmula	Total de pacientes hospitalizados tras un episodio de conducta suicida que cumplen los criterios establecidos ---------- x 100 Número de pacientes con conducta suicida atendidos en un servicio de urgencias
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con riesgo de suicidio inmediato o graves repercusiones de conducta suicida. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	100%

Denominación del indicador	10. Tratamiento psicoterapéutico
Justificación	Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en la prevención de la conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para las personas que lo necesiten. La psicoterapia empleada debería incidir sobre algún aspecto específico de la conducta suicida (autolesiones, ideación suicida y/o desesperanza).
Fórmula	Total de pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico ---------- x 100 Número de pacientes con conducta suicida en el servicio de salud mental
Descripción de términos	Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico. Técnicas psicoterapéuticas: en la prevención del suicidio existen diferentes tratamientos que han demostrado eficacia, como las terapias de corte-cognitivo conductual y la terapia interpersonal.
Población	Pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico para la prevención de la conducta suicida. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	75%

Denominación del indicador	11. Frecuencia de las sesiones de psicoterapia
Justificación	La frecuencia de la psicoterapia deberá ser semanal, al menos al inicio del tratamiento.
Fórmula	Pacientes que reciben una sesión semanal de psicoterapia al inicio del tratamiento ---------- x 100 Número de pacientes tratados con psicoterapia
Descripción de términos	Inicio del tratamiento: primer mes de tratamiento psicoterapéutico. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico. Técnicas psicoterapéuticas: en la prevención del suicidio existen diferentes tratamientos que han demostrado eficacia, como las terapias de corte-cognitivo conductual y la terapia interpersonal.
Población	Pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico para la prevención de la conducta suicida. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	75%

Denominación del indicador	12. Terapia cognitivo conductual en pacientes con ideación suicida tras el fallecimiento de un familiar a causa de un suicidio
Justificación	La posvención o intervenciones tras un suicidio, son aquellas actividades desarrolladas con los allegados con la finalidad de prevenir posibles efectos negativos, incluyendo el mismo suicidio (en comparación con la población general presentan un incremento de entre 2-10 veces del riesgo de suicidio). En personas con un suicidio cercano que presentan ideación suicida se recomienda la terapia cognitivo-conductual, puesto que tanto la ideación suicida como el fallecimiento de un allegado a causa de un suicidio se consideran factores de riesgo importantes.
Fórmula	Pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico con TCC por ideación suicida tras suicidio cercano ---------- x 100 Número de pacientes con ideación suicida tras un suicidio cercano
Descripción de términos	Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico para la prevención de la conducta suicida. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	75%

Denominación del indicador	13. Tratamiento combinado en adolescentes y mayores
Justificación	Debido al especial riesgo de conducta suicida en algunos grupos de edad, en adolescentes (13a) y mayores (13b) con riesgo de suicidio, se recomienda el tratamiento combinado de psicoterapia y tratamiento farmacológico. En concreto en adolescentes con depresión se recomiendan la combinación de ISRS y TCC, y en mayores de ISRS y TIP.
Fórmula	13a y 13b)* Adolescentes o mayores que reciben tratamiento combinado ---------- x 100 Número de adolescentes o mayores con conducta suicida *Según los intereses de la evaluación se incluirán pacientes adolescentes, mayores o ambos.
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico. Adolescentes: pacientes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Mayores: pacientes con edades por encima de los 65 años.
Población	Pacientes que reciben tratamiento combinado para la prevención de la conducta suicida. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	75%

Denominación del indicador	14. Tratamiento farmacológico
Justificación	La conducta suicida es un fenómeno complejo, por lo que no existe un tratamiento específico para la prevención de la misma. Sin embargo, en pacientes con trastornos mentales, el correcto tratamiento farmacológico de la patología de base, es uno de los aspectos más importantes en la prevención del suicidio.
Fórmula	14a) Pacientes con depresión mayor e ideación suicida que reciben tratamiento con ISRS ---------- x 100 Número de pacientes depresión mayor e ideación suicida 14b) Pacientes con ansiedad y depresión mayor+ideación suicida que reciben tratamiento ansiolítico ---------- x 100 Número de pacientes ansiedad y depresión mayor+ideación suicida 14c) Pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que reciben tratamiento con litio ---------- x 100 Número de pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio 14d) Pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y riesgo de suicidio que reciben tratamiento con clozapina ---------- x 100 Número de pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y riesgo de suicidio
Descripción de términos	Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con riesgo de suicidio y patología mental que reciben tratamiento farmacológico. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	80%

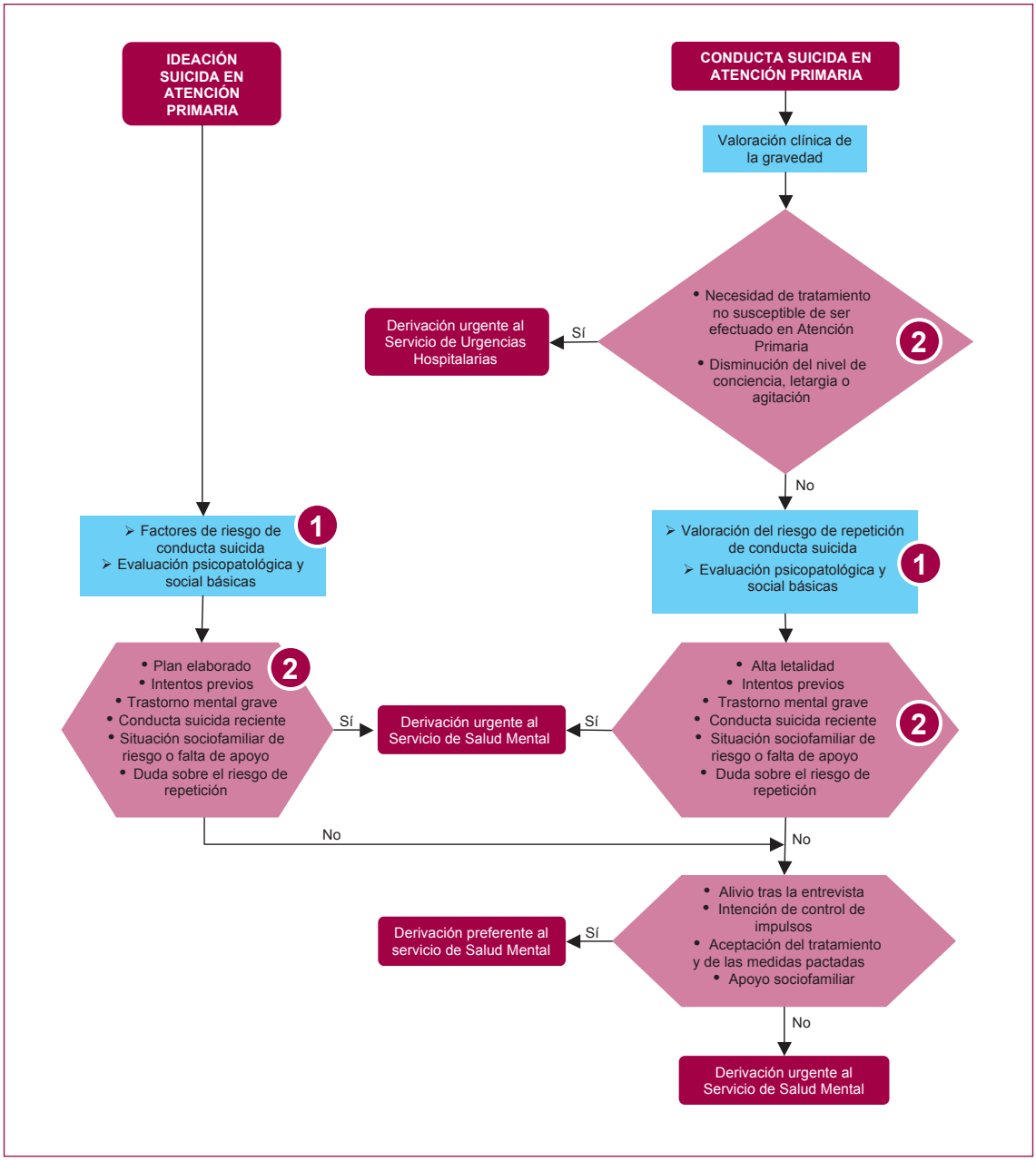
Denominación del indicador	15. Terapia electroconvulsiva en pacientes de alto riesgo
Justificación	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente.
Fórmula	Pacientes de alto riesgo de suicidio que reciben TEC ---------- x 100 Número de pacientes con alto riesgo de suicidio
Descripción de términos	Pacientes con alto riesgo de suicidio: pacientes con depresión mayor, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar grave y persistente con alta intencionalidad e ideación suicida. Historia clínica del paciente: se considerará la información procedente de la historia clínica de atención primaria y/o hospitalaria y en soporte papel y/o electrónico.
Población	Pacientes con alto riesgo de suicidio. Se incluirán aquellos pacientes atendidos en el período de tiempo establecido.
Tipo de indicador	Proceso
Fuentes de datos	Historia clínica del paciente
Estándar orientativo	75%

Denominación del indicador	16. Formación de los profesionales sobre detección y tratamiento de la conducta suicida y la depresión
Justificación	La formación de los profesionales es un método efectivo en la prevención del suicidio. Por ello, es crucial que todo profesional sanitario -en atención primaria (16a), servicios de urgencias (16b) y salud mental (16c)- que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo. Además de la formación específica sobre conducta suicida, es importante incluir aspectos sobre el adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión, por ser el trastorno mental más asociado a la conducta suicida.
Fórmula	16a, 16b, 16c)*: Total de centros con programas formativos sobre detección y tratamiento de la conducta suicida y la depresión ---------- x 100 Número de centros evaluados *Según los intereses de la evaluación se incluirán centros de atención primaria, salud mental, urgencias o todos.
Descripción de términos	Pacientes con riesgo de suicidio: pacientes con presencia de ideación suicida, trastorno mental grave, conducta suicida reciente, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.
Población	Profesionales sanitarios implicados en el manejo y prevención de la conducta suicida
Tipo de indicador	Estructura
Fuentes de datos	Centros evaluados
Estándar orientativo	100%

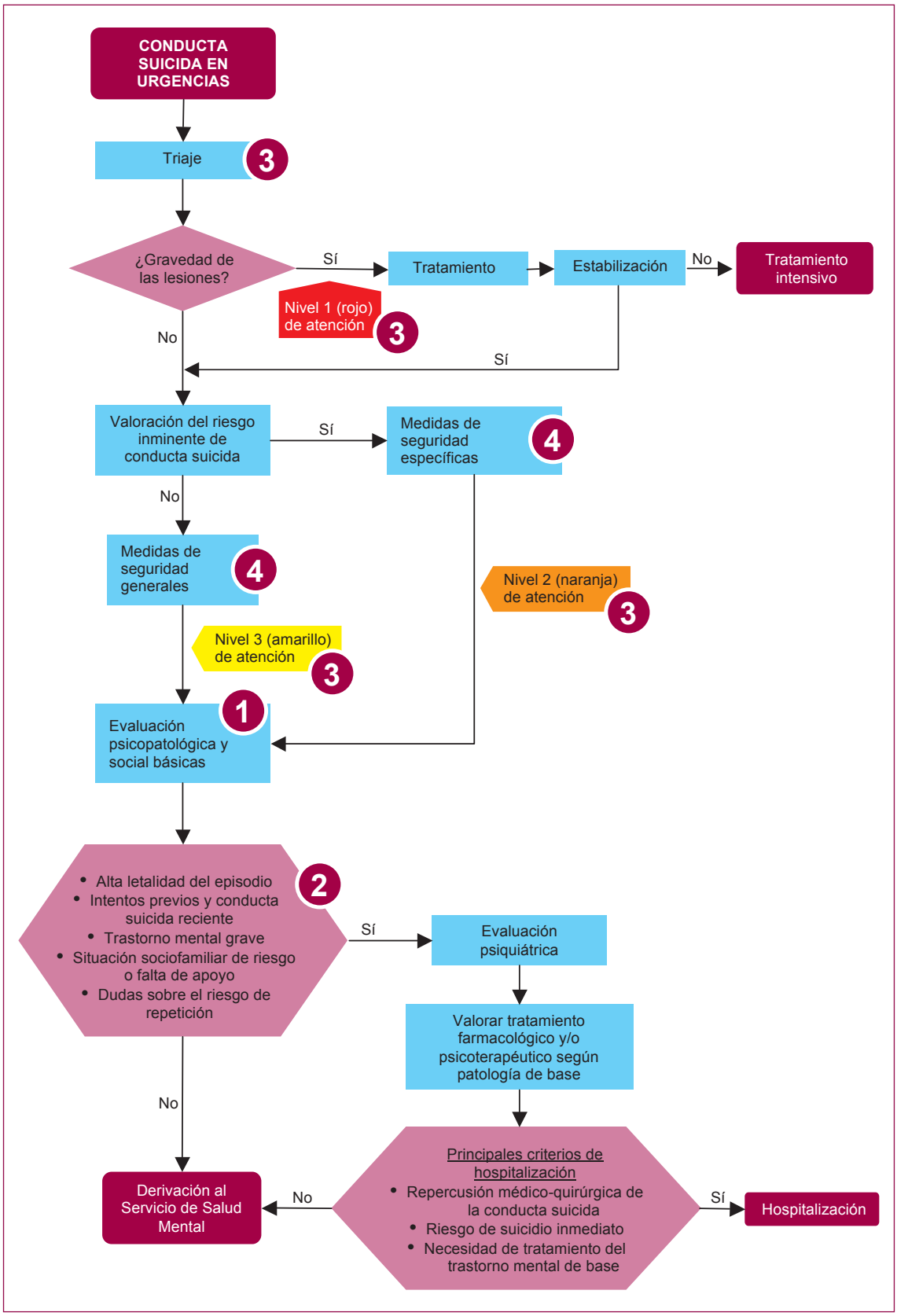
15. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presentan los algoritmos de manejo de la ideación y conductas suicidas en atención primaria y en los servicios de urgencias. En las notas del algoritmo se detallan algunos aspectos de los mismos.

Algoritmo 1. Manejo de la conducta suicida en atención primaria



Algoritmo 2. Manejo de la conducta suicida en el servicio de urgencias hospitalarias



NOTAS DEL ALGORITMO

Generales

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

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

1. Evaluación psicopatológica y social básicas

Tras un episodio de ideación o conducta suicidas se debe realizar una evaluación psicopatológica y del medio social básicas, tanto en atención primaria como en el servicio de urgencias hospitalarias. Deberá incluir la evaluación de los factores psicológicos y contextuales y una valoración de los factores de riesgo. Esta evaluación será preliminar y se completará posteriormente por el servicio de salud mental. Podrá ser necesario contar con la valoración e intervención de los servicios sociales.

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

2. Criterios de derivación

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

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

3. Triaje

Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias hospitalarias debido a una conducta suicida deberían ser catalogados de forma que se asegurase su atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada.Utilizando el sistema de triaje de Manchester, los niveles de atención serían los siguientes:

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

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

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

4. Medidas de seguridad

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

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

16. Difusión e implementación

Las guías de práctica clínica son herramientas cuyo objetivo es el de promover una mayor calidad y equidad en la prestación de la asistencia sanitaria y servir de ayuda a la toma de decisiones. Su principal finalidad es trasladar el conocimiento científico a recomendaciones específicas que ayudarán al clínico en la práctica clínica, por lo que la adecuada difusión e implementación es crucial.

Esta GPC consta de dos versiones, la completa y la resumida, además de dos documentos con información para pacientes y familiares (sobre la conducta suicida y sobre el duelo después de un suicido) y un documento con material metodológico. A la versión completa, a la información para pacientes y al documento metodológico se tiene acceso a través de la página web de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (http://avalia-t.sergas.es) y de GuíaSalud (http://portal.guiasalud.es).

Las estrategias planteadas para la difusión e implementación de esta GPC son las siguientes:

- Presentación oficial de la guía por parte de las autoridades sanitarias y envío individualizado a los profesionales potenciales usuarios.
- Difusión de la guía en formato electrónico en las páginas web de los servicios de salud y de las sociedades y asociaciones implicadas en el proyecto.
- Distribución de la información para pacientes y allegados mediante la colaboración con diferentes asociaciones de pacientes.
- Envío de la guía a bases de datos recopiladoras de GPC, nacionales e internacionales.
- Presentación de la guía en atención primaria y especializada mediante charlas interactivas, así como en talleres con pacientes, familiares y ciudadanos interesados.
- Presentación de la guía en actividades científicas (jornadas, congresos y reuniones).
- Realización de actividades de formación en línea y/o presenciales sobre manejo y evaluación del paciente con ideación o conducta suicida.
- Publicación de la guía en revistas médicas y psicológicas.
- Establecimiento de criterios de buena atención al paciente con ideación y/o conducta suicida en los contratos programa y contratos de gestión clínica.
- Establecimiento de sistemas de apoyo a la decisión clínica, que integren la guía y los indicadores seleccionados en el programa informático utilizado en atención primaria, y servicios de urgencias o atención especializada.
- Traducción de la versión completa al inglés.

17. Recomendaciones de investigación futura

A pesar de que la conducta suicida parece haber despertado el interés de la comunidad científica en los últimos años, con un incremento notable del número de publicaciones centradas en la prevención del suicidio, en el proceso de elaboración de esta guía se han localizado aspectos importantes que no han sido investigados o que carecen de evidencia concluyente. Es por ello que es crucial que se realicen esfuerzos para fomentar la investigación y profundizar en dichos aspectos.

Epidemiología del suicidio en España

- Realizar estudios que permitan conocer la epidemiología de los intentos de suicidio en España y mejorar la recogida de datos de los suicidios consumados (por sexo, grupos de edad, presencia de situaciones comórbidas y otras variables clínicas y sociodemográficas de interés).
- Factores de riesgo y de protección y evaluación del riesgo suicida
- Realizar estudios que permitan identificar grupos de especial riesgo de suicidio en nuestro contexto, que permitan mejorar la identificación y orientar las intervenciones preventivas en estos grupos.
- Investigar la resiliencia y los factores de protección específicos en relación con la conducta suicida y llevar a cabo estudios que tengan por objetivo valorar la efectividad de la prevención del suicidio mediante la potenciación o la intervención sobre dichos factores de protección.
- Realizar estudios que determinen la validez predictiva de las escalas de evaluación del riesgo de suicidio, de cara a la correcta identificación y monitorización de pacientes con conducta suicida.
- Realizar estudios de adaptación y validación al castellano de escalas que hayan demostrado adecuadas propiedades psicométricas para la valoración del riesgo suicida.
- Emplear en los estudios escalas que hayan demostrado su fiabilidad y validez y que hayan sido adaptadas y validadas al castellano.

Evaluación y manejo de la conducta suicida en los diferentes niveles asistenciales

- Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la detección de la ideación suicida tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias.
- Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones en los servicios de urgencias para la derivación y/o ingreso hospitalario de pacientes con conducta suicida.

Tratamiento psicoterapéutico y farmacológico

- Diseñar estudios centrados en la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico como tratamiento de la conducta suicida en muestras homogéneas, con variables bien definidas relacionadas con la conducta suicida, además de las de la patología de base.
- Realizar estudios sobre la efectividad de la terapia combinada (tratamiento psicoterapéutico unido a tratamiento farmacológico).
- Potenciar la investigación sobre el manejo de la conducta suicida y su prevención en grupos de especial riesgo de suicidio, como es el caso de la infancia y adolescencia y los mayores de 65 años.
- Identificar cuáles son los elementos de las terapias de corte cognitivo-conductual que se asocian con la prevención de la conducta suicida o síntomas asociados.
- Diseñar estudios de efectividad e indicación de intervención desde los diferentes dispositivos asistenciales.

Medidas generales de prevención

- Impulsar la recogida de datos respecto a la ideación suicida, autolesiones e intentos de suicido, ya que esta información puede ser muy útil de cara al establecimiento de programas de prevención e intervención sobre la conducta suicida.
- Realizar investigaciones sobre los programas de prevención realizados a nivel nacional que permitan establecer las líneas de actuación que disminuyan las tasas de suicidio.
- Realizar estudios donde se implementen las recomendaciones realizadas por organismos como la OMS para los medios de comunicación y una evaluación sobre los efectos de dichas recomendaciones en la tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados.
- Desarrollar programas de formación sobre la prevención de la conducta suicida orientados tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, y realizar una posterior evaluación sobre el efecto de dichas actividades formativas en aspectos como las actitudes y habilidades de los profesionales, mejora de las habilidades en identificación y manejo y disminución de episodios de conducta suicida.
- Realizar estudios comparativos sobre los diferentes métodos y estrategias de formación para profesionales implicados en el manejo de la conducta suicida, en los que se describan adecuadamente las características (formato, duración), componentes y contenidos de dichos programas de formación.

Cribado

- Realizar estudios de cribado de riesgo de suicidio en diferentes ámbitos, como atención primaria, atención especializada o urgencias, con muestras de suficiente potencia estadística y de carácter multicéntrico que permitan conocer de forma definitiva el impacto del cribado en la prevención de la conducta suicida.

– Llevar a cabo estudios de cribado tanto en población general (sin factores de riesgo detectados), como en personas con riesgo de suicidio conocido o en grupos de edad en los que existe mayor riesgo, como en adolescentes y mayores.

Grupos de riesgo

– Realizar investigaciones sobre la relación existente entre la conducta suicida y situaciones de especial riesgo (trastornos mentales, enfermedades crónicas, dolor, discapacidad, violencia doméstica y aislamiento social) e intervenciones de prevención del suicidio en estos grupos, asociados a una evaluación posterior de su efecto en la reducción de las tasas de intentos y suicidios consumados.

– Diseñar estudios que permitan establecer la existencia de la relación entre distintas profesiones y la conducta suicida y los factores que pueden estar mediando dicha relación.

Intervenciones después de un suicidio

– Realizar estudios con metodología cualitativa para investigar las experiencias de los familiares, amigos y allegados, así como de los profesionales de atención primaria o Especializada implicados en el tratamiento o seguimiento de una persona fallecida por suicidio.

– Realizar estudios sobre la efectividad de las intervenciones tras un suicidio en familiares y allegados en variables como la evolución del duelo, la presencia de trastorno mental y la prevención de la conducta suicida.

– Realizar estos estudios de intervenciones tras un suicidio en diferentes ámbitos como el escolar, familiar o comunitario y diferentes formatos de aplicación de las intervenciones (grupal o individual).

Anexos

Anexo 1. Información para pacientes y familiares sobre la ideación y conducta suicidas

LA CONDUCTA SUICIDA

Información para pacientes, familiares y allegados

CONTENIDO

1. Información General

1.1. Algunas preguntas sobre el suicidio

1.2. ¿Cuáles son los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio?

1.3. ¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta en el suicidio?

1.4. ¿Qué sucesos o circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?

2. Folletos específicos

2.1. INFORMACIÓN PARA PACIENTES que presentan ideas suicidas

2.2. INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ALLEGADOS

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

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

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

Agradecimientos

El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica desea dar las gracias a José Luis Iglesias Diz y a Luis Iglesias Fernández, autores de las ilustraciones y de forma especial a todos los pacientes y familiares que han colaborado en la elaboración de este material.

Introducción

El documento que tiene en sus manos busca proporcionarle información sobre uno de los problemas más graves de salud de los últimos años: el suicidio.

En el año 2010 se publicaron datos donde se puso de manifiesto que en 2008, el suicidio en España fue la primera causa de muerte violenta, superando a los accidentes de tráfico. Desde entonces el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte violenta. Pero a diferencia de lo que ocurre con los accidentes, no se percibe una reacción por parte de la sociedad hacia el suicidio, posiblemente debido a que el conocimiento no se ha divulgado convenientemente y de forma objetiva, siguiendo vigentes muchos mitos o creencias erróneas sobre el mismo.

Tratar el tema del suicidio no es fácil, ya que en él intervienen muchos factores. Además, es relativamente sencillo caer en estereotipos sobre el suicidio, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares. Pero no debemos quedarnos indiferentes ante la magnitud de este problema, y las siguientes páginas tienen precisamente ese objetivo y el de poder influir en el suicidio de modo positivo.

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

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

1. Información General

1.1. Algunas preguntas sobre el suicidio

¿Qué personas podrían tener un mayor riesgo de suicidio?

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

- Haber tenido un intento de suicidio previo
- Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental
- Abuso de drogas o alcohol
- Antecedentes familiares de suicidio o violencia
- Padecer una enfermedad física o tener desesperanza[4]
- Antecedentes de abuso sexual en la infancia
- Tendencias impulsivas o agresivas

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

¿Qué comportamiento presenta una persona que quiere suicidarse?

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

Entre estos cambios podemos encontrar:

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

¿Puede heredarse el riesgo de suicidio?

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

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

¿La depresión aumenta el riesgo de suicidio?

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

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

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

¿Qué significa "suicidio por contagio" o "imitación"?

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

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

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

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

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

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

¿Es posible predecir el suicidio?

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

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

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

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

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

creencias erróneas ⟷ **situación real**

EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
EL QUE LO DICE NO LO HACE	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. El que se suicida pudo expresar lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
TODO EL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL	Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental. Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre.
EL SUICIDIO SE HEREDA	Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo. Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar (habilidades en la resolución de los problemas, tener confianza en uno mismo, integración social, etc.…).

creencias **erróneas**	situación **real**
HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTÁ EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE	Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo. Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
EL SUICIDA DESEA MORIR	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman. Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE	Pretende evitar el suicidio al equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad. Los que intentan suicidarse no son cobardes sólo son personas que sufren.
EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN VALIENTE	Pretende equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor. Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta.
SOLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN	Pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos mas efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.
SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA	Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad. Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

creencias **erróneas**	⟷	situación **real**
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO		Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio.

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

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

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

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

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

– Amenazan con dañarse o matarse

– Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio

– Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)

– Expresan sentimientos de desesperanza

– Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza

– Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables

– Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida

– Incrementan el uso de alcohol u otras drogas

– Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno

– Se muestran ansiosos o agitados

– Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo

– Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión

– Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos

– Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban

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

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

1.4. ¿Qué circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?

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

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

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

Más información

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

2. Información Específica

2.1. Información para pacientes que presentan ideas suicidas

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

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

– Aunque no se le ocurra otra solución que el suicidio, no significa que no la haya, sino que **usted no la puede ver en ese momento**. Otra persona puede ayudarle a encontrar esa solución.

– **Busque ayuda lo antes posible**. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.

– **Hable de sus pensamientos suicidas**. No se guarde para sí mismo sus pensamientos suicidas.

– **Posponga cualquier decisión** acerca del suicidio: cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.

– **Permanezca acompañado** hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.

– **Las crisis son transitorias**. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.

– Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir **sino acabar con su sufrimiento**. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.

– **Piense en las cosas o personas importantes** que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.

– **No se aísle**. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.

– **Trate de centrarse en el día a día**. Pensar más allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.

– **Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol**. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.

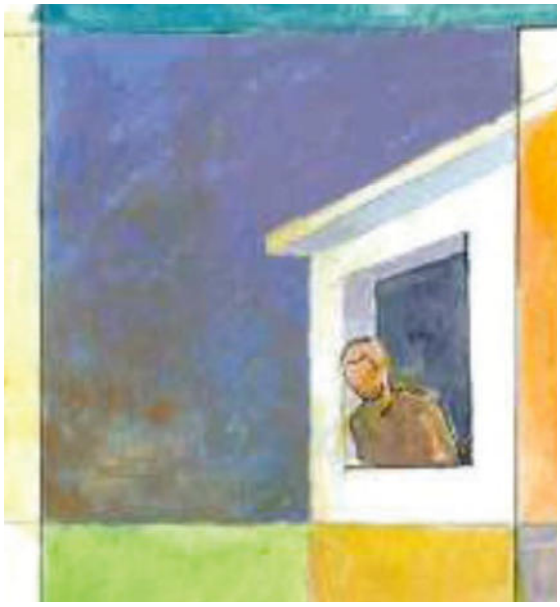
– **Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien**. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas substancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.

– **Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento**. Hable de sus pensamientos y sentimientos sobre el suicidio con su médico. Converse sobre los modos con los que usted se mantiene a salvo y asegúrese de que recibe los mejores tratamientos y cuidados.

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

Más información

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



2.2. Información para **familiares y allegados**

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

– **Estar atento**. Si alguien que usted conoce muestra algunos o todas las señales de alerta para el suicidio y/o ha experimentado algún factor precipitante, debería actuar inmediatamente para asegurar su seguridad.

– **Conservar la calma**. Si alguien que usted conoce muestra señales de alerta o ha alcanzado su tope, intente no reaccionar de modo exagerado.

– **Hablar con esa persona**. Mientras le muestra que usted entiende que se sienta desesperado o que en este preciso momento se encuentran en una posición difícil y frágil. Hágale saber que hay ayuda disponible, que no siempre se sentirá tan mal, y que con la ayuda correcta es posible que pueda manejar sus problemas y sentirse mejor en el futuro.

– **Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio** y **no dejar nunca sola a la persona**. Si duda sobre el riesgo concreto, hable con ella y busque la ayuda de otras personas.

– **Valorar el riesgo**. Hable con la persona que podría estar en riesgo de suicidio y valore la situación. ¿Tiene un plan para matarse? ¿Tiene los medios para llevarlo a cabo? Si es así, la persona tiene un riesgo elevado de suicidio. Busque ayuda inmediatamente llamando al **061** o al **112** inmediatamente y ayúdele a mantenerse a salvo.

– **Hablar con otras personas que la conozcan**. Si usted cree que alguien puede tener ideas de suicidio, hable con otras personas que la conozcan para saber si ellos han notado también algo fuera de lo habitual o por si piensan lo mismo.

– **Ofrecer ayuda en tareas prácticas**. Esto puede proporcionar a la persona la oportunidad de hacer otras tareas también importantes, pasar algún tiempo intentando resolver su situación o dándole tiempo libre, algo muy necesario. Acepte que la ayuda que usted ofrece puede ser rechazada, ya que algunas veces, las personas encuentran difícil aceptar apoyo o no quieren admitir que necesitan ayuda.

– **Saber dónde pedir ayuda**. Consiga información sobre los sitios y los servicios de apoyo en la comunidad y en su entorno. Tenga una lista de números de contacto y los horarios de atención de estos servicios. Proporcione ayuda práctica para que la persona en riesgo de suicidio tenga una atención adecuada a sus necesidades y situación. Tengan un plan de emergencia por si resulta que el servicio no está disponible o que tiene una larga lista de espera.

– **Cuídese usted mismo**. Ayudar a alguien a enfrentarse a los traumas y al estrés puede ser muy fatigoso y dejarnos agotados. Encuentre algún tiempo para las cosas con las que usted disfruta y busque a otras personas que puedan ayudarlo a apoyar a quien más lo necesita.

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

QUÉ HACER
ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado

HAGA ALGO AHORA

Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busque urgentemente ayuda si la necesita llamando al 112 ó 061 o lleve a la persona al Servicio de Urgencias más próximo.

HABLAR SOBRE EL SUICIDIO

Hablar sobre el suicidio no va a meterle esa idea en la cabeza y, sin embargo, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos. Un plan detallado indica mayor riesgo. No se comprometa a guardarlo como un secreto desde el momento en el que la seguridad física de la persona es su principal preocupación.

ACEPTAR SU PROPIA REACCIÓN

Usted puede sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si le está costando dominarse, solicite la ayuda de alguien de confianza.

ESTAR AHÍ POR ÉL O POR ELLA

Pase algún tiempo con esa persona, anímele a hablar de cómo se está sintiendo, identifique a quien podría pedir apoyo, y anime a la persona para que acepte tener apoyo también más adelante.

ACEPTAR LO QUE LE ESTÁ DICIENDO

Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin juzgarlo. Diga cosas como “Aquí estoy para ayudarte”, “Hablemos” y “Estoy aquí por ti”.

ADOPTAR MEDIDAS DE SEGURIDAD

Pregúntese hasta qué punto la persona está pensando en suicidarse. Si usted está claramente preocupado no deje sola a esa persona. Retire cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, incluyendo el acceso a cualquier vehículo.

DECIDIR QUÉ HACER

Comenten de modo conjunto qué decisión tomar. Usted podría necesitar contar con más ayuda (compañeros, padres, amigos cercanos u otras personas) para convencer a la persona para buscar ayuda profesional. Solo compartiendo esa información puede usted asegurarse que la persona tenga la ayuda y apoyo que necesita.

ANIMAR A LA PERSONA A OBTENER APOYO

Médicos de atención primaria y urgencias

Servicio de salud mental

Servicios sociales

Orientadores escolares, educadores

Servicios religiosos

Servicios de ayuda tanto *on line*, como telefónica. ✓

PEDIR UN COMPROMISO

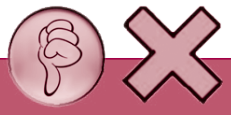
Pídale a la persona que se comprometa a no callar su malestar y preocupación y a hablar con alguien si vuelven las ideas de suicidio. Esto facilitará que el busque ayuda. ✓

CUIDARSE A SÍ MISMO

Es difícil y emocionalmente agotador apoyar a alguien que piensa en suicidarse, no lo haga usted solo. Encuentre a alguien con quien hablar, tal vez amigos, familiares o un profesional sanitario. ✓

MANTENERSE INVOLUCRADO

Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente. La continua preocupación de la familia y amigos es muy importante para la recuperación de la persona. Manténgase atento o atenta a la evolución de la persona. ✓



QUÉ **NO** HACER
ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado

NO REHUIR LOS PROBLEMAS

No deje a la persona sola si cree que su vida está en riesgo inmediato. ✗

NO BANALIZAR, NI DESAFIAR

No trate con ligereza cualquier amenaza, sobre todo si la persona empieza a bromear con eso. NO minimice la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. Retar a que lo haga no va a ayudarle. No le diga cosas como “A qué no eres capaz. Si lo haces, hazlo bien”. ✗

NO UTILIZAR GRITOS O REPRIMENDAS

No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal. ¡No vaya a ser otra petición de ayuda! Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue con un buen grito. ✗

NO TEMER PREGUNTAR

No le de miedo preguntar a la persona por qué está tan triste y tan deprimida ni si se quiere hacer daño a sí misma. ✗

NO JUZGAR, NO COMPARAR

No le diga que eso es de cobardes, o que es de valientes y que él o ella no lo es. No le diga cosas como "algo habrás hecho para estar así", responsabilizándola de toda la situación, o señalar que "está mucho mejor que otras personas". Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar. ✗

NO MANTENGA TODO EN SECRETO

Entre la vida de su amigo y su confianza, escoja la vida. ✗

NO DÉ SOLUCIONES SIMPLISTAS

Una solución obvia y simple puede ayudar a incrementar los sentimientos de incapacidad, vergüenza o soledad en la persona. ✗

NO INTENTE AYUDAR A LA PERSONA USTED MISMO SIN AYUDA DE NADIE

No piense que usted es quien mejor la conoce, que nunca le va a faltar ni a cansarse y que los demás sobran, incluyendo los profesionales. ✗

Más información

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

Anexo 2. Información para familiares y allegados sobre el duelo tras un suicidio

EL DÍA DESPUÉS DEL SUICIDIO DE UN FAMILIAR O ALLEGADO

Información para familiares y allegados

CONTENIDO

1. La experiencia de duelo

1.1. ¿Qué es el duelo?

1.2 ¿Cuáles son los sentimientos y emociones más frecuentes asociados al duelo?

2. El duelo tras un suicidio

2.1. ¿Es el duelo de un fallecimiento por suicidio diferente a otras situaciones de duelo?

2.2. ¿Cómo puedo enfrentarme a esta situación?

3. El duelo en la infancia y la adolescenciao

3.1. ¿Cómo actuar ante un niño que vive el suicidio de alguien cercano?

3.2. ¿Cómo pueden ayudar los profesores?

4. Ayudar a una persona que está pasando por una situación de duelo tras un suicidio

4.1. ¿Qué hacer para ayudar a un familiar o amigo a enfrentarse a esta situación?

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

Agradecimientos

El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica desea dar las gracias a José Luis Iglesias Diz y a Luis Iglesias Fernández, autores de las ilustraciones y de forma especial a todos los pacientes y familiares que han colaborado en la elaboración de este material.

Introducción

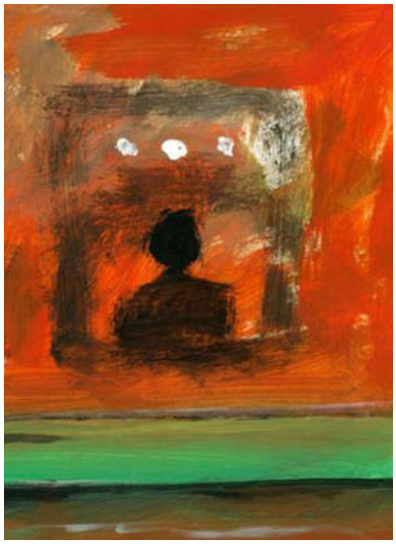
La muerte de un familiar o allegado es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Pero cuando esta muerte se produce a causa de un suicidio, suele hacerse todavía más complicada, causando un dolor intenso y prolongado que será diferente y único en cada persona que lo sufre.

Este documento es un intento de explicar cuáles son las reacciones más frecuentes cuando alguien pierde a un ser querido o alguien cercano a causa de un suicidio y pretende servir de ayuda para afrontar estas situaciones. Ha sido realizado por profesionales implicados en el tratamiento de personas con conducta suicida y por pacientes y familiares, participantes en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.

Toda la información que se recoge proviene de estudios realizados con personas que han vivido esta situación, de recomendaciones de guías nacionales e internacionales, libros de autoayuda y de la experiencia de los profesionales implicados.

Esperamos que esta información le sea de ayuda y que le sirva para aliviar su duelo.

1. La experiencia de duelo



1.1. ¿Que es el duelo?

Llamamos duelo a la reacción emocional y física que se produce tras el fallecimiento de un ser querido. El duelo es una respuesta normal ante esta pérdida.

No hay una forma correcta de pasar el duelo y cada persona lo vive a su manera. Depende de diferentes aspectos, como la relación con la persona fallecida, la forma en la que se produjo la muerte, experiencias pasadas, el carácter y la existencia o no de apoyo familiar o social.

No existe una única manera de pasar el duelo. Aunque cada persona es diferente y tiene su propio ritmo, se han descrito tres etapas que suelen pasar las personas que pierden a un ser querido.

Estas fases o etapas son:

Etapa 1: es frecuente sentir rabia, confusión, angustia o aturdimiento, creer que lo que está pasando no es real y negar sentimientos. También puede aparecer la distancia emocional para protegerse o incluso sentir alivio.

Etapa 2: la persona se siente sola, triste y deprimida. También son frecuentes algunas emociones como desesperación, agresividad, culpa y sentir que la vida ha perdido su significado. También suelen aparecer problemas para comer y dormir.

Etapa 3: se produce una aceptación gradual de la pérdida, la persona comienza a sentirse mejor no piensa tanto en lo ocurrido y los sentimientos son menos intensos. Poco a poco se van desarrollando nuevas tareas que antes no se hacían y se establecen nuevas relaciones.

1.2. ¿Cuáles son los sentimientos y emociones más frecuentes asociados al duelo?

A continuación se describen las emociones más frecuentes que pueden sentir las personas que atraviesan por esta situación. Puede reconocer algunas de ellas o puede sentir otras diferentes, aunque las que aquí se describen suelen ser frecuentes.

Shock

La muerte de alguien cercano puede suponer una gran conmoción, sobre todo cuando es una muerte inesperada. En esta situación es frecuente sentirse tembloroso, adormecido o insensible, como fuera de la realidad. También es normal tener sensaciones físicas desagradables, como dificultad para respirar, boca seca, náuseas, opresión en la garganta y en el pecho, fatiga y un gran sentimiento de vacío. Esta sensación de shock puede durar desde días hasta semanas tras la muerte.

Aturdimiento

A veces en estas situaciones es muy frecuente sentir que todo es un sueño, o sentirse como fuera de la realidad. Muchas personas no son capaces de llorar en el funeral o expresar sus sentimientos y constantemente piensan que esa situación no puede estar pasando. Estos sentimientos son una reacción normal que puede proteger a las personas ante un dolor muy grande.

Confusión

Es muy habitual sentirse confuso e incapaz de concentrarse tras la pérdida de un ser querido. Algunas personas también tienen la sensación de que han perdido el control de sus vidas y no se sienten capaces de tomar decisiones. Hay que darse tiempo para aceptar la muerte y que la persona no va a volver. Hablar de la situación con otras personas y la celebración o asistencia al funeral u otros rituales puede ayudar a aceptar lo ocurrido y a ir asumiéndolo poco a poco.

Búsqueda

Después del shock inicial y cuando la pérdida se va aceptando, es normal que muchas personas necesiten "buscar" a la persona fallecida, repitiendo su nombre o soñando con ella, teniendo la sensación de que la ve por la calle o que la persona fallecida le está llamando.

Angustia y desesperación

En ocasiones es normal sentir desesperación por no poder ver o no poder hablar con la persona fallecida. Puede pensar de forma incontrolable y repetida en lo que pasó y que tenga la necesidad de hablar del tema.

Tristeza

Tras la pérdida de un ser querido es una reacción normal sentirse muy triste. Es posible que prefiera estar solo y tenga la necesidad de llorar. Para muchas personas, llorar es muy positivo, porque ayuda a reducir el estrés y a desahogarse, así que no se sienta mal por hacerlo. Pero tampoco se sienta mal si tiene la sensación de no querer o no ser capaz de llorar, porque también es perfectamente normal.

Enfado

Ante la muerte de un familiar o allegado, muchas personas pueden sentir enfado o rabia. Es posible que se pregunte "¿cómo puede pasarme esto a mi?" y que al pensarlo sienta un gran sentimiento de rabia. Este enfado puede ser general o hacia personas que usted

piensa que no hicieron nada por ayudar (familia, amigos, médicos...). También puede sentir enfado con la persona que se suicidó, porque se siente abandonado por ella. Otras personas también se sienten mal consigo mismas porque tienen la sensación de no haber hecho nada por evitarlo. Todas estas sensaciones son normales, debe intentar controlar el enfado y pensar que muchas veces es muy difícil evitar la muerte.

Culpa

Pensar qu e no hicimos nada por prevenir la muerte de un familiar es muy doloroso. Sentir culpa es algo muy frecuente en los familiares, y es una de las partes más difíciles de superar. Algunas personas además de sentirse culpables, sienten que no tienen derecho a vivir o a ser felices después de algo así.

Alivio

Si la persona llevaba mucho tiempo enferma o sufriendo y no podía ser feliz, a veces la familia siente un alivio que es perfectamente normal.

Miedo

Es posible sentir miedo y pérdida del control en nuestra vida y en las de los seres queridos. Además, este miedo suele acompañarse de síntomas físicos, como dificultad al respirar, o notar que el corazón se acelera. Estas sensaciones irán disminuyendo con el tiempo.

Es necesario que entienda que para superar el duelo hay que llevar a cabo cuatro "tareas" importantes:

QUÉ HACER
para superar el duelo

ACEPTAR LA PÉRDIDA

Es importante que intente aceptar que la persona no va a volver. Hable con los demás de cómo se está sintiendo.

TRABAJAR CON EL DOLOR Y LAS EMOCIONES

Tiene que darse tiempo para entender y aceptar emociones y sentimientos. Intentar evitar estos sentimientos hace que la situación no termine de superarse.

APRENDER A VIVIR SIN LA PERSONA QUERIDA

Puede significar aceptar nuevas tareas que antes no se hacían o aprender nuevas habilidades. Debe intentar reconstruir su vida o hacer que su día a día vuelva a la normalidad, volviendo al trabajo y haciendo poco a poco las actividades de antes.

SEGUIR ADELANTE

Debe pensar en el futuro sin la persona fallecida y adaptar los planes de futuro a la nueva situación.

Lo más frecuente es que el malestar intenso vaya mejorando con el tiempo, a medida que se va restableciendo su vida. Sin embargo, a veces el duelo se complica y es necesario ir al médico para que se realice una evaluación y se valore la necesidad de recibir tratamiento.

Debe acudir al médico cuando el malestar es intenso, se prolonga mucho en el tiempo y cuando están presentes:

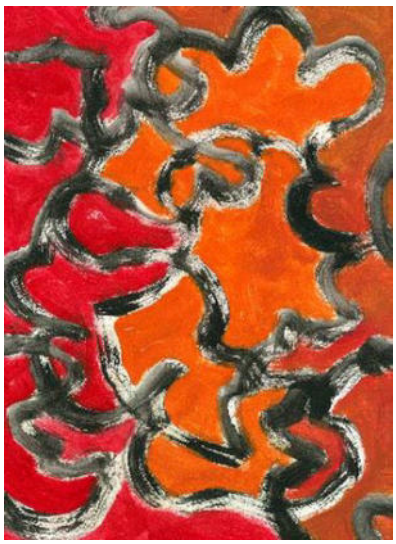
1. Incapacidad para aceptar la muerte del familiar o allegado
2. Ideas persistentes de muerte
3. Sentimientos de culpa
4. Preocupación excesiva sobre la muerte del ser querido
5. Incapacidad para hacer las actividades de su vida diaria
6. Recuerdos recurrentes de la muerte del ser querido

7. Ansiedad, irritabilidad, agresividad
8. Dificultad para dormir y concentrarse
9. Aumento del consumo de fármacos, alcohol, u otras drogas
10. Incapacidad para relacionarse con otras personas.

Más información

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

2. El duelo tras un suicidio



2.1. ¿Es el duelo de un fallecimiento por suicidio diferente a otras situaciones de duelo?

Nadie está preparado para recibir la noticia de que un ser querido se ha quitado la vida.

El duelo de alguien cercano es duro, independientemente de la causa de la muerte. Pero cuando la causa de la muerte es un suicidio, es más duro todavía de superar para las personas cercanas.

Algunas veces, el duelo que sufren las personas que pasan por el suicidio de un ser querido es diferente a otros duelos por muertes naturales o a causa de un accidente. En ocasiones puede ser más prolongado, y el shock, el aislamiento y la culpa pueden ser mayores que tras otro tipo de muertes. El proceso se suele caracterizar por cuestionarse aspectos relacionados con la persona fallecida y por la búsqueda de una explicación. Todas estas reacciones emocionales no son más que reacciones normales de expresión del sufrimiento.

Otras veces, las personas del entorno presentan actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio, que contribuyen a que los familiares o seres queridos de la persona que se ha suicidado se aíslen y se sientan estigmatizados.

Es frecuente que las personas allegadas se formulen estas preguntas y experimenten algunas de estas situaciones:

– **Preguntarse por qué**: una de las primeras ideas que tendrá en la cabeza es preguntarse el motivo del suicidio. Normalmente la familia intenta buscar una explicación o significado al fallecimiento de la persona, por lo que es posible que surjan muchas dudas y que puedan darse situaciones tensas en la familia. Para muchas personas es muy difícil aceptar la idea de que nunca sabrán el verdadero motivo de la muerte de su familiar.

– **Imágenes que se repiten de la persona fallecida**: una de las cosas más frecuentes entre las personas allegadas es tener todo el tiempo imágenes de la persona que se ha suicidado y suele ser peor para las personas que encuentran el cuerpo. Normalmente estas imágenes dejan de ser tan recurrentes con el tiempo y a medida que la persona va aceptando la situación.

– **¿Podríamos haber hecho algo?**: es algo normal entre los familiares pensar que podían haber hecho algo para prevenir el suicidio de un ser querido o que algo que hicieron o dijeron podría haber tenido algo que ver. Debes pensar que aunque hay algunas señales que nos pueden estar alertando del riesgo de suicidio, incluso para los profesionales es difícil de prevenir.

– **¿Qué le digo a la gente de la causa de la muerte?**: para muchas personas es difícil hablar abiertamente sobre el suicidio, pero tratar de esconderlo puede ser peor a largo plazo. Tampoco debe dar explicaciones si no le apetece, pero no es bueno que tenga la sensación de tener que esconderlo. Es una decisión que debe tomar usted mismo.

– **Sentimientos de rechazo y abandono**: es normal sentirse abandonado o rechazado por

la persona fallecida y que le parezca una conducta egoísta. Piense que normalmente las personas que se suicidan están tan preocupadas por sus propios problemas que no son capaces de pensar en los demás

– **Preocupación por su propio suicidio**: muchas personas tienen miedo de estar en riesgo de suicidio, e incluso pueden pensar en él. Es importante que no tenga miedo a hablarlo con sus amigos o familia y a comentárselo a su médico.

– **Estigma**: aunque las actitudes hacia el suicidio están cambiando, existe mucho desconocimiento y a veces intolerancia. Muchas personas desconocen que la conducta suicida es un grave problema de salud pública y una de las primeras causas de muerte en todo el mundo. El silencio de los otros acerca del suicidio o la forma de actuar de los demás pueden hacerle sentir culpable y que no tenga ganas de estar con los demás. Pero debe pensar que la mayoría de las veces, muchas personas no saben qué decir o cómo actuar.

– **Aislamiento**: es posible que piense que nadie le entiende y que necesita estar solo. Aunque los momentos de soledad son necesarios, es importante relacionarse con los demás y no encerrarse en uno mismo. La actividad social le irá ayudando a volver a la normalidad.

Si usted siente que no es capaz de enfrentarse solo a la situación o que estos sentimientos no van mejorando con el tiempo, acuda a su centro de salud o busque ayuda.

2.2. ¿Cómo puedo enfrentarme a esta situación?

QUÉ HACER
ante un duelo por suicidio

RESÉRVESE UN TIEMPO CADA DÍA

Es importante reservar un tiempo cada día, si es posible a la misma hora y en el mismo sitio, de modo que pueda llorar, recordar a la persona muerta, rezar o meditar.

ESCRIBA

Lleve un diario para registrar sus sentimientos, pensamientos y recuerdos. Esto puede ayudarle a ganar un cierto control sobre emociones intensas.

HAGA UN POCO DE EJERCICIO

Ande todos los días por lo menos 20 minutos. Generalmente le ayudará a sentirse mejor y mejorará su sueño.

REDUZCA EL ESTRÉS

La meditación, las técnicas de relajación, el masaje o escuchar música pueden ayudarle a reducir el estrés emocional y físico por la pérdida.

CUÍDESE

Trate de descansar lo suficiente y comer bien. Piense en cómo pasar cada día, no más allá. Cuando sea capaz, empiece a dedicar tiempo a las cosas que le hacían disfrutar. Esto no es desleal y le ayudará a enfrentarse mejor con el dolor.

EXPRESE SUS SENTIMIENTOS

A algunas personas les ayuda hacer actividades creativas, como la poesía o la pintura, para expresar sus sentimientos. Otras actividades, como la costura, cocina, jardinería o carpintería, pueden también ser de ayuda.

COMPARTA SU EXPERIENCIA

La participación en grupos de apoyo o la lectura de libros de autoayuda sobre experiencias similares son muchas veces la única forma de compartir lo más profundo de su pena con otros que han pasado por los mismos sentimientos.

COMUNIQUE LO QUE NECESITA

Pídale a su familia o allegados lo que necesite (por ejemplo estar solo). Así será más fácil que puedan ayudar.

NO TOME DECISIONES IMPORTANTES

Trate de evitar tomar decisiones importantes, como cambiar de casa o librarse de sus posesiones personales, inmediatamente después de la muerte. Es posible que no esté pensando claramente y puede hacer cosas de las que luego se arrepienta.

DESE TIEMPO

Recuperarse de una muerte por suicidio necesita tiempo para curar, igual que una herida profunda.

RESPETE LA ELECCIÓN DE SU FAMILIAR O ALLEGADO

Aunque no esté de acuerdo, se sienta perjudicado o no lo entienda. Usted no pudo elegir por él o por ella.

NO SE SIENTA CULPABLE

Incluso para un profesional es muy difícil prevenir un suicidio. No sienta que por lo que dijo o no hizo hubiese podido cambiar el desenlace.

SU DOLOR NO ES UNA ENFERMEDAD

No significa que esté enloqueciendo. Ese dolor tan profundo es una reacción normal de un ser humano sensible frente a la experiencia más difícil que una persona puede vivir.

NO ABUSE DE FÁRMACOS O DE DROGAS

Procure no recurrir al alcohol o las drogas como una forma de aliviar su tristeza. Si bien le pueden proporcionar alivio de sus sentimientos a corto plazo, impiden el duelo y pueden causar depresión u otros trastornos.

SOLICITE AYUDA PROFESIONAL

Si pasa el tiempo y usted se sigue sintiendo ansioso o deprimido (problemas con el sueño, falta de apetito, pérdida de energía e interés por las cosas, pensamientos suicidas), es importante buscar la ayuda de su médico.

NO BUSQUE EXPLICACIONES

La mayoría de las veces, por más que uno lo intenta, nunca consigue entender las razones que llevaron a un ser querido a quitarse la vida.

Más información

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

3. El duelo en la infancia y adolescencia

3.1. ¿Cómo actuar ante un niño que vive el suicidio de alguien cercano?

No todos los miembros de la familia experimentan el duelo de la misma manera, con las mismas etapas ni en el mismo tiempo. Cada persona necesita su espacio y su propio camino para pasar el duelo y, en el caso de los niños, puede ser difícil saber cómo ayudarlos a enfrentarse a la pérdida.

Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables, puesto que tienen una forma diferente de expresar sus sentimientos, aunque no por esto debemos pensar que no sienten dolor. Además, lo que los niños pueden entender sobre la muerte depende en gran medida de su edad, sus experiencias vitales y su personalidad.

Algunos consejos sobre cómo manejar la situación son:

– Dependiendo de las circunstancias y de la madurez del niño, es recomendable ser honesto y hablar sinceramente de lo ocurrido, aunque no es necesario dar muchos detalles.

– Es mejor evitar frases como "se ha ido a dormir" o "está en un sitio mejor", porque estas frases pueden confundir a los niños.

– A los más pequeños les costará entender lo que significa la muerte. Será necesario explicar una y otra vez el significado de algo definitivo e irreversible con un lenguaje adecuado a su edad.

– No caer en la tentación de apartarle de la realidad que está viviendo con el pretexto de ahorrarle sufrimiento.

– Se debe facilitar que el niño hable de sus sentimientos y que no los guarde para él. Leer historias o cuentos pueden ayudar a que el niño comunique sus emociones.

– Hay que entender que los niños pueden actuar de forma muy diferente a los adultos y pueden expresar sus sentimientos de muchas formas: irritabilidad, pesadillas, travesuras y a veces, síntomas somáticos: vómitos, dolores, disminución de apetito o con la aparición de comportamientos regresivos: hacerse pis, hablar mal.

– Es frecuente que sientan culpa y abandono: es importante que el niño no se sienta culpable, que se sienta arropado y que no tenga la sensación de que se va a quedar solo o de que la gente a la que quiere se morirá de forma repentina.

– Algunos niños pueden creer que la muerte es "contagiosa". Es imprescindible darle seguridad, la certeza de permanecer a su lado y fortalecer el contacto físico: acercarse, sentarlo a nuestro lado, abrazarlo y escucharlo.

– El adolescente expresa con dificultad lo que siente. Por ello es necesario vigilar la aparición de cambios de hábitos: en el estudio (fracaso escolar), aislamiento de sus amigos y familia, abuso de alcohol u otras drogas, promiscuidad, peleas o práctica de deportes de riesgo que pueden indicar la necesidad de búsqueda de ayuda especializada.

– Si la situación es muy difícil para usted, deje que los demás le ayuden. Hable con el médico y con los profesores, ellos podrán orientarle sobre cómo enfrentarse a la situación y pueden ser de gran ayuda.

3.2. ¿Cómo pueden ayudar los profesores?

Las reacciones más habituales en la infancia cuando se vive un suicidio cercano, pueden adoptar la forma de alteraciones en el comportamiento, alteraciones emocionales y disminución del rendimiento académico. Su evolución dependerá en parte de cómo transcurra la situación en su entorno

más próximo, de modo que a medio plazo, una adecuada estabilización del entorno familiar y escolar favorecerá en gran medida su recuperación.

Los niños y adolescentes que viven el suicidio de alguien cercano pueden necesitar apoyo en la escuela. Si es usted profesor, puede ayudar de la siguiente manera:

– Intente mantener la normalidad

– Busque algún momento para hablar con el niño

– Hable a los demás compañeros de lo sucedido y cómo deben actuar y pueden ayudar, en un momento en que el alumno implicado esté ausente

– Tenga especial atención en fechas especiales como las navidades, los cumpleaños o el aniversario

– Observe si se produce algún cambio de comportamiento que pueda estar indicando algún problema

– Esté atento a las señales de alarma que indican riesgo de suicidio

– Intentar hablar abiertamente de la muerte es más recomendable que evitar el tema.

En caso de que las dificultades que se presentan sean relevantes, será necesaria una valoración médica y psicológica específica.

Más información

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

4. Ayudar a una persona que esté pasando por una situación de duelo tras un suicidio

4.1. ¿Qué hacer para ayudar a un familiar o amigo a enfrentarse a esta situación?

Perder a un ser querido debido a un suicidio provoca un gran número de emociones y preocupaciones. Muchas veces esta situación sobrepasa a las personas que lo sufren y tienen la necesidad de llorar o gritar, pueden mostrarse agresivos, con mal humor e irritables, mientras que a la vez pueden querer estar solos y no hablar.

Qué hacer

– Tenga paciencia e intente entender que la situación que está pasando su familiar o amigo es muy difícil

– Es importante no buscar culpables de lo sucedido ni hacer juicios sobre nadie

– Trate a la persona como a cualquier otra que pierde a un ser querido

– Póngase en contacto tan pronto como pueda. Aunque hay personas que prefieren no recibir visitas, muestre sus sentimientos tan pronto como pueda, porque es importante que sepa que usted está preocupado y que se ofrece a ayudar en lo posible

– Permita que la persona se exprese y que pueda desahogarse. Una de las cosas más importantes es escuchar

– Deje que hable cuando esté preparado para hacerlo

– A veces cosas sencillas, como un abrazo o acompañarle a dar un paseo, pueden ayudar mucho

– También puede ayudar ofreciéndose para echar una mano con las tareas del día a día, como hacer la comida, cuidar a los niños o ayudar con el papeleo

– La ayuda deberá prologarse en el tiempo, no solo en las primeras semanas. A veces también se necesita ayuda en fechas especiales, como el aniversario, los cumpleaños y otras fechas importantes en la vida de estas personas

– Si ve que necesita ayuda, acompáñele al médico o recomiéndele ir. El médico podrá orientarle sobre cuál es la mejor opción en su caso

– Si usted también está pasándolo mal por el suicidio de la persona querida, piense que usted puede necesitar apoyo y hablar con otros amigos, familia o con los profesionales sanitarios sobre cómo se encuentra.

Qué decir

– Es mejor que diga "no sé qué decir", que evitar hablar de lo sucedido

– Diga que lo siente tan pronto como sea posible

– Pregunte a la persona cómo se siente y qué necesita

– Ofrézcase para hablar o para ayudar en lo necesario

– Puede hablar de la persona fallecida y de lo importante que era para usted

– Evite preguntar detalles de la muerte

– Intente no juzgar la situación ni dar opiniones sobre la posible causa o buscar explicación al suicidio.

Más información

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

Anexo 3. Abreviaturas

ADAPT	*Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial*
AEPCP	Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AGREE	*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*
AIPIS	Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio
AMAFE	Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia
ANESM	Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental
AP	Atención Primaria
APA	*American Psychiatric Association*
BDI	*Beck Depression Inventory*
BHS	*Beck Hopelesness Scale*
BPRS-24	*Brief Psychiatric Rating Scale-24*
CCAA	Comunidades Autónomas
CS	Conducta Suicida
DARE	*Database of Abstracts Reviews of Effectiveness*
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*
ECA	Ensayo clínico aleatorio
ECT	*Electroconvulsive therapy*
EE.UU.	Estados Unidos de América
EMEA	Agencia Europea del Medicamento
EMBASE	*Excerpta Medica Database*
ESEMeD	*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FDA	*Food and Drug Administration*
FEAFES	Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
FEMASAM	Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental
GPC	Guía de Práctica clínica
HoNOSCA	*Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*
HRSD	*Hamilton Rating Scale for Depression*
HTA	*Health Technology Assessment*
IBECS	Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IMAO	Inhibidor de la monoaminooxidasa
IC	Intervalo de confianza
IME	Índice médico español
INE	Instituto Nacional de Estadística
InterSePT	*International Suicide Prevention* Trial

IS PATH WARM	Ideation, Substance abuse, Purposelessness, Anger, Trapped, Hopelessness, Withdrawing, Anxiety, Recklessness, Mood
K-SADS-PL	*Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version*
MACT	*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*
MAT	Modelo Andorrano de Triaje
MTS	*Manchester Triage System*
NHS	*National Health Services*
NHS-EED	*National Health Services-Economic Evaluation Database*
NICE	*National Institute for Health and Clinical Excellence*
NIMH	*National Institute of Mental Health*
NZGG	*New Zealand Guidelines Group*
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PICO	Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado
RD	Real Decreto
RS	Revisión Sistemática
RSQ	*Risk of Suicide Questionaire*
SAD PERSONS	*Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking, Organized plan for suicide, No spouse, Sickness*
SEEP	Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEP	Sociedad Española de Psiquiatría
SEPB	Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
SEPG	Sociedad Española de Psicogeriatría
SEPL	Sociedad Española de Psiquiatría Legal
SIGN	*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
SPS	*Suicide Probability Scale*
SSI	*Scale for Suicide Ideation*
SSI-W	*Scale for Suicide Ideation-Worst*
SSM	Servicio de Salud Mental
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
SUPRE	*Suicide Prevention*
TADS	*Treatment for Adolescents with Depression Study*
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TDC	Terapia dialéctico-conductual
TEC	Terapia electroconvulsiva
TF	Terapia familiar
TIP	Terapia interpersonal
TRIP	*Turning Research into Practice*
TRP	Terapia de resolución de problemas
UK	*United Kingdom*

Anexo 4. Glosario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consejo u orientación (*counseling*): es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estudio de casos-control: estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si

estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

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

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

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

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

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 5. Declaración de intereses

Coordinadores y miembros del Grupo elaborador

Gerardo Atienza Merino, María José Ávila González, Celia Canedo Magariños, Manuel Castro Bouzas, Jesús Combarro Mato, Elena de las Heras Liñero, Rafael Fernández Martínez, Alejandro García Caballero, Amparo González García, Delia Guitián Rodríguez, Ekaterina Kokoulina Cherevach, Cristina Losada Pérez, María del Carmen Maceira Rozas, Belén Martínez Alonso, José Mazaira Castro, Mª Luisa Mosteiro Álvarez, Laura Pérez Méndez, Teresa Reijas Ruiz, Águeda Rojo Pantoja, Henar Sancho Diaz y Margarita Tovar, Yolanda Triñanes Pego, declararon ausencia de conflictos de interés.

María Álvarez Ariza declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Jansen). Ernesto Ferrer Gómez del Valle declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Jansen). Jesús Combarro Mato declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Laboratorios Esteve).

Colaboradores expertos

José Teo Andrés González, José Antonio Couceiro Gianzo, Susana García-Baquero Borrell, José Ramón García Palacios Ana Goicoechea Castaño, José Mazaira Castro, Marta Medrano Varela, Daniel Portela Orjales y Carmen Senra Rivera declararon ausencia de conflictos de interés.

Enrique Baca-García declaró haber recibido financiación para investigación y dotación de material para el Servicio. Manuel A. Franco Martín declaró haber recibido financiación para investigación.

Revisores externos

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

Enric Aragonés declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly) y financiación para investigación (Lilly). Manuel Arrojo Romero participó en la elaboración del capítulo "Valoración del intento de suicidio" del Tratatado de Medicina de Urgencias, financiado por Laboratorios Menarini. Mario Páramo participó en la elaboración del documento "Recomendaciones preventivas de manejo de comportamientos suicidas" de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, financiado por Laboratorios Adamed.

Víctor Pérez Solá declaró haber recibido financiación como ponente en conferencias y cursos (Lilly, Astra-Zeneca, BMS) y por actividades de consultoría para compañías farmacéuticas (Lilly, Astra-Zeneca, BMS). Juan Luis Fernández Hierro declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Almirall, Bristol-Otsuka, Pfizer, Janssen), honorarios como ponente (Lündbeck) y tener intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (consulta privada de psiquiatría).

Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developeers´ handbook: Edinburgh: SIGN. 2001.
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373(9672):1372-81.
3. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
4. Preventing Suicide. Program Activities Guide [Internet]. Atlanta (GA): Departament health & Human Services; [citado 25 ene 2010]. Disponible en: http:/www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/PreventingSuicide-a.pdf.
5. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities, 2004.
6. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
7. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 ene 2011]. Disponible en: http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf
8. Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
9. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. J Clin Psychiatry. 2010;71(8):e1-e21.
10. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1993;371:9-20.
11. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996;26(3):237-52.
12. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):248-63.
13. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):264-77.
14. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 183-212.
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
16. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf

17. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4(37):1-11.

18. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-54.

19. Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.

20. Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2009;2(2):63-5.

21. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.

22. López-Ibor JJ, Alonso J, Haro JM. Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35(suppl. 2):1-3.

23. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33:395-405.

24. Werlanga BG, Botegab NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(4):212-9.

25. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk beavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Cordinators. J Sch Health. 2000;70:271-85.

26. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidologi. 2002;7(2):6-8.

27. Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. Salud Global Salud Mental. 2002;4:2-15.

28. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Datos provisionales Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2012 [actualizado 2012; citado 05 jun 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np703.pdf

29. Chishti P, Stone DH, Corcovan P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. Eur j Public Health. 2003;13:108-14.

30. Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006;20(1):25-31.

31. Instituto Nacional de Estadistica. Salud. Defunciones según la causa de muerte. Tasas de mortalidad por causas. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2012 [citado 22 ene 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0

32. Instituto Nacional de Estadistica. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2010. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2012 [citado 12 mar 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/l0/&file=06001.px&type=pcaxis&L=0

33. Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. Emergencias. 2008;20:328-31.

34. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An Med Interna. 2004;21(2):62-8.

35. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006. Informe No.: I+CS Nº 2006/01.

36. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Pychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx

37. Pérez Barrero SA, Mosquera D. El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Ediciones Pléyades; 2006.

38. Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.

39. SAMHSA'S National Mental Health Information Center. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Rockville (MD): SAMHSA Health Information Network; 2010 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3517/appendixe.asp

40. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.

41. López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2007. Informe No.: Osteba D-07-02.

42. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completes suicide: meta-analyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008;13:243-56.

43. Sakinofsky I. Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. Can J Psychiatry. 2007;52(6S1):71S-84S.

44. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006.

45. Williams JM, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000.

46. O'Connor RC. The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. Suicide Life-Threat Behav. 2007;37(6):698-714.

47. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(3):180-206.

48. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res. 2009;66:477-93.

49. Crisafulli C, Calati R, De Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A, et al. Genetics of suicide, from genes to behavior. Clin Neuropsychiatry. 2010;7(4/5):141-8.

50. Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.

51. Laje G, PaddocK S, Manji H, Rush J, Wilson AF, Charney D, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. Am J Psychiatry. 2007;164(10):1530-8.

52. Baca-García E, Vaquero-Lorenzo C, Pérez-Rodríguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, et al. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2010;153B(1):208-13.

53. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe No.: 16.

54. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. Psychooncology. 2010;19(12):1250-8.

55. Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review. Psychol Health Med. 2011;16(5):588-611.

56. Keiser O, Spoerri A, Brinkhof MW, Hasse B, Gayet-Ageron A, Tissot F, et al. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. Am J Psychiatry. 2010;167(2):143-50.

57. Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 1997. Informe No.: COM(97)224.

58. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

59. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence. 1999;14(2):99-132.

60. Víctimas mortales por violencia de género. Ficha resumen - datos provisionales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 15 feb 2011]. Disponible en: http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244655094407&ssbinary=true

61. Judge B, Billick SB. Suicidality in Adolescence: Review and Legal Considerations. Behav Sci Law. 2004;22:681-95.

62. King M, Semlyen J, See Tai S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008;8:70.

63. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 2002. Informe No.: 26.

64. Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. CMAJ. 2010;182(6):569-72.

65. Kapur N, House A, May C, Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults-results from a six centre descriptive study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:390-5.

66. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, et al. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. J Affect Disord. 2008;106(3):285-93.

67. Nordentoft M, Sogaard M. Registration, psychiatric evaluationand adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. Nord J Psychiatry. 2005;59:213-6.

68. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010;3(1):13-8.

69. Schechter M, Maltsberger JT. The clinician interview as a method in suicide risk assesment. En: Wasserman D, Wasserman C, eds. Suicidology and Suicide Prevention A global Perspective. New York: Oxford University Press Inc; 2009.

70. Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. En: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI, eds. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford; 1992. p. 625-39.

71. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38:868-84.

72. Royal College of Psychiatrists. Assessment following self-harm in adults. London: Royal College of Psychiatrists; 2004. Informe No.: CR 122.

73. Royal College of Psychiatrists. Self-harm, Suicide and Risk: Helping People who Self-harm. London: Royal College of Psychiatrists; 2010. Informe No.: CR158.

74. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/es/index.html

75. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. Br J Psychiatry. 2009;194:104-10.

76. Froján MX. Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide; 2006.

77. Ekman P. Como detectar mentiras, una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja. Barcelona: Paidos; 1991.

78. New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.

79. Lamb TF. A systematic review of deliberate self-harm assessment instruments. Diss Abstr Int. 2006;66(10-B):5686.

80. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974;42:861-5.

81. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. Revista de Investigación en Psicología. 2006;9(1):69-79.

82. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990;147:190-5.

83. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychol Med. 2007;37(6):769-78.

84. Aish AM, Wasserman D. Does Beck´s Hopelessness Scale really measure several components? Psychol Med. 2001;31:367-72.

85. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of the valuation. Clin Psychol Rev. 1988;8:77-100.

86. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.

87. Brown GK. A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults. Rockville (MD): National Institute of Mental Health; 2002 [citado 12 abr 2010]. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf

88. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat. 1975(12):217-36.

89. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983;24(4):348-9.

90. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Recomendaciones terapéuticas en los trastornso mentales. Conducta suicida. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2005.

91. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: conducta suicida 2008 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf

92. Berman A. Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client: The "how to" aspects of assesing suicide risk and formulating treatment plans. Family Therapy Magazine. 2006;5(4):7-10.

93. Juhnke GA, Granello PF, Lebrón-Striker MA. IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors (ACAPCD-03). Alexandria (VA): American Counseling Association; 2007.

94. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-52.

95. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. Psychol Rep. 1974;34(2):445-46.

96. Díaz FJ, Baca-García E, Díaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003;253(4):197-202.

97. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.

98. Ramos-Brieva JC. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res. 1988;22:21-8.

99. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire. Unpublished inventory. Seattle: University of Washintong; 1981.

100. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. J Consult Clin Psychol. 1983;51:276-86.

101. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, de la Cruz V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (FFLI). Hispanic J Behav. 2000;22:223-32.

102. Plutchik R, van Praag HR, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. Compr Psychiatry. 1989;30(4):296-302

103. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998;61:143-52.

104. Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, agressivity and impulsivity. Prog Neuropsychofarmacol Biol Psychiatr. 1989:(Suppl) 23-4

105. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ, et al. Validación de la escala de impulsividad de Plutchnik en población española. Arch Neurobiol. 1998;61(3):223-32.

106. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. En: Monahan J SH, ed. Violence and mental disorder: developments in risk assessment. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.

107. Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS- 11). Eur J Psychiatry. 2001;15:147-55.

108. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. J Consult Psychol. 1957;21(4):343-9.

109. Montalván V, Graver R, María A. Oquendo MA, Baca-García E, Morales M, Mann J. Spanish Adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). Eur J Psychiat. 2001;15(2):101-12.

110. Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. Br J Psychiatry. 1974;124:573-8.

111. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special references to parasuicide. Br J Psychiatry. 1991;159:185-92.

112. Rogers JR, Alexander RA, Subich LM. Development and psychometric analysis of the Suicide Assesment Checklist. Journal of Mental Health Counseling. 1994;16:352-68.

113. Stanley B, Traskman-Bendz L, Stanley M. The Suicide Assesment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. Psychopharmacol Bull. 1986;22(1):200-5.

114. Pierce DW. Suicidal intent in self-injury. Br J Psychiatry. 1977;130:377-85.

115. Weisman AD, Worden JW. Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. Arch Gen Psychiatry. 1972;26(6):553-60.

116. Poldinger W. La tendencia al suicidio. Madrid: Morata; 1969.

117. Motto JA, Bostrom AG. Preliminary field testing of risk estimator for suicide. Suicide Life Threat Behav. 1985;15:139-50.

118. Zung WW. Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide prevention. En: Grant, ed. A Medical Toxicology Index; 1973. p. 221-49.

119. Zung WW. Clinical Index of potencial suicide. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettiers DJ, eds. The prediction of suicide. Maryland: The Charles Press; 1974. p. 229-49.

120. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics. 2001;107(5):1133-7.

121. Robles García R, Agraz Páez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Múñoz L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Actas Esp Psiquiatr. 2005;33:292-7.

122. Werlang B. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. Suicide Life-Threat Behav Res Ther. 2003;33:326-30.

123. García-Caballero A, Recimil MJ, Touriño R, García-Lado I, Alonso MC, Werlang B, et al. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en Español. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(6):332-9.

124. Posner K, Melvin GA, Stanley B. Identification and Monitoring of Suicide Risk in Primary Care Settings. Prim psychiatry. 2007;14(12):50-5.

125. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, Goyer PF, Major LF. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. Psychiatry Res. 1979; 1:131-9.

126. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, et al. Referencia Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. Eur Psychiatry. 1997;12:232-41.

127. Ferrando L, Franco AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP. 1998.

128. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med. 2010;23(2):240-59.

129. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-16.

130. Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. Can J Public Health. 2004;95(5):357-60.

131. Lastra I, y cols. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL, ed. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 753-70.

132. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. Br J Gen Pract. 1998;48:1759-63.

133. Goertemiller Carrigan C, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2003;5(4):169-74.

134. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001 [citado 27 abr 2010]. Disponible en: http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf

135. Protocolos de intervención en urgencias extrahospitalarias 061. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.

136. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2010 [citado 2 nov 2010]. Disponible en: www.who.int/mental_health/mhgap

137. Cooper J, Murphy E, Jordan R, Mackway-Jones K. Communication between secondary and primary care following self-harm: are National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines being met? Ann Gen Psychiatry. 2008;23(7):21.

138. Miller TR, Taylor DM. Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? Suicide Life Threat Behav. 2005;35(4):425-35.

139. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Dan Med Bull. 2007;54(4):306-68.

140. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. Crisis. 2010;31(1):1-6.

141. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003;15:165-74.

142. Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, et al. Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela andaluza de Salud Pública; 2003.

143. Emergency triage; Manchester triage group. 2nd ed. Mackway-Jones K, editor. London: BMJ Books; 2006.

144. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuals i manual de formació. Andorra la Vieja: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.

145. Folse VN, Hahn RL. Suicide risk screening in an emergency department: engaging staff nurses in continued testing of a brief instrument. Clin Nurs Res. 2009;18(3):253-71.

146. Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. Emerg Med J. 2009;26(6):418-20.

147. Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. J Psychosom Res. 2001;50(2):87-93.

148. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. Lancet. 1999;353(9162):1397-400.

149. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ. 1999;318(7193):1235-9.

150. Bailey S. Critical care nurses' and doctors' attitudes to parasuicide patients. Aust J Adv Nurs. 1994;11(3):11-7.

151. Suokas J, Lonnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. Acta Psychiatr Scand. 1989;79(5):474-80.

152. Ojehagen A, Regnell G, Traskman-Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. Acta Psychiatr Scand. 1991;84(3):266-71.

153. Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. Emerg Med J. 2006;23(4):251-5.

154. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Proyecto de Programa docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid: SEMES; [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.semes.org/images/stories/pdf/formacion_formacion_continuada.pdf

155. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. BMJ. 2010;340:c3222.

156. Miret M, Nuevo R, Ayuso-Mateos JL. Documentation of suicide risk assessment in clinical records. Psychiatr Serv. 2009;60(7):994.

157. Kleespies PM, Dettmer EL. An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. J Clin Psychol. 2000;56(9):1109-30.

158. Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. BMJ. 2005;330(7488):394-5.

159. Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A clinical tool for assessing risk after self-harm. Annals of emergency medicine. 2006;48(4):459-66.

160. Cooper J, Kapur N, Mackway-Jones K. A comparison between clinicians' assessment and the Manchester Self-Harm Rule: a cohort study. Emerg Med J. 2007;24(10):720-1.

161. Dennis M, Evans A, Wakefield P, Chakrabarti S. The psychosocial assessment of deliberate self harm: using clinical audit to improve the quality of the service. Emerg Med J. 2001;18(6):448-50.

162. Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S. Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff: an intervention study. J Accid Emerg Med. 1998;15(1):18-22.

163. Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A, et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). Psychol Med. 2000;30(4):805-12.

164. Morriss R, Gask L, Webb R, Dixon C, Appleby L. The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). Psychol Med. 2005;35(7):957-60.

165. Dicker R, Morrissey RF, Abikoff H, Alvir JM, Weissman K, Grover J, et al. Hospitalizing the suicidal adolescent: Decision-making criteria of psychiatric residents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:769-76.

166. NSW Health Department. Mental health for emergency departments – a reference guide. New South Wales: Centre for Mental Health; 2001.

167. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self-harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. BMJ. 1998;317(7156):441-7.

168. Jacobson G. The inpatient management of suicidality. En: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Josey-Bass; 1999.

169. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. Br J Psychiatry. 1990;157:871-6.

170. Baca-García E, Díaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. Psychiatr Serv. 2004;55(7):792-7.

171. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, et al. Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt. J Clin Psychiatry. 2006;67(7):1124-32.

172. Suominen K, Lonnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(5):424-30.

173. Hepp U, Moergeli H, Trier SN, Milos G, Schnyder U. Attempted suicide: factors leading to hospitalization. Can J Psychiatry. 2004;49(11):736-42.

174. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv. 2007;58(4):561-5.

175. Robles R, Paéz F, Ascencio M, Mercado E, Hernández L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):292-7.

176. Wenzel A, Brown GK, Beck AT, editors. Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Applications. Washington: American Psychological Association; 2009.

177. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ. 1994;308:1227-33.

178. Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. Crisis. 2004;25(3):108–17.

179. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. Br J Psychiatry. 2007;190:11-7.

180. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2000(2):CD001764.

181. McMain S. Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):103S-14S.

182. Fountoulakis KN, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: A review of the evidence. J Affect Disord. 2009;113:21-9.

183. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. Behavior modification. 2008;32(1):77-108.

184. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized

controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med. 2001;31:979-88.

185. Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. Otawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.

186. SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment. Dialectical behavioral therapy (DBT) in borderline personality disorder. Stockholm: SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment; 2005. Informe No.: 2005-07.

187. Torhorst A, Moller HJ, Schmid-Bode KW. Current Issues of Suicidology. Berlin: Springer-Verlag; 1988.

188. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Informe No.: avalia-t 2006/06.

189. Patsiokas AT, Clum GA. Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. Psychotherapy. 1985;22:281-90.

190. Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. J Adolesc. 1993;16:121-40.

191. Raj MAJ, Kumaraiah V, Bhide AV. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. Acta Psychiatr Scand. 2001;104:340-5.

192. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:1246-53.

193. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292(7):807-20.

194. Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. JAMA. 2005;294:563-70.

195. Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L, the Socrates Trial Group. Suicide behavior over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. Schizophr Res. 2006;83:15-27.

196. Linehan MM. Cognitive Behavioral treatment borderline personality disorder. New York (NY): Guilford Press; 1993.

197. Linehan M, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard L. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:1060-4.

198. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtopis KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. Am J Addict. 1999; 8:279-92.

199. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy. 2001;32:371-90.

200. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2002;32:146-57.

201. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, van dem Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. Br J Psychiatry. 2003;182:135-40.

202. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43:276-82.

203. Van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2005;43:1231-41.

204. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:757-66.

205. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual assisted cognitive behavior therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. Psychol Med. 1999;29:19-25.

206. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behavior therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. Psychol Med. 2003;33:969-76.

207. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. J Pers Disord. 2006; 20:482-92.

208. Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. New York: Oxford University Press; 2009.

209. Lerner MS, Clum GA. Treatment of suicide ideators: A problem solving approach. Behavior Therapy. 1990;21:403-11.

210. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. Suicide Life Threat Behav. 1994;24:382-94.

211. Rudd MD, Rajab MH, Orman DT, Stulman DA, Joiner T, Dixon W. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64:179-90.

212. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a suicidal prevention centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. Eur Psychiatry. 2005;20:121-8.

213. Liberman RP, Eckman T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch Gen Psychiatry. 1981;38:1126-30.

214. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation, and hopelessness among patients with first-episode psychosis: One-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2002;181(Suppl. 43): 98-106.

215. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:113-20.

216. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. Suicide Life Threat Behav. 2005;35:317-28.

217. Power PJR, Bell RJ, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L, et al. Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2003;37:414-20.

218. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. Cogn Ther Res. 2008;32:227-45.

219. Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. J Am Geriatr Soc. 2006;54(10):1550-6.

220. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: results from de Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) Trial. J Pers Disord. 2006;20(5):450-65.

221. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. Health Technol Assess. 2008;12(14):iii-iv, ix-60.

222. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):284-90.

223. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008;192(3):202-11.

224. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. Clin Psychol Psychother. 2008;15:205-16

225. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(6):662-70.

226. Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. BMJ. 2011;342:d682.

227. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. Am J Psychiatry. 2007;164:922-8.

228. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1365-74.

229. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. 2005;2(5):277-82.

230. Klerman G, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books; 1989.

231. Guthrie E, Kapur N, MackwayJones K, ChewGraham C, Moorey J, Mendel E, et al. Papers Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ. 2001;323(7305):135-8.

232. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Randomized Controlled Trial in Depressed Older Primary Care Patients: A Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms. JAMA. 2004;291(9):1081-91.

233. Alexopoulos GS, Reynolds CF, 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. Am J Psychiatry. 2009;166(8):882-90.

234. Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. Psychiatry Clin Neurosci. 2009;63(4):463-70.

235. Harrington RC, Kerfoot M, Dyer E, McGiven F, Gill J, Harrington V, et al. Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37:512–8.

236. Feixas G, Miró M. Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós. 1993.

237. Gregory RJ, Remen AL. A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. Psychotherapy (Chic). 2008;45:15-27.

238. Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, Ploutz-Snyder RJ. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. J Am Psychoanal Assoc. 2009;57(1):199-205.

239. Arnevik E, Wilberg T, Urnes O, Johansen M, Monsen JT, Karterud S. Psychotherapy for personality disorders: short-term day hospital psychotherapy versus outpatient individual therapy - a randomized controlled study. Eur Psychiatry. 2009;24(2):71-8.

240. Bousoño García M, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. En: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.

241. Ros Montalbán S, Arranz Martí B, Peris Díaz MD. Aproximaciones terapéuticas preventivas. En: En: Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars medica; 2004.

242. Pferrer C. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. En: Martin A, Volkmar FR, eds. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia (PA): Lippinkott Williams and Wilkins; 2007.

243. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(7 Suppl):24S-51S.

244. Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(1):14-41.

245. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1044-9.

246. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Informe No.: avalia-t 2007/09.

247. Sakinofsky I. The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. Can J Psychiatry. 2007;52(10S1):129S-36S.

248. Zisook S, Trivedi MH, Warden D, Lebowitz B, Thase ME, Stewart JW, et al. Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: an examination of citalopram in the STAR*D study. J Affect Disord. 2009;117(1-2):63-73.

249. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. Acta Psychiatr Scand. 2008;118(2):116-22.

250. Magellan Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient: Magellan Health Services; 2008. Informe No.: 6/08 v.2.

251. Baldessarini R, Pompili M, Tondo L, Tsapakis E, Soldani F, Faedda G, et al. Antidepressants and suicidal behavior: Are we hurting or helping? Clin Neuropsychiatry. 2005;2:73-5.

252. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J, Akiskal HS. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part 2: The impact of antidepressants. J Affect Disord. 2007;103(1-3):13-21.

253. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. Am J Psychiatry. 2004;161(1):163-5.

254. Kraus JE, Horrigan JP, Carpenter DJ, Fong R, Barrett PS, Davies JT. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. J Affect Disord. 2010;120(1-3):40-7.

255. Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. Am J Psychiatry. 1990;147(2):207-10.

256. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. Am J Psychiatry. 2005;162(11):2173-5.

257. Joint Royal College of Paediatrics and Child Health/Neonatal and Paediatric Pharmacists Group Standing Committee on Medicines. The Use of Unlicensed Medicines or Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Paediatric Practice-Policy Statement. London: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2002.

258. Duff G. Selective serotonin reunptake unhibitors-use in children and adolescents with major depressive disorder 2003 [citado 10 nov 2009]. Disponible en: http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/seroxat18.pdf

259. US Food and Drug Administration. FDA Public Health Advisory. Suicidality in Children and Adolescents Being Treated with Antidepressant Medications. Silver Spring (MD): FDA; 2004 [citado 13 jun 2008]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm

260. US Food and Drug Administration. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults. Silver Spring (MD): FDA; 2007 [citado 17 jun 2008]. Disponible en: http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm

261. European Medicines Agency. European Medicines Agency finalises review of antidepresants in children and adolescents. East Sussex: European Medicines Agency; 2005 [citado 19 junio 2008]. Disponible en: http://www.emea.europa.eu/

262. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información de la Agencia Española de Medicamentos (2005 y 2006): ISRS en el tratamiento depresivo mayor de niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2006 [citado 19 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm

263. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2006 [citado 18 jun 2008]. Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm

264. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ. 2009;339:b2880.

265. Silva H, Martínez JC. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? Rev Med Chile [revista en Internet]. 2007 [citado; 135(9): Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000900016&lng=es.

266. Díaz Marsá M, Sáiz Gonzaléz D, Carrasco Perera JL. Comportamientos suicidas y trastornos del control de los impulsos. En: En: Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars-Medica; 2004.

267. Kim HF, Marangell LB, Yudofsky SC. Psychopharmacological treatment and electroconvulsive therapy. En: Simon RI, Hales RE, eds. The American Psychiatric Publishing Textbook of suicide assesment and management. Washington: The American Psychiatric Publishing; 2006.

268. Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity o the antisuicidal effect of lithium. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;2:II/72-II/5.

269. Tondo L, Baldessarini RJ. Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patiens. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(2):179-83.

270. Koldobsky NM. Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad. Psiquiatriacom [revista en Internet]. 2002 [citado 28 may 2012]; 6(4): Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/11489/

271. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord. 2006;8(5 Pt 2):625-39.

272. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. Am J Psychiatry. 2005;162(10):1805-19.

273. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(3):380-3.

274. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior: a review for clinicians. J Affect Disord. 1998;50:253-9.

275. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risk during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. Pharmacopsychiatry. 2009;42:72-5.

276. Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, et al. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: a randomised, placebo-controlled, 1-year trial. Acta Psychiatr Scand. 2008;118:469-79.

277. Collins JC, McFarland BH. Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2008;107(1-3):23-8.

278. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. J Affect Disord. 2007;103(1-3):5-11.

279. Pompili M, Tatarelli R. Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro. Minerva psichiatr. 2007;48(1):99-118.

280. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. JAMA. 2003;290(11):1467-73.

281. Sauders K, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(3):172-8.

282. Gutiérrez-García AG, Contreras CM. El suicido y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. Salud mental. 2008;31(5):417-25.

283. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. J Affect Disord. 2003;73:223-8.

284. Sondergard L, López AG, Andersen PK, Kessing LV. Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. Bipolar Disord. 2008;10(1):87-94.

285. Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ, Tohen M, Baldessarini RJ. Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. J Clin Psychiatry. 2006;67(8):1246-52.

286. FDA US Food and Drug Administration. Antiepileptic Drugs. Rockville (MD): FDA; 2008 [citado 21 sep 2010]. Disponible en: http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm074939.htm

287. Patorno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, et al. Anticonvulsant Medications and the Risk of Suicide, Attempted Suicide, or Violent Death. JAMA. 2010;303(14):1401-9.

288. Bjerring Olesen J, Riis Hansen P, Erdal J, Zabell Abildstrom S, Weeke P, Loldrup Fosbol E, et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010;19:518-24.

289. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, Mann JJ. Relationship between antiepileptic drugs and suicide attempts in patients with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(12):1354-60.

290. Arana A, Wentworth CE, Ayuso-Mateos JL, Arellano FM. Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs. NEJM. 2010;363(6):542-51.

291. Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R. Impact of clozapine on completed suicide. Am J Psychiatry. 2001;158(6):931-7.

292. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry. 2003;60(1):82-91.

293. Wagstaff A, Perry C. Clozapine: in prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. CNS drugs. 2003;17(4):273-80.

294. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry. 2008;69(8):1228-336.

295. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmassnahme. Deutsches Ärzteblatt. 2003(3).

296. National Institute of Clinical Excellence. Guidance on the use of Electroconvulsive Therapy. London: NICE; 2003. Informe No.: 59.

297. Royal College of Psychiatrists ECT handbook. The Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT (Council Report CR128). London: Royal College of Psychiatrists; 2005.

298. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical Memorandum #12. Electroconvulsive Therapy. Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT). New Zealand: The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; 2005.

299. Falconer DW, Cleland J, Fielding S, Reid IC. Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) to assess the cognitive impact of electroconvulsive therapy on visual and visuospatial memory. Psychol Med. 2009;40(6):1017-25.

300. Sociedad Española de Psiquiatría. Consejo español sobre la terapia electroconvulsiva (TEC). Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999 [citado 2 dic 2010]. Disponible en: http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2009-12-15/136

301. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: Systematic reviews and economic modelling studies. Health Technol Assess. 2005;9(9):94.

302. Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck PE. Somatic treatment of catatonia. International journal of psychiatry in medicine. 1995;25(4):345-69.

303. Miller L. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. Hosp Community Psychiatry. 1994;45(5):444-50.

304. SURE (Service User Research Enterprise). Review of Consumers Perspectives on Electroconvulsive Therapy. London: Department of Health; 2002 [citado 2 nov 2010]. Disponible en: http://www.healthyplace.com/images/stories/depression/ec-consumerperspectives.pdf

305. Walter G, Rey JM, Mitchell PB. Practitioner review: electroconvulsive therapy in adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40(3):325-34.

306. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2003;361(9360):799-808.

307. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2002(2):CD000076.

308. Tsuang MT, Dempsey GM, Fleming JA. Can ECT prevent premature death and suicide in 'schizoaffective' patients? J Affect Disord. 1979;1(3):167-71.

309. Avery D, Winokur G. Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antidepressants. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(9):1029-37.

310. Babigian HM, Guttmacher LB. Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy. Arch Gen Psychiatry. 1984;41(3):246-53.

311. Black DW, Winokur G, Monandoss E, Woolson RF, Nasrallah A. Does treatment influence mortality in depressives? Ann Clin Psychiatry. 1989;1:165-73.

312. Sharma V. Retrospective controlled study of inpatient ECT: does it prevent suicide? J Affect Disord. 1999;56(2-3):183-7.

313. Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies BJ, Tare V. Should Electroconvulsive Therapy Be an Early Consideration for Suicidal Patients? The journal of ECT. 2006;22(2):113-5.

314. Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. Depress Anxiety. 2006;23(1):34-41.

315. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. Am J Psychiatry. 2005;162(5):977-82.

316. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. 2nd ed. Washington, DC: APA; 2001.

317. Organización Mudial de la Salud. Prevención del Suicidio. Ginebra: Organización Mudial de la Salud; 1969. Informe No.: 35.

318. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. 2011;32(6):319-33.

319. Organización Mudial de la Salud. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS: protocolo de SUPRE-MISS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Informe No.: WHO/MSD/MBD/02.1.

320. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. [citado 9 dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf.

321. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.

322. Organización Mudial de la Salud. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.

323. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.

324. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.

325. Organización mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

326. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

327. Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.

328. National Suicide Prevention Strategy for England. London: Department of Health; 2002.

329. Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. NZMJ. 2007;120(1251):1-13.

330. National Office for Suicide Prevention (NOSP). National Office for Suicide Prevention. Annual Report 2010. Dublin: National Office for Suicide Prevention (NOSP); 2011.

331. U.S. Department of health and human services. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville (MD): U.S. Department of health and human services; 2001.

332. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.

333. Yip PS. Towards evidence-based suicide prevention programs. Crisis. 2011;32(3):117-20.

334. Leitner M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.

335. Guo B, Scott A, Bowker S. Suicide Prevention Strategies: Evidence from Systematic Reviews. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment; 2003.

336. De leo D. Suicide prevention is far more than a psichiatric business. World psychiatry. 2004;3(3):155-6.

337. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc. 2010;260:401-6.

338. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depresssion: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med. 2006;36:1225-33.

339. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D, et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. BMC Public Health. 2009;9:428.

340. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry. 2008;9(1):51-8.

341. European Pact for Mental Health and Well-Being. EU high-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing; Brussels: World Health Organization; 2008.

342. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012;5(1):8-23.

343. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):21S-33S.

344. Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25:843-9.

345. Peña JB, Kuhlberg JA, Zayas LH, Baumann AA, Gulbas L, Hausmann-Stabile C, et al. Familism, Family Environment, and Suicide Attempts among Latina Youth. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(3):330-41.

346. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011;31(4):563-91.

347. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatr Ann. 1991;20(9):459-60, 63-6.

348. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis. 2011;32(2):88-98.

349. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schmeelk-Cone K, Petrova M, Yu Q, et al. An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. Am J Public Health. 2010;100(9):1653-61.

350. Tsey K, Whiteside M, Haswell-Elkins M, Bainbridge R, Cadet-James Y, Wilson A. Empowerment and Indigenous Australian health: a synthesis of findings from Family Wellbeing formative research. Health Soc Care Community. 2010;18(2):169-79.

351. Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M. Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. Crisis. 2007;28(1):16-25.

352. Heisel MJ, Duberstein P, Talbot NL, King DK, Tu X. Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide:preliminary findings. Prof Psychol Res Pract. 2009;40:156–64.

353. World Health Organization. Mental Health: Responsible and deglamourized media reporting [Internet]. Geneva: World Health Organization [citado 09 dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q9/en/index.html.

354. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010;197(3):234-43.

355. Pirkis J, Blood RW, Beautrais A, Burgess P, Skehans J. Media Guidelines on the Reporting of Suicide. Crisis. 2006;27:82-7.

356. Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. Soc Sci Q. 2000;81:957-71.

357. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part 1: Reportage in nonfictional media. Crisis. 2001;22:146-54.

358. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part II: Portrayal in fictional media. Crisis. 2001;22:155-62.

359. Sudak HS, Sudak DM. The media and suicide. Acad Psychiatry. 2005;29:495-9.

360. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. Arch Suicide Res. 1998;4(1):67-74.

361. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007;41(5):419-28.

362. Fu KW, Yip PS. Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. Suicide Life Threat Behav. 2008;38(5):631-6.

363. Collings SC, Kemp CG. Death knocks, professional practice, and the public good: the media experience of suicide reporting in New Zealand. Soc Sci Med. 2010;71(2):244-8.

364. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(10):3938-52.

365. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. BMJ. 2008;12:800-2.

366. Recupero PR, Harms SE, Noble JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. J Clin Psychiatry. 2008;69(6):878-88.

367. McCarthy MJ. Internet monitoring of suicide risk in the population. J Affect Disord. 2010;122(3):277-9.

368. Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? J Child Psychol Psychiatry. 2011;52(10):1073-80.

369. Birbal R, Maharajh HD, Birbal R, Clapperton M, Jarvis J, Ragoonath A, et al. Cybersuicide and the adolescent population: challenges of the future? Int J Adolesc Med Health. 2009;21(2):151-9.

370. Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. J Am Coll Health. 2008;57(1):15-22.

371. Gilat I, Shahar G. Emotional first aid for a suicide crisis: comparison between Telephonic hotline and internet. Psychiatry. 2007;70(1):12-8.

372. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer-term management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. Informe No.: 133.

373. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27(2):129-41.

374. Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. J Adv Nurs. 2006;54(6):739-50.

375. Gask L, Lever-Green G, Hays R. Dissemination and implementation of suicide prevention training in one Scottish region. BMC Health Serv Res. 2008;8:246.

376. Ramberg IL, Wasserman D. Suicide-preventive activities in psychiatric care: evaluation of an educational programme in suicide prevention. Nord J Psychiatry. 2004;58(5):389-94.

377. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: Treatment and Prevention. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):35S-45S.

378. Browne A, Barber CW, Stone DM, Meyer AL. Public Health Training on the Prevention of Youth Violence and Suicide. Am J Prev Med. 2005;29(5S2):233-9.

379. Sudak D, Roy A, Sudak H, Lipschitz A, Maltsberger J, Hendin H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. Acad Psychiatry. 2007;31(5):345-9.

380. Roskar S, Podlesek A, Zorko M, Tavcar R, Dernovsek MZ, Groleger U, et al. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. Croat Med J. 2010;51(3):237-42.

381. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Formación para Médicos de Atención Primaria de la CAM sobre Detección y Prevención del Suicidio y las Conductas Suicidas [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2010 [citado 12 sep 2011]. Disponible en: http://www.cibersam.es/opencms/export/sites/default/cibersam/modules/events/pdf/Suicidio_Programa.pdf

382. Taliaferro LA, Borowsky IW. Perspective: Physician education: a promising strategy to prevent adolescent suicide. Acad Med. 2011;86(3):342-7.

383. Zonda T, Lester D. Preventing suicide by educating general practitioners. Omega (Westport). 2006;54(1):53-7.

384. Rutz W. Prevention of suicide and depression. Nord J Psychiatry. 1996;50(37):61-7.

385. Pisani AR, Cross WF, Gould MS. The assessment and management of suicide risk: state of workshop education. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(3):255-76.

386. Horwitz SM, Heinberg LJ, Storfer-Isser A, Barnes DH, Smith M, Kapur R, et al. Teaching physicians to assess suicidal youth presenting to the emergency department. Pediatr Emerg Care. 2011;27(7):601-5.

387. Cailhol L, Allen M, Moncany AH, Cicotti A, Virgillito S, Barbe RP, et al. Violent behavior of patients admitted in emergency following drug suicidal attempt: a specific staff educational crisis intervention. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(1):42-4.

388. Shim RS, Compton MT. Pilot testing and preliminary evaluation of a suicide prevention education program for emergency department personnel. Community Ment Health J. 2010;46(6):585-90.

389. Chan SW, Chien WT, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. Nurse Educ Today. 2009;29(7):763-9.

390. Walker BL, Harrington SS, Cole CS. The usefulness of computer-based instruction in providing educational opportunities for nursing staff. J Nurses Staff Dev. 2006;22(3):144-9.

391. Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC. The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. Perspect Psychiatr Care. 2011;47(3):117-25.

392. Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, et al. Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: first pilot trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2010;64(5):531-40.

393. Pedreira Crespo V. Desarrollos recientes en salud mental comunitaria en Galicia. Psilogos-Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca [revista en Internet]. 2008 [citado; 6(1): Disponible en: http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Crespo%20_%20P77-97.pdf

394. Pedreira Crespo V, (coord). Plan Estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Sergas; 2007.

395. Programa de prevención de la conducta suicida del sector Dreta de L'Eixample. Barcelona: Hospital de la Santa Creu I Snt Pau. Universitat Autónoma de Barcelona; 2006.

396. Tejedor MC, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(5):280-7.

397. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. Can J Psychiatry. 2009;54(4):260-8.

398. Robinson J, Gook S, Yuen HP, McGorry PD, Yung AR. Managing deliberate self-harm in young people: an evaluation of a training program developed for school welfare staff using a longitudinal research design. BMC Psychiatry. 2008;8:75.

399. Gibbons MM, Studer JR. Suicide awareness training for faculty and staff: a training model for school counselors. Professional School Counseling. 2008;11:272-6.

400. Keller DP, Schut LJA, Puddy RW, Williams L, Stephens RL, McKeon R, et al. Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. Prof Psychol Res Pr. 2009;40(2):126-33.

401. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. Acad Med. 2010;85(10):1635-9.

402. Indelicato NA, Mirsu-Paun A, Griffin WD. Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training on a university campus. J Coll Stud Dev. 2011;52(3):350-61.

403. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. Suicide Life Threat Behav. 2009;39(6):671-81.

404. Tsai WP, Lin LY, Chang WL, Chang HC, Chou MC. The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24(1):63-8.

405. Matthieu MM, Cross W, Batres AR, Flora CM, Knox KL. Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. Arch Suicide Res. 2008;12(2):148-54.

406. Lu YJ, Chang HJ, Tung YY, Hsu MC, Lin MF. Alleviating psychological distress of suicide survivors: evaluation of a volunteer care programme. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18(5):449-56.

407. Fountoulakis KN, Rihmer Z. Suicide prevention programs through education in the community and in the frame of healthcare. En: Evidence-based practice in suicidology: A source book. Cambridge (MA): Hogrefe Publishing; 2011. p. 153-69.

408. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. J Gen Intern Med. 1996;11(8):447-53.

409. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154(2):162-8.

410. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004;140(10):822-35.

411. UK National Screening Committe. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of screening programme [Internet]. UK National Screening Committee, 2003 [citado 6 may 2011]. Disponible en: http://www.nsc.nhs.uk/.

412. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk: recommendation and rationale. Ann Intern Med. 2004;140(10):820-1.

413. Voros V, Osvath P, Kovacs L, Varga J, Fekete S, Kovacs A. Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD questionnaire in general practice. Prim Care Community Psychiatr. 2006;11(4):193-6.

414. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA. 1994;272(22):1749-56.

415. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structure interview: reliability and validity according to CIDI. Eur Psychiatry. 1997;12:224-31.

416. Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluation of the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health. 2007;7:161.

417. Pena JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. Suicide Life Threat Behav. 2006;36(6):614-37.

418. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics. 2009;123(4):e716-e35.

419. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2007;120(5):e1299-312.

420. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents, Topic Page [Internet]. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2009 [citado 20 junio 2011]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspschdepr.htm

421. TeenScreen National Center for Mental Health Checkups [Internet]. New York: Columbia University; [citado 20 jun 2011]. Disponible en: http://www.teenscreen.org

422. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 2:70-4.

423. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. Curr Opin Pediatr. 2009;21(5):620-7.

424. Nemeroff R, Levitt JM, Faul L, Wonpat-Borja A, Bufferd S, Setterberg S, et al. Establishing ongoing, early identification programs for mental health problems in our schools: a feasibility study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(3):328-38.

425. Scott MA, Wilcox HC, Schonfeld IS, Davies M, Hicks RC, Turner JB, et al. School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: the Columbia suicide screen. Am J Public Health. 2009;99(2):334-9.

426. Shaffer D, Wilcox H, Lucas CP. The development of a screening instrument for teens at risk for suicide; Poster presented at the meeting of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry; New York. 1996.

427. Aseltine RH. An evaluation of a school-based suicide prevention program. Adolescent & Fam Health. 2003;3(2):17–25.

428. Aseltine RH, Jr., DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health. 2004;94(3):446-51.

429. Gutierrez PM, Watkins R, Collura D. Suicide risk screening in an urban high school. Suicide Life Threat Behav. 2004;34(4):421-8.

430. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293(13):1635-43.

431. Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush S, Sanchez V, Cho H, Steckler A. Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings. Am J Public Health. 2006;96(2):282-7.

432. Wintersteen MB. Standardized screening for suicidal adolescents in primary care. Pediatrics. 2010;125(5):938-44.

433. Habis A, Tall L, Smith J, Guenther E. Pediatric emergency medicine physicians' current practices and beliefs regarding mental health screening. Pediatr Emerg Care. 2007;23(6):387-93.

434. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. J Am Acad Child Psy 2008;47(8):958-66.

435. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. MMWR Surveill Summ. 2008;57(4):1-131.

436. King CA, O'Mara RM, Hayward CN, Cunningham RM. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. Acad Emerg Med. 2009;16(11):1234-41.

437. Fein JA, Pailler ME, Barg FK, Wintersteen MB, Hayes K, Tien AY, et al. Feasibility and effects of a Web-based adolescent psychiatric assessment administered by clinical staff in the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(12):1112-7.

438. Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(12):1506-14.

439. Reynolds WM. Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. J Pers Assess. 1991;56(2):289-307.

440. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(1):71-9.

441. Scott M, Wilcox H, Huo Y, Turner JB, Fisher P, Shaffer D. School-based screening for suicide risk: balancing costs and benefits. Am J Public Health. 2010;100(9):1648-52.

442. Joe S, Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. Child Sch. 2007;29(4):219-27.

443. Lucas CP, Zhang H, Fisher PW, Shaffer D, Regier DA, Narrow WE, et al. The DISC Predictive Scales (DPS): efficiently screening for diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(4):443-9.

444. Keane EM, Dick RW, Bechtold DW, Manson SM. Predictive and concurrent validity of the Suicidal Ideation Questionnaire among American Indian adolescents. J Abnorm Child Psychol. 1996;24(6):735-47.

445. Larzelere RE, Smith GL, Batenhorst LM, Kelly DB. Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(2):166-72.

446. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. BMJ. 2004;329(7471):895-9.

447. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am J Psychiatry. 1996;153(8):1001-8.

448. Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. Community Ment Health J. 2008;44(5):311-20.

449. Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, et al. A community-based survey and screening for depression in the elderly: the short-term effect on suicide risk in Japan. Crisis. 2010;31(2):100-8.

450. Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. J Am Board Fam Med. 2010;23(2):260-9.

451. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. Crisis. 2007;28(3):113-21.

452. Perry AE, Marandos R, Coulton S, Johnson M. Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: a systematic review. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2010;54(5):803-28.

453. Stathis S, Letters P, Doolan I, Fleming R, Heath K, Arnett A, et al. Use of the Massachusetts Youth Screening Instrument to assess mental health problems in young people within an Australian youth detention centre. J Paediatr Child Health. 2008;44(7-8):438-43.

454. Deeley ST, Love AW. Does asking adolescents about suicidal ideation induce negative mood state? Violence Vict. 2010;25(5):677-88.

455. World Health Organization. Mental health: Country reports and charts available. Geneva: WHO; 2011 [citado 21 jun 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

456. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2011 [citado 24 jun 2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0

457. Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). Gac Sanit. 2006;20(6):473-80.

458. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49(4):441-8.

459. Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). Gac Sanit. 2006;20(6):473-80.

460. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004;24(8):957-79.

461. Vander Stoep A, Adrian M, Mc Cauley E, Crowell SE, Stone A, Flynn C. Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Associated with Co-occurring Depression and Conduct Problems in Early Adolescence. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(3):316-29.

462. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. Bipolar Disord. 2005;7(6):525-35.

463. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Laurel Chiappetta L, et al. Phenomenology of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. Arch gen Psychiatry. 2006;63:1139-48.

464. Schilling EA, Aseltine Jr RH, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. J Adolesc Health. 2009;44(4):335-41.

465. Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch gen Psychiatry. 2010;67(10):1044-51.

466. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. J Psychiatr Res. 2011;45(4):505-11.

467. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):84-91.

468. Patel K, Upthegrove R. Self-harm in first-episode psychosis. Psychiatr Bull R Coll Psychiatr. 2009;33(3):104-7.

469. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C, et al. "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. J Affect Disord. 2008;107(1-3):107-16.

470. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(2):180-92.

471. Jacobson CM, Marrocco F, Kleinman M, Gould MS. Restrictive emotionality, depressive symptoms, and suicidal thoughts and behaviors among high school students. J Youth Adolesc. 2011;40(6):656-65.

472. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: the role of perfectionism and acute life stress. Behav Res Ther. 2010;48(1):52-9.

473. Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. Suicide Life Threat Behav. 2005;35(4):365-87.

474. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. J Affect Disord. 2010;127(1-3):287-94.

475. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. Can J Psychiatry. 2010;55(5):282-8.

476. McMahon EM, Reulbach U, Keeley H, Perry IJ, Arensman E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. Soc Sci Med. 2010;71(7):1300-7.

477. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(3):254-61.

478. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, Cyberbullying, and Suicide. Arch Suicide Res. 2010;14:206–21.

479. Winterrowd E, Canetto SS, Chavez EL. Friendship factors and suicidality: common and unique patterns in Mexican American and European American youth. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(1):50-65.

480. Lucassen MF, Merry SN, Robinson EM, Denny S, Clark T, Ameratunga S, et al. Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(5):376-83.

481. Renaud J, Berlim MT, Begolli M, McGirr A, Turecki G. Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: An exploratory study. Can J Psychiatry. 2010;55(1):29-34.

482. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. Child Abuse Negl. 2005;29:45-58.

483. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry. 2010;197(1):20-7.

484. Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(2):222-37.

485. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999;156:181–9.

486. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. Am Fam Physician. 2007;75(1):73-80.

487. Ougrin D, Zundel T, Ng A, Banarsee R, Bottle A, Taylor E. Trial of Therapeutic Assessment in London: Randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. Archives of Disease in Childhood. 2011;96(2):148-53.

488. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Tuisku V, Kiviruusu O, Ruuttu T, et al. Detecting suicidality among adolescent outpatients: evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. BMC Psychiatry. 2008;8:97.

489. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio: Psychological Corporation; 1988.

490. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. Psychol Rep. 1974;34(2):445-6.

491. Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta. 2003;29:239-88.

492. Sanz J, Perdigón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud. 2003(14):249-80.

493. Sanz J, García MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud. 2005;16:121-42.

494. Kaufman J, Birmaher B, Brent DA. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:980-8.

495. Ulloa S, Ortiz F, Higuera I, Nogales A, Fresán R, Apiquian J, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas Esp Psiquiatr. 2006;34(1):36-40.

496. Poznanski EO, Grossman JA, Buchbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children´s Depression Scale. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1984;23:191-7.

497. Polaino A, Domenèch E. La depresión en los niños españoles de 4º de EGB. Barcelona: Geigy; 1988.

498. Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. Inj Prev. 2011;17:43-9.

499. Ciffone J. Suicide prevention: a classroom presentation to adolescents. Soc Work. 1993;38(2):197-203.

500. Kalafat J, Elias M. An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. Suicide Life Threat Behav. 1994;24(3).

501. Kalafat J, Gagliano C. The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. Suicide Life Threat Behav. 1996;26(4).

502. Portzky G, van Heeringen K. Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. J Child Psychol Psychiatry Clin Neurosci. 2006(47):910-18.

503. Ciffone J. Suicide prevention: an analysis and replication of a curriculum-based high school program. Soc Work. 2007;52:41-9.

504. Aseltine R, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. Am J Public Health. 2004;94(44):6-51.

505. Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. Suicide Life Threat Behav. 1995;25(2):276-96.

506. Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. Suicide Life Threat Behav. 2001;31(1):41-61.

507. Gould MS, Greenberg T, Munfakh JL, Kleinman M, Lubell K. Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). Suicide Life Threat Behav. 2006;36(6):601-13.

508. King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. Suicide Life Threat Behav. 2003;33(4):400-11.

509. Boehm KE, Campbell NB. Suicide: a review of calls to an adolescent peer listening phone service. Child Psychiatry Hum Dev. 1995;26:61-6.

510. King GD. An evaluation of the effectiveness of a telephone counseling center. Am J Community Psychol. 1977;5:75–83.

511. Slem CM, Cotler S. Crisis phone services: evaluation of a hotline program. Am J Community Psychol. 1973;1:219-27.

512. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(4):386-405.

513. Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc. 2011.

514. Szumilas M, Kutcher S. Teen suicide information on the internet: a systematic analysis of quality. Can J Psychiatry. 2009;54(9):596-604.

515. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22:720-32.

516. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. Psychiatric Clinics of North America. 2008;31(2):333-56.

517. Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. Suicide Life Threat Behav. 2008;38(6):650-60.

518. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2009. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100 000 habitantes de cada grupo. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2009 [citado 29 jul 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2009/l0/&file=05008.px&type=pcaxis&L=0

519. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. Differences Between Younger and Older Adults in the Structure of Suicidal Intent and Its Correlates. Am J Geriatr Psychiatr. 2010;18(9):839-47.

520. Dombrovski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):905-13.

521. Crandall M, Luchette F, Esposito TJ, West M, Shapiro M, Bulger E. Attempted suicide and the elderly trauma patient: Risk factors and outcomes. J Trauma. 2007;62(4):1021-7.

522. Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):47S-57S.

523. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. Am J Geriatr Psychiatr. 2010;18 (1):57-67.

524. Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T. A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. Aging Ment Health. 2007;11(5):520-5.

525. Tejedor MC. Aspectos clínicos del suicidio en el anciano deprimido. Informaciones Psiquiátricas. 2002;167:45-50.

526. Lacomblez L, Mahieux-laurent F. Psychiatrie du sujet âgé. Montrouge: Médecine-Sciences Flammarion; 1999.

527. Jacoby R, Oppenheimer C. Psiquiatría en el anciano. Barcelona: Masson; 2005.

528. Pfaff JJ, Almeida OP, Witte TK, Waesche MC, Joiner TE, Jr. Relationship between quantity and frequency of alcohol use and indices of suicidal behavior in an elderly Australian sample. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(6):616-26.

529. Hirsch JK, Duberstein PR, Unutzer J. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(7):671-9.

530. Anía BJ, Chinchilla E, Suárez-Almenara JL, Irurita J. Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003;38(3):170-4.

531. Aizenberg D, Olmer A, Barak Y. Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. J Affect Disord. 2006;91(1):91-4.

532. Ritchie CW, King MB, Nolan F, O'Connor S, Evans M, Toms N, et al. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. Int Psychogeriatr. 2011;23(2):299-307.

533. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. Psychol Med. 2006;36(9):1265-74.

534. Levy TB, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(1):115-7.

535. Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD. Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. J Epidemiol Community Health. 2008;62:138-46.

536. Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. Int Psychogeriatr. 2009;21(3):440-53.

537. Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: A population-based register study. J Am Geriatr Soc. 2005;53(5):771-6.

538. Vanderhorst RK, McLaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. Aging Ment Health. 2005;9(6):517-25.

539. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17(1):37-49.

540. Fry PS. Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. J Couns Psychol. 1984;31(3):322-31.

541. Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR, et al. Development and Psychometric Evaluation of the Reasons for Living — Older Adults Scale: A Suicide Risk Assessment Inventory. Gerontologist. 2009;49(6): 736-45.

542. Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. Int Psychogeriatr. 2007;19(1):77-88.

543. Chen WJ, Chen CC, Ho CK, Lee MB, Chung YT, Wang YC, et al. The suitability of the BSRS-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(10):1151-7.

544. Draper B, Brodaty H, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D. Selfdestructive behaviors in nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2002;50:354-8.

545. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14:742–51.

546. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. Rev Gerontol. 1996;6:329-37.

547. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002;12(10):620-30.

548. Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004;24(89):67-77.

549. Kjolseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Elderly people who committed suicide--their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? Aging Ment Health. 2010;14(8):938-46.

550. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2008. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2008 [citado 27 jun 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2008/l0/&file=05002.px&type=pcaxis&L=0

551. Casado Blanco M. Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. Cuad med forense [revista en Internet]. 2002 [citado 28 may 2012]; (28): Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n28/original1.pdf

552. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;21(6):572-81.

553. De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. Br J Psychiatry. 2002;181:226-9.

554. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. Psychiatry Clin Neurosci. 2005;59(3):337-44.

555. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin EH, Fan MY, Unützer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(12):1024-33.

556. Chan SS, Leung VP, Tsoh J, Li SW, Yu CS, Yu GK, et al. Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a Hong Kong chinese community. Am J Geriatr Psychiatry. 2011;19(2):185-96.

557. Mantilla Toloza C, Rodríguez M, Paz Velilla A. Atención del paciente suicida Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria [citado 28 may 2012]. Disponible en: http://www.tensiometrovirtual.com/upload/G001A_g.pdf

558. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. Lancet Neurol. 2007;6(8):693-8.

559. Kanner AM. Suicidality and epilepsy: a complex relationship that remains misunderstood and underestimated. Epilepsy Curr. 2009;9(3):63-6.

560. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.

561. Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. Soc Sci Med. 2003;56(8):1783-8.

562. Cano Domínguez P, Pena Andreu JM, Ruiz Ruiz M. Las conductas suicidas. Madrid: Medynet; [citado 31 may 2011]. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf

563. Greydanus D, Patel D, Pratt H. Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. Dev Med Child Neurol. 2010;52(12):1083-7.

564. Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Huertas S, Juarbe D, Perez-Pedrogo C, Huertas A, et al. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. Int J Gen Med. 2011;4:197-205.

565. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002;9:146-56.

566. Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. Semin Clin Neuropsychiatry. 1999;4(3):221-7.

567. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006;36(5):575-86.

568. Gilbert JW, Wheeler GR, Storey BB, Mick G, Richardson G, Westerfield G, et al. Suicidality in chronic noncancer pain patients. Int J Neurosci. 2009;119(10):1968-79.

569. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(1):94-101.

570. Calandre EP, Vilchez JS, Molina-Barea R, Tovar MI, Garcia-Leiva JM, Hidalgo J, et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. Rheumatology (Oxford). 2011;50(10):1889-93.

571. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato. 2001(50):15-30.

572. Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. Disabil Health J. 2010;3(2):74-8.

573. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. Psychosomatics. 2001;42(5):382-90.

574. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Newsom JT. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. Am J Orthopsychiatry. 2007;77(1):56-60.

575. Everett Jones S, Lollar DJ. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students. J Sch Health. 2008;78(5):252-7.

576. Gadalla T. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada. Chronic Dis Can. 2008;28(4):148-54.

577. Zochling J, Braun J. Mortality in ankylosing spondylitis. Clin Exp Rheumatol. 2008;26(5 Suppl 51):S80-4.

578. Jurisic B, Marusic A. Suicidal ideation and behavior and some psychological correlates in physically disabled motor-vehicle accident survivors. Crisis. 2009;30(1):34-8.

579. Dennis M, Baillon S, Brugha T, Lindesay J, Stewart R, Meltzer H. The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: results from a population survey of Great Britain. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44(8):608-13.

580. Bill-Axelson A, Garmo H, Lambe M, Bratt O, Adolfsson J, Nyberg U, et al. Suicide Risk in Men with Prostate-Specific Antigen–Detected Early Prostate Cancer: A Nationwide Population-Based Cohort Study from PCBaSe Sweden. Eur Urol. 2009;57:390-5.

581. New York State Department of Health. Suicidality and violence in patients with HIV/AIDS. New York: New York State Department of Health; 2007.

582. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

583. Lago Canzobre S, Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador del paciente con Demencia. Barcelona: Elsevier; [citado 14 jun 2011]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp

584. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higueras E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(3):157-66.

585. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2004;19(2):117-23.

586. Chang BL. Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. Nurs Res. 1999;48(3):173-82.

587. Buckwalter KC, Gerdner L, Kohout F, Hall GR, Kelly A, Richards B, et al. A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. Arch Psychiatr Nurs. 1999;13(2):80-8.

588. Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. Gerontologist. 2003;43(5):678-89.

589. Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. Br J Psychiatry. 2000;176:557-62.

590. Mittelman MS, Roth DL, Haley WE, Zarit SH. Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2004;59(1):P27-34.

591. Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A, Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. Psychol Aging. 2005;20(4):634-44.

592. Teri L, McCurry SM, Logsdon R, Gibbons LE. Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. Gerontologist. 2005;45(6):802-11.

593. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. Gerontologist. 2001;41(1):4-14.

594. Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. J Clin Nurs. 2005;14(8):995-1003.

595. Toseland RW, McCallion P, Smith T, Huck S, Bourgeois P, Garstka TA. Health education groups for caregivers in an HMO. J Clin Psychol. 2001;57(4):551-70.

596. Mizuno E, Hosak T, Ogihara R, Higano H, Mano Y. Effectiveness of a stress management program for family caregivers of the elderly at home. J Med Dent Sci. 1999;46(4):145-53.

597. Hernández-Viadel M, Guillem-Miralles JL, Pérez-Prieto JF, Leal-Cercos C. Homicidio-suicidio en el anciano: ¿por qué el cuidador mata a su pareja con enfermedad de Alzheimer y después se suicida? Psiq Biol. 2006;13(1):30-4.

598. Andersen K, Hawgood J, Klieve H, Kolves K, De Leo D. Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(3):243-9.

599. Platt B, Hawton K, Simkin S, Mellanby RJ. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. Occup Med (Lond). 2010;60(6):436-46.

600. Pompili M, Innamorati M, Narciso V, Kotzalidis GD, Dominici G, Talamo A, et al. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. Clin Ter. 2010;161(6):511-4.

601. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA. 2010;304(11):1181-90.

602. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2008;149(5):334-41.

603. Bagley SC, Munjas B, Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(3):257-65.

604. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A, et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. Am J Public Health. 2010;100(12):2457-63.

605. Levenson RL, Jr., O'Hara AF, Clark R, Sr. The Badge of Life Psychological Survival for Police Officers Program. Int J Emerg Ment Health. 2010;12(2):95-101.

606. Takada M, Shima S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. Ind Health. 2010;48(4):416-26.

607. Violanti JM. Police suicide: a national comparison with fire-fighter and military personnel. An International Journal of Police Strategies & Management. 2009;33(2):270-86.

608. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: A systematic review. Psychol Med. 2006;36(2):145-57.

609. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Study Finds Suicide Rates Rise and Fall with Economy. Study looks at suicide rates from 1928–2007 [Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [citado 28 may 2012]. Disponible en: http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p0414_suiciderates.html

610. Piñuel y Zabala I. Mobbing: como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander: Sal Terrae; 2001.

611. González Rodríguez VM, de Cabo Astorga MÁ, Martín Martín C, Franco Martín MÁ. El mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Novartis; 2004.

612. Balducci C, Alfano V, Fraccaroli F. Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. Violence Vict. 2009;24(1):52-67.

613. Leymann H. The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1996;5(2):165-84.

614. Long B. Psychologic aspects of the hostile workplace: Harassment and bullying. Clin Occup Environ Med. 2003;3(4):803-20.

615. U S Preventive Services Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2004;140:382-6.

616. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Iliceto P, Puccinno M, et al. Suicide risk and exposure to mobbing. Work. 2008;31(2):237-43.

617. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. J Clin Nurs. 2007;16(8):1444-53.

618. Yildirim D, Yildirim A, Timucin A. Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. Nurs Ethics. 2007;14(4):447-63.

619. Pérez Bilbao J, Sancho Figueroa T. Acoso sexual en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe No.: NTP 507.

620. International Labour Office. Sexual harassment at work. Genève: International Labour Organization; 2007.

621. Merino J, Cruceta G. El acoso sexual en el trabajo en Catalunya. Estudio de casos. Rev d'estudis de la violencia [revista en Internet]. 2009 [citado 28 may 2012]; 7(1er trimestre): Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D91FE499-4898-4EDD-AA09-213A8AF122EA/153600/ICEV_Acoso_sexual.pdf

622. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: the mediating role of depressed mood and anger. Child Abuse Negl. 2011;35(3):210-9.

623. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Publica Mex. 2010;52:213-9.

624. Muller D, Thomas H. The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women. Ontario: Effective Public Health Practice Project (EPHPP); 2001.

625. Renner LM, Markward MJ. Factors associated with suicidal ideation among women abused in intimate partner relationships. Smith Coll Stud Soc Work. 2009;79(2):139-54.

626. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Programa marco de prevención de suicidios. Madrid; 2005.

627. Pompili M, Lester D, Innamorati M, Del Casale A, Girardi P, Ferracuti S, et al. Preventing suicide in jails and prisons: suggestions from experience with psychiatric inpatients. J Forensic Sci. 2009;54(5):1155-62.

628. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics. 2001;107(5):1133-7.

629. Dyregrov K. What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? Crisis. 2011;6:1-9.

630. Aguirre RTP, Slater H. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. Death Studies. 2010;34:529-40.

631. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. Perspect Psychiatr Care. 2005;41(1):14-21.

632. Maple M, Edwards H, Plummer D, Minichiello V. Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. Health Soc Care Community. 2010;18(3):241-8.

633. Dyregrov K. How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. Omega (Westport). 2009;59(3):221-38.

634. Dyregrov K. The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? Omega (Westport). 2009;59(2):147-61.

635. Andriessen K. Can Postvention Be Prevention? Crisis. 2009;30(1):43-7.

636. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. Can J Public Health. 2011;102(1):18-29.

637. Constantino RE, Bricker PL. Nursing postvention for spousal survivors of suicide. Issues Ment Health Nurs. 1996;17(2):131-52.

638. Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. Suicide Life Threat Behav. 2001;31(4):428-41.

639. Murphy SA, Johnson C, Cain KC, Das Gupta A, Dimond M, Lohan J, et al. Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a randomized controlled trial. Death Stud. 1998;22(3):209-35.

640. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(5):505-13.

641. Battle AO. Group therapy for survivors of suicide. Crisis. 1984;5(1):45-58.

642. Rogers J, Sheldon A, Barwick C, Letofsky K, Lancee W. Help for families of suicide: survivors support program. Can J Psychiatry. 1982 27(6):444-9.

643. McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. Br J Psychiatry. 2008;193(6):438-43.

644. Farberow NL. The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. Crisis. 1992;13(1):23-34.

645. de Groot M, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2007;334:994.

646. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. Suicide Life Threat Behav. 2008;38(1):30-4.

647. de Groot M, Neeleman J, van der Meer K, Burger H. The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(5):425-37.

648. Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. Suicide Life Threat Behav. 1993;23(2):101-9.

649. Sandor MK, Walker LO, Sands D. Competence-building in adolescents, Part II: Community intervention for survivors of peer suicide. Issues Compr Pediatr Nurs. 1994 17(4):197-209.

650. Callahan J. Negative effects of a school suicide postvention program--a case example. Crisis. 1996;17(3):108-15.

651. Poijula S, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. Int J Emerg Ment Health. 2001;3(3):163-8.

652. Grossman J, Hirsch J, Goldenberg D, Libby S, Fendrich M, Mackesy-Amiti ME, et al. Strategies for school-based response to loss: proactive training and postvention consultation. Crisis. 1995;16(1):18-26.

653. Mackesy-Amiti ME, Fendrich M, Libby S, Goldenberg D, Grossman J. Assessment of knowledge gains in proactive training for postvention. Suicide Life Threat Behav. 1996;26(2):161-74.

654. Kovac SH, Range LM. Writing projects: lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. Suicide Life Threat Behav. 2000;30(1):50-60.

655. Hacker K, Collins J, Gross-Young L, Almeida S, Burke N. Coping with youth suicide and overdose: one community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion. Crisis. 2008;29(2):86-95.

656. Seguin M, Vinet-Bonin A, Senecal I. Evaluation de programmes de postvention. Rev Fr Psychiat Psychol Med. 2004;8:17-24.

657. Barlow CA, Schiff JW, Chugh U, Rawlinson D, Hides E, Leith J. An Evaluation of a Suicide Bereavement Peer Support Program. Death Studies. 2010;34(10):915-30.

658. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Thon N. The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being. Crisis. 2011;32(2):99-105.

659. Pallin V. Supporting staff and patients after a suicide. En: Duffy D, Ryan T, eds. New approaches to preventing suicide A manual for practitioners. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.

660. Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. Am J Psychiatry. 2004;161:1442–6.

661. Thomyangkoon P, Leenaars A. Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. Suicide Life Threat Behav. 2008;38(6):728-40.

662. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. BMJ. 2000;320(7249):1571-4.

663. Ellis TE, Dickey ITO, Jones EC. Patient suicide in psychiatry residency programs: A national survey of training and postvention practices. Acad Psychiatry. 1998;22(3):181-9.

664. Gaffney P, Russell V, Collins K, Bergin A, Halligan P, Carey C, et al. Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. Death Stud. 2009;33(7):639-56.

665. Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. Psychiatr Bull R Coll Psychiatr. 2002;26(2):53-5.

666. Melton BB, Coverdale JH. What do we teach psychiatric residents about suicide? A national survey of Chief residents. Acad Psychiatry. 2009;33(1):47-50.

667. Bartels SJ. The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. Gen Hosp Psychiatry. 1987;9:189-97.

668. Palao DJ. Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Comunicación personal.

669. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Castilla y León. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

670. Código penal, Ley Orgánica 10/1995. Boletín Oficial del Estado, Nº 281, (24 de noviembre de 1995).

671. Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J. La Salud Mental en los Tribunales. Madrid: Arán Ediciones; 2007.

672. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002. Boletín Oficial del Estado, Nº 274, (15 de noviembre de 2002).

673. Ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, Nº 7, (8 de enero de 2000).

674. Díaz-Ambrona Bardají MD, Serrano Gil A, Fuertes Rocañin JC, Hernández Díaz-Ambrona P. Introducción a la medicina legal. Barcelona: Díaz de Santos; 2007.

675. Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1997.

676. Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. Pleno del Tribunal Constitucional, Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Boletín Oficial del Estado, Nº 4, (1 de enero de 2011).

677. Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Colex; 1990.

678. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, Bascarán Fernández T, Bousoño García M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.

679. Ley general de sanidad, Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, Nº 102, (29 de abril de 1986).

680. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, Nº 311, (29 de diciembre de 1978).

681. Ley de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, Ley Orgánica 5/1992. Boletín Oficial del Estado, Nº 262, (31 de octubre de 1992).

682. Consejo General de Colegios Médicos. Código de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 1999. Disponible en: http://www.cgcom.org/deontologia.

683. Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2010.

MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

MINISTERIO DE
SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD