
Suicidio y riesgo de suicidio

Suicide and risk of suicide

E. García de Jalón, V. Peralta

RESUMEN

Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que es importante conocer sus factores determinantes. La conducta autolítica es un acto complejo y no aleatorio en el que intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos. En este estudio se analizan los factores de riesgo más importantes de la conducta autolítica. Es necesario conocer bien estos factores para poder evaluar adecuadamente el riesgo autolítico, y en la medida de lo posible prevenir la conducta autolítica.

Palabras clave. Suicidio. Riesgo de suicidio. Depresión. Trastornos mentales.

ABSTRACT

Both suicidal behaviour and consummated suicide are an important problem for public health throughout the world, which is why it is important to understand its determinant factors. Autolytic conduct is a complex and non-aleatory act in which socio-demographic, psychological and biological factors intervene. This study analyses the most important risk factors in autolytic behaviour. It is important to have a good understanding of these factors to be able to adequately evaluate autolytic risk and, as far as possible, to prevent autolytic behaviour.

Key words: Suicide. Risk of suicide. Depression. Mental disorders.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 87-96.

Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Correspondencia:
Elena García de Jalón Aramayo
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno. 948 422488
Fax 948 429924

CONCEPTO

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura¹.

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución"². Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio³. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976)⁴ a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases⁴: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

Aunque este capítulo se encuentra incluido en una monografía sobre la depre-

sión, hay que resaltar que la conducta suicida no es específica de este trastorno, como se verá más adelante, ya que puede aparecer en otros trastornos mentales o incluso en personas sin patología mental conocida.

INCIDENCIA

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año^{4,5}. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países^{5,6}. Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia². Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una parte del problema, ya que según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica.

FACTORES DE RIESGO

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. Se podrían clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos.

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col⁷ formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona

(genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.

Factores sociodemográficos

Sexo. En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO⁸, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados^{9,10}.

Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas)¹¹. Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotropos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto⁴.

Edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad². En el estudio de Baxter y Appleby¹² se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres).

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad².

Según el WHO/EURO⁸, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

Origen étnico. Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de

las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras².

Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en fineses y húngaros doblan la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo⁶.

Estos autores también encuentran que la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comportan un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

Estado civil. Durkheim ya en 1897 ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas⁶.

Estudios posteriores han confirmado esta tendencia. Por ejemplo, en el WHO/EURO⁸, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciados y viudos. Qin y col¹⁰, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.

Nivel socioeconómico. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural^{2,6,8-10}. No obstante, en la revisión de García-Resa y col⁶, se citan trabajos en los que no se le da tanta relevancia.

Factores clínicos

Trastornos médicos

La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa^{2,13}. En una encuesta realizada por Druss y Pincus¹⁴ en Estados Unidos a 7.589 individuos entre 19 y 39 años, obtuvieron que un 16% de la muestra encuestada había tenido en algún momento de su vida ideas autolíticas, frente a un 25,2% de individuos con una enfermedad médica y un 35% con dos o más enfermedades. Así mismo, un 5,5% de los encuestados realizaron un intento autolítico.

co, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2% con dos o más enfermedades. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del *estatus* laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

Trastornos mentales

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental¹³. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios¹⁵. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio^{13,16}.

El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad¹³ y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico¹⁷.

Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio^{13,15-18}. En el meta-análisis de Harris y Barraclough¹³, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción⁴.

Clásicamente, por los trabajos de Guze y Robins¹⁹, y Goodwin y Jamison²⁰, se consideraba que un 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. Posteriormente, se han cuestionado estas proporciones, considerándose excesivas^{18,21}.

Esquizofrenia

En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%^{2,22}. En el estudio de Harris y Barraclough¹³, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolepticos. Tras su introducción, los estudios orientaban a que podía aumentar el riesgo de suicidio, sobre todo por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. Sin embargo, otros estudios como el de Jonhson and col²³ o los realizados con los antipsicóticos atípicos, con menos efectos secundarios, demuestran que pueden reducir el riesgo de suicidio²².

Trastorno de ansiedad

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado^{2,24}.

Khan y col²⁵, Fawcett²⁶ e Isometsä y col²⁷ confirman esta teoría. En el estudio de Harris y Barraclough¹³, aumenta entre 6-10 veces, según los distintos trastornos de ansiedad (ansiedad neurótica, Toc o trastorno de pánico). No obstante, hay estudios en los que no se detecta un aumento significativo del riesgo de suicidio¹⁶.

Abuso de sustancias

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas²⁸. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan² y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios²⁸. Según Harris y Barraclough¹³, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos^{2,29}.

Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental².

Isometsä y col³⁰ afirma que en la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (*border-line*, antisocial, narcisista, histriónica). En el estudio de Harris y Barraclough¹³, los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. En el de Baxter y Appleby¹² se obtienen resultados todavía mayores a los de Harris.

Conducta suicida previa

La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 %³¹. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posi-

bilidad de un futuro suicidio consumado^{28,32}. En el meta-análisis de Harris y Barraclough¹³, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. Isometsä^{11,31}, sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62 frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

Trastornos adaptativos

Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal². Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia³³. En el estudio de Harris y Barraclough¹³, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general.

Factores genéticos y neurobiológicos

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes³⁴.

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas a cerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio

o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad^{2,32,34}.

En varios estudios^{7,32,34}, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH^{34,35}, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}³⁶) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT)¹⁸, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre^{7,37}).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Desgraciadamente, muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados^{38,39}. Estudios de autopsias psicológicas, aparte de revelar la alta prevalencia de patología psiquiátrica en las conductas suicidas, reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones, a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces, la única pista que los clínicos podemos tener, es el hecho de que los pacientes aparezcan por nuestra consulta³⁹.

También hay que aclarar que a pesar de todos nuestros esfuerzos, el valorar la probabilidad de que un paciente se suicide en un futuro inmediato, es una tarea compleja. El mayor problema es la propia naturaleza del ser humano, en la que cada individuo es único y no se puede prever su conducta al 100%. El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínica, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. En

primer lugar¹, hay que intentar disponer del tiempo suficiente para garantizar una comunicación adecuada y así poder obtener la mayor y mejor información posible. En el caso de que sea la primera vez que le atendemos, es necesario presentarse y explicarle brevemente el motivo de nuestra intervención. Esto contribuye eficazmente al establecimiento de una relación terapéutica. Se recomienda intentar mostrar una actitud receptiva, evitando ser agresivo o moralizador y permitir al paciente que en los primeros minutos de la entrevista, nos hable de su situación actual de forma general y sin interrupciones. Después, proceder a interrogarle de forma ordenada desde lo más general a lo más específico. Se han de fijar 3 objetivos⁴⁰: conocer la existencia de patología psiquiátrica mediante la exploración psicopatológica (depresión, psicosis o hábitos tóxicos) o médica, susceptibles de tratamiento; conocer las circunstancias y motivaciones de la conducta suicida (factores estresantes o acontecimientos vitales) y evaluar los factores de riesgo/protección para suicidio a corto y largo plazo. Estos factores han sido referidos con cierto detalle en el apartado anterior, y en la tabla 1 se recogen los factores más importantes y que siempre deberán ser evaluados.

Debido a que por desgracia, algunas patologías psiquiátricas interfieren en la capacidad de expresar las intenciones suicidas, hay que abordar este tema de forma abierta y preguntar directamente acerca de la existencia de estas ideas. No hay que tener miedo a que ello favorezca el paso al acto. Más bien suele suceder al contrario, ya que poder hablarlo supone un alivio para el paciente¹. Hay que intentar determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es pasiva (desea no vivir, estar muerto) o activa (querer matarse). Si es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, también la persistencia de la ideación suicida y preguntar por la existencia de un plan estructurado de suicidio, los métodos que se pretenden utilizar y la accesibilidad a dichos métodos. También es necesario saber qué mecanismos de control tiene el sujeto para no realizarlo, cómo consigue controlar esas ideas suicidas y si están

Tabla 1. Principales predictores del suicidio.

-
1. Enfermedad depresiva. Otros trastornos psiquiátricos.
 2. Alcoholismo, abuso/dependencia de sustancias psicoactivas.
 3. Ideación suicida, verbalizaciones suicidas, planificación del acto.
 4. Antecedentes de tentativas de suicidio.
 5. Utilización de métodos letales en la tentativa.
 6. Aislamiento social, vivir solo, pérdida de soporte o de apoyo.
 7. Sentimientos de desesperanza. Rigidez cognitiva.
 8. Ser hombre y adulto.
 9. Historia familiar de suicidio.
 10. Problemas económicos y laborales.
 11. Problemas maritales.
 12. Problemas de estrés o acontecimientos vitales.
 13. Enfermedad médica de carácter crónico.
-

Modificado de Maris⁴⁰

otras personas implicadas en sus pensamientos de muerte.

Además de obtener información a través del paciente, también es necesario entrevistar a la familia o personas allegadas en el caso que sea posible.

En muchos casos, la evaluación del riesgo de suicidio, ocurre cuando el paciente ha realizado ya un intento autolítico. Las características del acto realizado, suelen proporcionar información muy valiosa sobre el verdadero riesgo o intención autolítica y por ello deben ser analizadas cuidadosamente. En la tabla 2 se muestra la Escala de Tentativa de Suicidio de Beck y col⁴¹. Según estos autores puntuaciones inferiores a 6, indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 10 indicarían riesgo moderado, mientras que puntuaciones por encima de 16 serían sugestivas de riesgo alto.

Una vez recogida toda la información posible, hay que determinar el grado de riesgo autolítico basándose en los factores de riesgo referidos previamente y teniendo en cuenta que este riesgo es mayor conforme existen más factores de riesgo. No obstante, en esta determinación habrá que tener en cuenta el contexto global en el que se encuentra el individuo.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Después de una adecuada valoración del paciente, habrá que determinar si es

necesario realizar el tratamiento en régimen de ingreso o ambulatorio. En el caso de que se decida ambulatorio, necesitaremos un acuerdo tanto con la familia, para realizar una estrecha supervisión, como con el paciente para que solicite ayuda en el caso de no poder controlar sus ideas e impulsos autolíticos. A cambio ofreceremos la posibilidad de una atención permanente, en caso de necesidad (Servicios de Urgencias).

Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, alta impulsividad, intentos previos, plan estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario un ingreso psiquiátrico⁴⁰. Tanto a nivel ambulatorio, como de ingreso, el tratamiento se compone de un abordaje farmacológico y psicológico (aplicación de técnicas psicoterápicas).

Medicación

Antidepresivos. Para procesos depresivos o presencia de trastornos de ansiedad. Hay evidencias para recomendar antidepresivos más sedantes y con mayor poder serotoninérgico, en el caso de depresiones con riesgo autolítico en las fases agudas^{42,43}. En general, existe cierto miedo a prescribir fármacos con mayor poder tóxico en el caso de sobredosificación. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna ventaja, a la hora de recomendar antidepresivos más ino- cuos, por ser menos eficaces^{42,44}.

Tabla 2. Escala de tentativa de suicidio (Beck et al⁴¹).

-
- I. *Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio*
- A. Aislamiento
 - 0. Alguien presente
 - 1. Alguien cerca, o en contacto visual o verbal
 - 2. Nadie
 - B. Momento
 - 0. Intervención probable
 - 1. Intervención no probable
 - 2. Intervención altamente improbable
 - C. Precauciones contra el descubrimiento/intervención
 - 0. No precauciones
 - 1. Precauciones pasivas (evitar a otros pero no hacer nada para evitar su intervención: por ej., solo en la habitación sin cerrar con llave la puerta)
 - 2. Precauciones activas (cerrar la puerta con llave)
 - D. Buscar ayuda durante/después de la tentativa
 - 0. Informar al potencial “salvador” respecto a la tentativa
 - 1. Contactar, pero no informar específicamente al “salvador” respecto a la tentativa
 - 2. No contactar ni informar al potencial “salvador”
 - E. Gestiones (“poner en orden las cosas”) anticipando la muerte (testamento, bienes, etc.)
 - 0. Ninguna
 - 1. Idea sobre hacerlo o hacer alguna gestión
 - 2. Hace planes definitivos o completa las gestiones
 - F. Preparación activa de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Mínima a moderada
 - 2. Minuciosa
 - G. Nota suicida (“de despedida”)
 - 0. Ausencia de nota
 - 1. Nota escrita, pero rota; ideas sobre la nota
 - 2. Presencia de nota
 - H. Comunicación abierta del intento antes de la tentativa
 - 0. Ninguna
 - 1. Comunicación equívoca
 - 2. Comunicación inequívoca
- II. *Autoinforme*
- A. Pretendidas propuestas de la tentativa
 - 0. Manipular el ambiente llamar la atención, venganza
 - 1. Componentes “0” y “2”
 - 2. Escapar, resolver problemas
 - B. Expectativas de fatalidad
 - 0. Idea que la muerte era improbable
 - 1. Idea que la muerte era posible, pero no probable
 - 2. Idea que la muerte era probable o cierta
 - C. Creencia de la letalidad del método
 - 0. Hizo menos de lo que creía que podía ser letal
 - 1. No estaba seguro de que lo que hizo podría ser letal
 - 2. Igualó o se excedió en lo que él creía que podía ser letal
 - D. Gravedad de la tentativa
 - 0. No intentó con seriedad quitarse la vida
 - 1. Dudoso sobre si intentó seriamente quitarse la vida
 - 2. Seriamente intentó quitarse la vida
 - E. Actitud sobre “vivir”/“morir”
 - 0. No quiso morir
 - 1. Componentes “0” y “2”
 - 2. Quería morir
 - F. Concepción sobre la recuperación médica
 - 0. Pensaba que la muerte sería improbable si recibía la atención médica
 - 1. Dudaba si la muerte se evitaría con atención médica
 - 2. Estaba seguro de morir aun si recibía atención médica
 - G. Grados de premeditación
 - 0. Ninguno, impulsivo
 - 1. Pensó en el suicidio durante menos de tres horas antes de la tentativa
 - 2. Pensó en el suicidio durante más de tres horas antes de la tentativa
-

Ansiofíticos. Para reducir los niveles de ansiedad, de cualquier patología psiquiátrica.

Terapia Electro Convulsiva (TEC). La TEC, es un tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo autolítico en los trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía^{43,45}.

Litio. Las sales de litio, a parte de usarse como estabilizador del ánimo, tiene un efecto antidepresivo y reduce el riesgo de suicidio^{13,42,43,46-48}. Esta acción antisuicida, puede estar mediada por sus marcadas propiedades serotoninérgicas y antiimpulsivas. Se ha visto que también hay un descenso del riesgo autolítico incluso en pacientes cuyo trastorno afectivo, no responde al litio.

Técnicas psicoterapéuticas

Se aplican siempre en combinación con los anteriores. Habrá que ser claro y sincero con el paciente, intentar explicar en qué consiste su enfermedad y darle esperanzas a cerca de la existencia de tratamiento y de la remisión de los síntomas. Se puede decir que no hay una psicoterapia específica, aunque las más utilizadas son las psicoterapias individuales de orientación dinámica dirigidas a trabajar las motivaciones psicológicas conscientes o inconscientes del paciente suicida y las psicoterapias cognitivas en las que se trabaja la desesperanza, las creencias erróneas o esquemas negativos, la visión dicotómica de las cosas que tienen muchos pacientes con ideas autolíticas y la dificultad para resolver los problemas de relación de gran carga emocional¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOBES GARCÍA J, GONZÁLEZ SEJO J, SAIZ MARTÍNEZ PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Editorial Masson; 1997.
2. KAPLAN HI, SADOCK BJ. Sinopsis de *Psiquiatría*, 8ª edición, 983- 992; 1999.
3. STENGEL E. *Selbstmord und Selbstmordversuche*. *Psychiatrischer Genwart*, III, 51. Berlin: Springer, 1961.
4. MIRÓ E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675-684, 2000.
5. MORCILLO MORENO L, SAIZ MARTÍNEZ PA, BOUSOÑO GARCÍA M, BOBES GARCÍA J. En: *Tratado de Psiquiatría Tomo II*. BARCIA SALORIO D. 801-819. Editorial Arán. 2000.
6. GARCÍA-RESA E, BRAQUEHAIS D, BLASCO H, RAMIREZ A, JIMÉNEZ L, DÍAZ-SASTRE C et al. Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30: 112-119.
7. MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARANGO V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 7-11.
8. SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERHOF A, BJERKE T, CREPET P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
9. HAWTON K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 484-485.
10. QIN P, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-550.
11. ISOMETSÄ ET, LÖNNQUIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 531-535.
12. BAXTER DN, APPLEBY L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 322-326.
13. HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
14. DRUSS B, PINCUS H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1522-1526.
15. ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 379-385.
16. BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-1014.
17. KING EA, BALDWIN DS, SINCLAIR JMA, BAKER NG, CAMPBELL MJ, THOMPSON C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 531-536.
18. ANGST J, ANGST F, STASSEN HH. Suicide risk in patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 57-62.

19. GUZE SB, ROBINS E. Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437-438.
20. GOODWIN FK, JAMISON KR. *Manic Depressive Illness*. New York, NY: Oxford Press; 1990: 44, 135-230.
21. BOSTWICK JM, PANKRATZ VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-1932.
22. PALMER DD, HENTER ID, WYATT RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 100-103.
23. JOHNSON DA, PASTERSKI G, LUDLOW JM, STREET K, TAYLOR RD. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 339-352.
24. LECRUBIER Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 395-399.
25. KHAN A, LEVENTHAL RM, KHAN S, BROWN WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disorders* 2002; 68, 183-190.
26. FAWCETT J. The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 8): 35-40.
27. ISOMETSÄ ET, HENRIKSSON MM, ARO HM. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1020-1024.
28. ROS MONTALBÁN S. La conducta suicida. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
29. GORWOOD P. Biological markers for suicidal behaviour in alcohol dependence. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 410-417.
30. ISOMETSÄ ET, HENRIKSSON MM, HEIKKINEN ME, ARO HM, MARTTUNEN MJ, KUOPPASALMI KI et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-673.
31. SUOKAS J, SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, OSTAMO A, LÖNNQUIST J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-121.
32. MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 181-189.
33. CONNER KR, CONWELL Y, DUBERSTEIN PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 452-457.
34. ROY A, NIELSEN D, RYLANDER G, SARCHIAPONE M, SEGAL N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 12-17.
35. NIELSEN DA, VIRKKUNEN M, LAPPALAINEN J, EGGERT M, BROWN GL, LONG JC et al. A Tryptophan Hydroxylase gene marker for suicidability and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 593-602.
36. DU L, FALUDI G, PALKOVITS M, BAKISH D, HRDINA PD. Serotonergic genes and suicidability. *Crisis* 2001; 22: 54-60.
37. BOCCHETTA A, CHILLOTTI C, CARBONI G, OI A, PONTI M, DEL ZOMPO M. Association of personal and familial suicide risk with low serum cholesterol concentration in male lithium patients. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 37-41.
38. DOUGLAS DG. Depression screening as an intervention against suicide. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 42-45.
39. FIFE A, SCHREIBER J. Psychiatric emergencies in adults: Suicidal ideation and behavior. 2002 UpToDate®. www.uptodate.com
40. BACA GARCIA E. Prevención y tratamiento de la conducta suicida. www.saludaliamedica.com
41. BECK AT, WEISMAN A, LESTER D, TREXLER L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
42. MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, BERGHÖFER A. Antidepressants and suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 94-99.
43. TONDO L, GHIANI C, ALBERT M. Pharmacologic interventions in suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 25): 51-55.
44. DONOVAN S, CLAYTON A, BEEHARRY M, JONES S, KIRK C, WATERS K et al. Deliberate self-harm and antidepressant drug. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 551-556.
45. BALDESSARINI RJ, JAMISON KR. Effects of medical interventions on suicidal behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 117-122.
46. MONTAGNON F, SAÏD S, LEPINE JP. Lithium: poisonings and suicide prevention. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 92-95.
47. MÜLLER-OERLINGHAUSEN B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251 (Suppl 2): II/72-II/75.
48. TONDO L, HENNEN J, BALDESSARINI RJ. Lower suicide risk with long term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 163-172.
49. MARIS RW, BERMAN AL, MALTSBERGER JT, YUFIT IR. *Assesment and Prediction of suicide*. The Guildfort Press. New York-London, 1992.